tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
133. ÅRGANG · #11 · 2023





Plages du med sensitivt tannkjøtt?



1 Tannbørste 2 Tannkrem 3 Fluorskyll





LINDRER SENSITIVT TANNKJØTT

HØYT FLUORNIVÅ

ENKEL DOSERING

10ml

NYHET - EKSKLUSIVT I APOTEK!

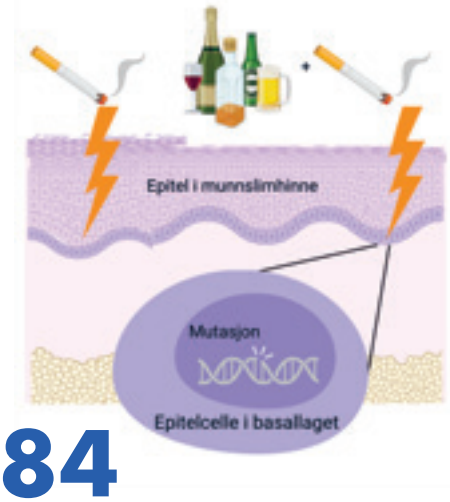
Det nye Clinic by Jordan Gum Protector fluorskyllet er spesielt utviklet for å opprettholde sunt tannkjøtt. Fluorskyllet kan brukes daglig og inneholder allantoin og provitamin B5 som bidrar til å lindre sensitivt tannkjøtt*. Clinic by Jordan Gum Protector fluorskyll har en mild formulering uten alkohol (uten ethanhol) og inneholder anbefalt fluormenge på 0,2% NaF som bidrar til beskyttelse mot karies. Fluorskyllet har en mild smak av mint og kommer med en enkel doseringspumpe.

Gum Protector-serien til Clinic by Jordan gir deg 3 enkle steg til sunnere tannkjøtt; tannbørste, tannkrem og fluorskyll. Les mer om produktene på: www.jordanoralcare.com/no

***Ved daglig bruk. Klinisk studie med 30 personer med sensitivt tannkjøtt.**

CLINIC by Jordan

877–964



884



930

878 Siste nytt først

881 Leder

Følg med når NTFs politikk blir laget

883 Presidenten har ordet

Quo vadis?

884 Vitenskapelige artikler

884 Malin Hansen, Michelle Palo, Marta Warzoszczak og Elin Hadler-Olsen: Alkohol som risikofaktor for hode-halskreft – en litteraturstudie

892 Kasuistikk

892 Bjarte Grung, Anne Christine Johannessen, Kathrine Skarstein og Lars Helgeland: Intraoralt malignt lymfom

902 Aktuelt fag

902 Randi Krog Eftedal og Magnus Strømmen: Et vinnende smil? Oral helse i toppidretten

906 Sammendrag

906 Reduserer subsidiert kjeveortopedisk behandling ulikheter i tilgang? Funn fra Norge basert på folkeregister-data

907 Bivirkningsskjema

910 Aktuelt

910 Vellykket tiltak for sosialt vanskeligstilte
914 På valg 2023
928 Kapsaicindråper - en ny strategi for behandling av brennende munn-syndrom
930 Nye immunceller oppdaget i den orale slimhinnen

938 Fra NTF

938 Statsbudsjettet '24
940 NTFs medlemsundersøkelse
945 Takk for i år
949 NTFs symposium 2024
950 Arbeidsliv: Ansettelse av tannleger i privat sektor. Hva gjør vi med dem som nå er oppdragstakere?
954 Spør advokaten: Arbeidstaker eller selvstendig næringsdrivende?
956 Oversikt over kollegahjelpere
957 Snakk om etikk: Tannbehandlingsangst, omsorgsfull behandling og journalføring
958 Kurs- og aktivitetskalender

960 Notabene

962 Tilbakeblikk

963 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Høy vekt øker risikoen for en rekke kreftformer

Høy vekt øker risikoen for 16 alvorlige kreftformer, viser ny norsk forskning.

I fjor ble det registrert over 38 200 nye krefttilfeller i Norge, ifølge tall fra Kreftregisteret. Antall kreftdødsfall har aldri vært høyere, og i 2021 døde over 11 100 personer av sykdommen melder NTB.

En gruppe norske forskere har publisert to nye studier som ser på sammenhengen mellom høy kroppsmasseindeks (KMI) og risikoen for en rekke alvorlige kreftsykdommer blant befolkningen.

I studiene har forskerne avdekket høyere risiko for høy KMI og 16 ulike kreftformer. Forskerne vet enda ikke med sikkerhet hva som kan være årsakene til at høy KMI øker risikoen for kreft.

Teamet av forskerne er fra Oslo universitetssykehus, Kreftregisteret og Universitetet i Oslo.

Tidligere studier har vist at 20 prosent av alle krefttyper skyldes høy BMI.

Overvekt tynger samfunnet mer enn fedme



Foto: Vay Images.

«Vanlig» overvekt koster samfunnet langt mer enn fedme, viser en ny studie fra NTNU. Forskerne etterlyser effektive tiltak på befolkningsnivå.

– Selv om kostnadene individuelt sett er høyest for personer som har alvorlig fedme, er de totale kostnadene for samfunnet høyest ved overvekt eller mildere grad av fedme, sier forsker ved NTNUs Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Gudrun Maria Waaler Bjørnelv, til Gemini.

Grunnen er at det er mange flere personer innenfor disse kategoriene.

Bjørnelv sier til NTB at det ofte blir fremstilt som at fedme er dyrt for samfunnet, noe som bidrar til stigmatisering av personer med fedme. Hun og kollega Christina Hansen Edwards mener det er viktig å skille mellom kostnader på individnivå og kostnader for samfunnet.

Resultatene er basert på helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Tidligere forskning har vist at kroppsmasseindeksen (KMI) hos nordmenn i snitt økte med ett poeng for hvert tiår i perioden 1984 til 2008.

KMI er et uttrykk for vekt i forhold til kroppshøyde. Jo høyere vekt sammenlignet med høyde, desto høyere KMI. En KMI mellom 25 og 30 regnes som normalt, mens over 30 regnes som overvekt eller fedme.

Økningen i vekt har skjedd både blant dem med normal og høy vekt. Selv om individuell risiko for sykdom og behovet for helsetjenester er høyest ved alvorlig fedme, så vil den totale sykdomsbyrden i hele befolkningen være større ved overvekt og mildere fedme. Dette fordi det er så mange som ligger i dette KMI-området.

– HUNT-3-studien viste at 75 prosent av mennene og 61 prosent av kvinnene var overvektige eller hadde fedme i 2006–2008. Av disse hadde 3,7 prosent av mennene og 6,6 prosent av kvinnene en KMI over 35, sier forskerne.

Forskerne har regnet på hva økningen i KMI koster i utgifter til spesialisthelsetjenesten, og har justert for sosioøkonomiske faktorer som utdanning, kjønn og alder. En mann med en KMI på 38 medfører for eksempel 2110 kroner mer i gjennomsnittlige kostnader hos spesialisthelsetjenester per år, sammenlignet med en mann med KMI på 37.

Forskjellen mellom menn med henholdsvis 27 og 28 i KMI vil kun gi en øking på 293 kroner.

Men fordi det er så mange flere som er overvektige eller har mild fedme, blir altså kostnadene for samfunnet mye større når denne gruppa øker sin KMI.

Funnene er publisert i Tidsskriftet for den norske legeforening.

Den siste Folkehelserapporten viser for øvrig at økningen i KMI har fortsatt også etter 2008.

Christina Hansen Edwards sier personer med fedme trenger å få god behandling fra helsetjenestene. Men for å lette sykdomsbyrden og kostnadene av overvekt og fedme i hele befolkningen, bør individrettet behandling kombineres med effektive tiltak på befolkningsnivå.

Forskerne mener vi har lett for å vurdere ressursbruk fra et individuelt perspektiv, med søkelys på høyrisikostrategier.

– Hvordan vi behandler dem som har alvorlig fedme, er et eksempel. Men hvis hensikten er å redusere sykdomsbyrden og kostnadene i samfunnet, må vi også vurdere tiltak på befolkningsnivå. Det å belyse både individperspektivet og populasjonsperspektivet kan også bidra til redusert stigmatisering av dem som sliter med høy vekt, mener de.

Studien sier ikke noe om i hvilken grad overvekt i seg selv medfører de økte helsekostnadene.

– Man kan snu på det og si at mange helsekostnader hos dem med overvekt 25–29 kan skyldes noe annet de har til felles enn vekta i seg selv. Det kan være noe ved livsstilen, sier overlege Haakon E. Meyer ved Avdeling for fysisk helse og aldring ved Folkehelseinstituttet (FHI) til NTB.

Dette er i tråd med populasjonsperspektivet til forskerne: Tilrettelegging for sunt kosthold og fysisk aktivitet kan både påvirke risikoen for vektøkning og risikoen for å utvikle en rekke kroniske sykdommer.

Meyer er også professor i epidemiologi og forebyggende medisin ved Universitetet i Oslo. Ifølge ham har overvektig vært den nye normalen ganske lenge, og man bør vokte seg for å ikke gjøre pasienter av alle. En medvirkende faktor til vektoppgangen i befolkningen har vært at mange har sluttet å røyke.

– Mange legger på seg når de slutter å røyke, men det er mye sunnere å veie litt mer enn å røyke, sier Meyer.

Tilsvarende betyr kvaliteten på de ekstra kaloriene man får i seg, noe. Det for eksempel mindre usunt å legge på seg av mandler og olivenolje enn av smør.

Menn har høyere kreftrisiko enn kvinner

Menn har 30 prosent høyere risiko enn kvinner for å få kreft, og 43 prosent høyere risiko for å dø av kreft, viser utregninger fra Kreftregisteret.

Nå går Kreftforeningen nye veier for å få flere menn til å gå til lege når de får symptomer.

– Årsakene til at menn har høyere risiko forbundet med kreft er komplekse, og kan ofte handle om at menn og kvinner rammes av ulike kreftformer. Vårt viktigste budskap er at menn må komme seg tidligere til lege ved symptomer, sier generalsekretær Ingrid Stenstadvold Ross i Kreftforeningen.

Noe av forklaringen på at menn har større risiko for alvorlig sykdomsforløp og utfall, er at sykdommen ofte har kommet lenger hos menn når den oppdages.

– Tidlig oppdagelse gir som regel et lettere og kortere behandlingsløp, og større muligheter for å bli frisk, sier Ross.

I 2022 fikk 38.265 mennesker i Norge kreft, 20 487 menn og 17 778 kvinner. De fleste kreftformer rammer menn oftere enn kvinner.

Ifølge Kreftregisteret er det 30 prosent mer kreft blant menn enn kvinner. Dødeligheten er også langt høyere for menn.

Tall fra Dødsårsaksregisterets statistikkbank viser at mortalitetsraten for kreft i 2022 var på 268,9 per 100 000 for menn, mens den var på 188,5 per 100 000 for kvinner. Det vil si at menn har 43 prosent høyere risiko for å dø av kreft enn kvinner.

Nå går Kreftforeningen nye veier for å få menn til å gå til lege når de har symptomer på sykdom.

– Vi har mye kunnskap om kreft som rammer menn. Nå samler vi den i en egen kunnskapsbank, en mannekreftportal om du vil, sier Ross.

Den nye nettsiden: Kreftforeningen.no/menn , lanseres i forbindelse med Kreftforeningens nye kampanje «Menn gjør noe med det». Målet med kampanjen er økt kunnskap om faresignaler på kreft blant menn.

Fantastisk hyggelig anerkjennelse



Foto: Akademikerne.

– Tusen takk! Eller om jeg skal være litt dristig å tolke denne prisen som en anerkjennelse til alle Norges små, slimete, spirende, mangebeinete, makaløse arter: 50 000 takk! For så mange arter deler vi dette landet med, sa prisvinner Anne Sverdrup-Thygeson da hun mottok Akademikerprisen 25. oktober.

– Dette gir meg pågangsmot til å fortsette å formidle mitt fag bevaringsbiologi i samfunnet. Og det gir meg energi til å fortsette å snakke og skrive på vegne av tusenvis av små stemmeløse arter. Til å fortsette å spre entusiasme og kile kunnskapstørsten hos folk flest, sa prisvinneren under utdelingen.

Anne Sverdrup-Thygeson er professor i bevaringsbiologi ved NMBU.

– Årets prisvinner er en sjelden akademiker, sa juryleder Jan Inge Eidem da han gav juryens begrunnelse.

Jurylederen påpeker at prisvinneren utmerker seg både med en omfattende forskning og vitenskapelig produksjon, og bred formidling.

Vi møter henne ofte som ekspertstemme i mediene, som kronikør, debattant, sakprosaforfatter, barnebokforfatter og som foredragsholder.

Hun har tatt på seg oppgaven å være titusenvis av små og stemmeløse arter sitt fremste talerør i en tid der naturmangfold er under sterkt press over hele verden.

– Hun representerer en akademisk kultur som er inkluderende, som innvier i kunnskap, som deler. Som formidler forskning med lekenhet og glede for å nå nye målgrupper. Slik gir hun akademisk kunnskap verdi langt utover akademias ganger, sa Eidem.

– I en tid nå vi står med begge bena i en naturkrise, er det et skrikende behov i samfunnet for mer kunnskap om arter og natur på tvers av fagfelt og sektorer.

Hun håper prisen kan bidra til forståelse for at naturvern ikke er en sær hobby for de spesielt interesserte.

– Det er selve livsgrunnlaget for oss alle.

Sverdrup-Thygeson er opptatt av å nå frem med forskningen og formidlingen sin, og mener det noen ganger kan virke som det er vanntette skott mellom fagpersonene og politikerne.

– Jeg mener vi må rigge oss slik at mer kunnskap fra fagmiljøene og forskere faktisk pipler gjennom til politikerne, til politikkutformerne, og at det omsettes til politisk handling. Jeg mener det er helt vesentlig for at vi skal lykkes med den dype samfunnsendringen vi må igjennom dersom vi vil at generasjonene etter oss også skal leve gode liv på denne planeten, sa hun under sin takketale.

Tannlege Spesialistene
Tlf. 22 20 50 50
post@tannspes.no
www.tannspes.no



HENVISNINGSKLINIKK I OSLO
KARL IVER HANVOLD - Oral- og kjevekirurg
RAGNAR BJERING - Kjeveortoped PhD
BJØRN EINAR DAHL - Protetiker PhD
ANDERS VALNES - Kjeve- og ansiktsradiolog
BANO SINGH - Tannlege PhD, smak og lukt

ER DU LEI AV OMGJØRINGER OG JUSTERINGER?



PRØV SVENSK TANNTEKNIKK TIL RIKTIG PRIS OG MERK FORSKJELLEN.

Dokumentert 98% kundetilfredshet av 3520 evaluerte arbeider hos Tumba Dental.

DHL Group

Enkel levering med DHL fra Stockholms største lab.

VI HAR ANBUDSKONTRAKTER MED ULIKE REGIONER I FOLKTANDVÅRDEN I SVERIGE:

REGION STOCKHOLM - REGION VÄRMLAND - KAROLINSKA INSTITUTET - REGION ÖREBRO
LÄN - FOLKTANDVÅRDEN SKÅNE - REGION SÖRMLAND - REGION KORNOBERG - SAMT PRIVATE TANNLEGER
AVTALEKUNDER: PRAKTIKERTJÄNST & DISTRIKTSTANDVÅRDEN.

SS-EN ISO 9001:2015 SS-EN ISO 14001:2015

Ønsker du å bli kontaktet av oss? Skann med mobilen.

sbcert

TUMBA DENTAL

tumbadental.se | info@tumbadental.se | +46 8 534 104 50

Følg oss

REDAKTØRANSVAR

FORSIDEILLUSTRAJON
@heiaklubben / Ingunn Dybendal

REDAKSJON
Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi
Vitenskapelige redaktører:
Asbjørn Jokstad
Dipak Sapkota
Redaksjonssjef:
Kristin Aksnes
Redaksjonsråd/Editorial Board:
Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten Enersen, Jostein Grytten, Anne M. Gussgard, Sigbjørn Løes, Marit Øilo
Redaksjonskomité:
Malin Jonsson, Anne Rønneberg, Anders Godberg, Kristin S. Klock, Odd Bjørn Lutnæs

ABONNEMENT
For ikke-medlemmer og andre abonnenter:
NOK 2 400,-

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

TELEFON OG ADRESSE
Christiania torv 5, 0158 Oslo
PB 2073, Vika, 0125 Oslo
Tlf: 22 54 74 00
E-post: tidende@tannlegeforeningen.no
www.tannlegetidende.no

UTGIVER
Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303
Opplag: 6 600, 11 nummer per år
Parallellpublisering og trykk: Aksell AS
Grafisk design: Aksell AS

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

PRESSENS FAGLIGE UTVALG

TRYKT I NORGE NO - 1470

Fagpressen OPPLAGSKONTROLLERT

Følg med når NTFs politikk blir laget


Foto: Kristin Aafløy Opdan

Det nærmer seg representantskapsmøte i NTF. Kanskje det siste som ikke har mer enn to års avstand til det forrige. En av sakene det skal stemmes over er nemlig om foreningen skal gå over fra to- til treårsperioder mellom hver gang representantskapet møtes, slik NTFs hovedstyre foreslår.

De som kommer til representantskapsmøtet på Gardermoen 24. og 25. november er lederne av NTFs lokal- og spesialistforeninger og NTF Student. Lokalforeningene innkalles med ytterligere en representant for hver påbegynte 150 medlemmer i foreningen. Lederne for NTFs faste utvalg, råd og komiteer inviteres også og har talerett, mens en studentrepresentant fra hvert av lærestedene er invitert med tale- og forslagsrett. Møtet er også åpent for andre interesserte, så langt plassen tillater det og såfremt representantskapet ikke har besluttet behandling av saker for lukkede dører.

Det som er nytt denne gangen er at representantskapsmøtet også kan følges via NTFs nettsted, tannlegeforeningen.no. Er du medlem og logget inn finner du lett frem til møtet.

En kan godt si at representantskapet er NTFs storting, mens hovedstyret er NTFs regjering. Representantskapet er med andre ord foreningens høyeste organ. Det er her det skjer.

Representantskapet skal denne gangen, ved siden av å beslutte hvor lang en representantskapsperiode skal vare, behandle hele fire nye foreslåtte policydokumenter: *Fremtidens tannhelsetjeneste: ansvar, finansiering og organisering; Folkehelse, forebygging og helsefremmende arbeid; Utdanning, forskning og kompetanse i tannhelsetjenesten* og *Etikk og faglig autonomi i tannhelsetjenesten.*

Det skal også tas stilling til om antall medlemmer i NTFs hovedstyre skal reduseres fra ni til syv, samt om representasjonen fra henholdsvis offentlig og privat sektor skal endres. Antall medlemmer i NTFs kontrollkomité og NTFs redaksjonskomité er også foreslått redusert. Revisjon av NTFs etiske regler, revisjon av reglementet for NTFs klagenemnder og regler for obligatorisk etterutdanning er også på dagsorden, før arbeidsprogram og budsjett for 2024 og 2025.

Det er mange saker av stor betydning for NTFs medlemmer som representantene skal diskutere og ta stilling til. Du som ikke er representant har kanskje også lyst til å følge med? Gjør det da, vel.

Resultatene av NTFs medlemsundersøkelse, som er omtalt i dette Tidende, viser at dere som har svart på den er opptatt av både faglig utvikling og faglig fellesskap, og at dere er ganske tilfredse med NTFs evne til å ivareta medlemmenes interesser. Undersøkelsen viser også at dere mener at foreningen kan forbedre seg på flere områder. Kurs og etterutdanning i tillegg til politisk påvirkningsarbeid er de oppgavene NTFs medlemmer mener NTF bør prioritere høyest i tiden fremover.

Med denne interessen er det all grunn til å følge med når politikken blir laget, 24. og 25. november.

Tidende vil, som alltid, være til stede under hele møtet, og vi ser frem til å følge med og dekke det som skjer for tidsskriftets lesere.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør

American Eagle INSTRUMENTS®



Quik-Tip™ i XP Technology®

Spar penger og reduser avfallet med våre utskiftbare spisser

- Håndtak i forskjellige farger
- Tilgjengelig for scalere, curetter og Gracey-curetter
- Når den er slitt, bytter du bare ut den slitte arbeidsdelen

XP Technology® er en patentert overflatebehandlingsprosess.

Den nano-optimaliserte teknologien gjør instrumentene betydelig mer slitesterke og tynnere.
Tynnere instrumentspisser med skarpere blad.
Den tidkrevende slipingen av instrumentene er ikke lenger nødvendig.



TECHNOMEDICS

« technomedics.no / 69 88 79 20 »

www.am-eagle.org

YOUNG® INNOVATIONS

Quo vadis?

Tiden er snart inne for et nytt representantskapsmøte. Representantskapet er NTFs høyeste myndighet og består av delegater fra lokal- og spesialistforeningene og NTF Student. Det er dette organet som blant annet fastsetter de overordnede føringene for NTFs politikk i den neste representantskapsperioden, og som velger de personene som de ønsker skal styre foreningen på vegne av medlemmene. Dette gjør representantskapsmøtet til det aller viktigste møtet for NTFs medlemmer. Det er her du virkelig kan løfte din røst, fremme dine meninger og være med på å formulere hva NTF skal kjempe for. Det kan være rettigheter til pasientene. Det kan være å bevare arbeidsplassen din. Det kan være å stå opp for hva du skal jobbe med i offentlige og/eller i private tannlegevirksomheter. Det kan være å jobbe for utvidet stønad over Folketrygden, mer penger til fylkeskommunen eller å la pengene følge pasienten. Det kan være å kjempe for mer offentlig finansiering og mer offentlig organisering, for mer samhandling offentlig og privat tannhelsetjeneste eller for en fastt-annlegeordning. Det kan handle om lønn og tariff, om utdanning og om finansiering til universitetene. Det finnes så mange muligheter, og det finnes så mange spørsmål om vår relativt lille helsetjeneste.

Her er noen spørsmål jeg ønsker at du skal stille deg selv: Hva vil du? Hva er viktig for deg? Og hva vil du gjøre med det?

Jeg er økende urolig for engasjementet blant tannlegene. Jeg snakker ikke om engasjementet i den daglige kliniske hverdagen. Jeg vet at tannlegene er dyktige helsearbeidere som tar godt vare på pasientene sine. Jeg vet at tannlegestanden har stor respekt og tillit i befolkningen. Jeg vet at de etterutdanner seg og holder seg oppdatert på nye metoder og nytt utstyr. Men jeg er urolig fordi så få synes å engasjere seg i sin egen fremtid.

Det har allerede begynt. Endringene er i gang. Vi har fått flytting av grupper av pasienter, bestemt av politikere, uten konsekvensutredning eller nyttevurderinger. Vi har politikere som tar ansvar for en befolkning som er stadig mer presset i sin privatøkonomi. Vi snakker med dem og prøver å få frem kunnskap, konsekvensvurderinger og nytteeffekter slik at de tar de beste valgene. Det skal vi fortsette med. Men for å lykkes trenger vi at medlemmene reiser seg og peker ut en retning. Vi er foreløpig for få som melder seg på i debatten. Lokalforeninger i landet melder om at det bare er fem til ti prosent av medlemmene som stiller på deres generalforsamlinger. Det betyr at ni av ti lar det være opp til den ene som engasjerer seg å representere deres syn i debatten. Det er ikke bra for demokratiet.



Foto: Kristin Aksnes

Her er noen spørsmål jeg ønsker at du skal stille deg selv: Hva vil du? Hva er viktig for deg? Og hva vil du gjøre med det?

Søren Kierkegaards ord uttrykker dette godt: «Det å ikke ha noen mening, er også å velge, for hvis man ikke selv har en mening, gir man andres meninger og handlinger større spillerom». Det betyr ikke at de som engasjerer seg ikke kommer til å ha fellesskapets beste i sentrum for arbeidet med fremtidens tannhelsetjeneste. Jeg har lært dem å kjenne som samvittighetsfulle kollegaer som arbeider hardt for fellesskapets beste. Allikevel, det burde vært mange flere engasjerte. I en tid som nå håper jeg at det blir kamp om å få lov til å dra på representantskapsmøtet, en kamp om å få lov til å bestemme politikken for NTF. Jeg ønsker meg mange kollegaer som ikke vil sitte stille lenger, men som vil engasjere seg i sin egen og andres fremtid.

Jeg har hørt fra flere som mener at det ikke vil skje noen endringer. Jeg tror de tar feil. I en tid hvor regjeringen har nedsatt et tannhelseutvalg, hvor tannhelsetjenesteloven allerede er i ferd med å bli forandret, hvor politikerne gjør endringer gjennom statsbudsjett og revidert statsbudsjett og hvor Verdens helseorganisasjon ønsker munnen tilbake i kroppen tror jeg vi kan forvente store endringer. Jeg kan ta feil. Det kan jeg leve med. Men er du villig til å ta sjansen? Vil du bli dratt inn i fremtidens tannhelsetjeneste, eller ønsker du å ha innflytelse på din egen fremtid?

Tenker du at du er for ung, for gammel, for lite kunnskapsrik? Tenker du at du har for lite å bidra med? Da håper jeg du tenker på nytt. NTF trenger deg. Kollegaene dine trenger deg. Bli med i lokalforeningen eller spesialistforeningen din. Still opp til et sentralt verv. Vær med på å påvirke representantskapets beslutninger og NTFs standpunkter. Rammene for tannhelsetjenestens fremtid formes nå!

Heming Olsen-Bergem
President i NTF

HOVEDBUDSKAP

- **Alkohol er en godt dokumentert risikofaktor for hode-halskreft**
- **Alkoholnedbrytning i kroppen gir metabolitter som har karsinogen effekt**
- **Alkohol gjør munnslimhinnen mer sårbar for kreftfremkallende stoffer i tobakk**
- **Alkohol kan redusere immunforsvarets evne til å bekjempe kreft**
- **Tannhelsepersonell har en rolle i å kartlegge og forebygge skadelig alkoholkonsum**

FORFATTERE

Malin Hansen*, masterstudent. Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø
Michelle Palo*, masterstudent. Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø
Marta Warzoszczak*, masterstudent, Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø
Elin Hadler-Olsen, forskningsleder, professor. Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge, Tromsø, og Institutt for medisinsk biologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske Universitet, Tromsø
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8476-9439

*** Forfatterne har bidratt likt til arbeidet og deler førsteforfatterskap**

Korresponderende forfatter: Elin Hadler-Olsen, TkNN, postboks 2406, 9271 Tromsø. E-post: elin.hadlerolsen@tffk.no.

Akseptert for publisering 22.09.2023

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:
Hansen M, Palo M, Warzoszczak M, Hadler-Olsen E. Alkohol som risikofaktor for hode-halskreft – en litteraturstudie. Nor Tannlegeforen Tid. 2023; 133: 884-8.

MeSH: Acetaldehyde; Alcohol Drinking; Carcinogens; Mucous Membrane; Risk Factors

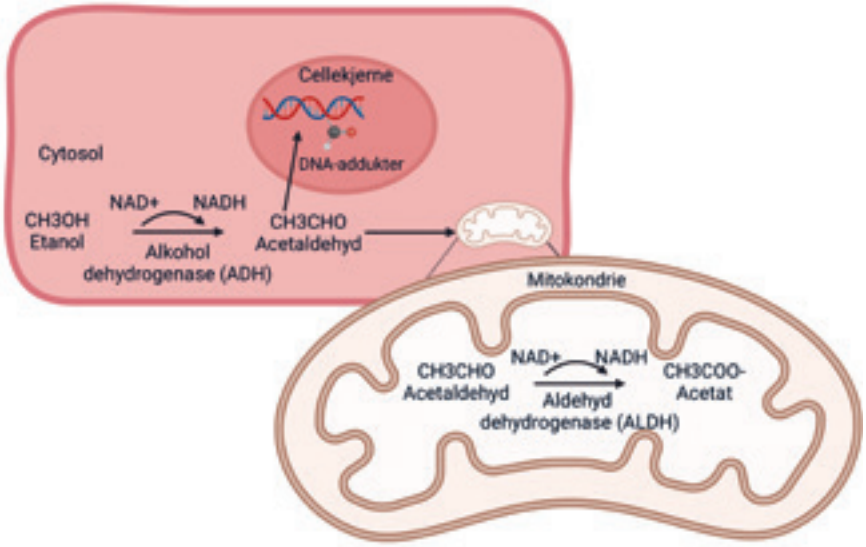
Søkeord: Alcohol, head- and neck cancer, carcinogenesis

Alkohol som risikofaktor for hode-halskreft – en litteraturstudie

Malin Hansen*, Michelle Palo*, Marta Warzoszczak* og Elin Hadler-Olsen
* Forfatterne har bidratt likt til arbeidet og deler førsteforfatterskap

Inntak av alkoholholdig drikke er en viktig risikofaktor for hode-halskreft. I denne oversiktsartikkelen belyser vi mekanismer som kan forklare hvordan alkohol øker risikoen for hode-halskreft. Vi setter søkelys på tre forhold: 1) nedbrytning av alkohol i kroppen gjennom enzymene alkohol dehydrogenase og aldehyd dehydrogenase, og karsinogene effekter av metabolitten acetaldehyd; 2) effekter på barrierefunksjonen til munnslimhinnen og hvordan dette kan bidra til synergistiske effekter mellom alkohol og andre risikofaktorer som tobakk; og 3) indirekte effekter av alkohol gjennom påvirkning av immunforsvaret. Vi diskuterer også tannhelsepersonell sin rolle i å forebygge og behandle sykdom i munnen, og at dette også bør innbefatte et ansvar for å kartlegge og forebygge mulig skadelig alkoholkonsum hos pasientene.

Kreft som oppstår i munnhulen, lepper, spyttkjertler, svelg, strupe, nese og bihuler kalles hode-halskreft (1), og forekomsten av denne kreftformen øker i Norge (2). De best dokumenterte risikofaktorene for å utvikle hode-halskreft er tobakk og alkohol (3). Tobakk inneholder en rekke kjemiske stoffer som kan øke risikoen for kreft – såkalte karsinogener (4). Alkoholholdige drikker er også klassifisert som karsinogene for mennesker (5), men mekanismene som forklarer kreftrisikoen forbundet med alkohol er dårligere kjent. Tannhelsepersonell har en viktig oppgave i å forebygge sykdom i munnen og bør derfor ha kunnskap om alkohol som en risikofaktor for hode-halskreft. Gjennom denne narrative litteraturstudien ønsker vi derfor å belyse hvordan alkohol kan øke faren for hode-halskreft.



Figur 1. Alkoholmetabolisme. I cellens cytosol blir etanol omdannet til acetaldehyd ved hjelp av enzymet alkohol dehydrogenase. I mitokondriene blir acetaldehyd videre omdannet til acetat ved hjelp av enzymet aldehyd dehydrogenaser. Mellomproduktet acetaldehyd er reaktivt og kan binde til DNA og danne DNA-addukter i cellekjernen. Figuren er laget i BioRender.

Metode

Denne litteraturstudien bygger på publikasjoner som er funnet gjennom litteratursøk i databasene Oria, PubMed og Google Scholar i perioden januar 2022 til mai 2023. Søkeordene som er brukt er blant annet «oral cancer», «head and neck cancer», «risk factors», «alcohol», «ethanol», «carcinogenesis», «acetaldehyde», «ALDH» og «ADH». Relevante publikasjonene ble i første runde selektert basert på titler og sammendrag, og måtte være skrevet på eller oversatt til engelsk eller norsk. I tillegg er det funnet relevant litteratur i referanselister til andre originalartikler og oversiktsartikler, samt i lærebøker. Det er også hentet informasjon fra nettsidene til Helsedirektoratet, SSB og verdens helseorganisasjon (WHO). På grunn av den brede problemstillingen vi ønsket å belyse i litteraturstudien, valgte vi å gjøre en narrativ og ikke en systematisk, fullstendig litteraturgjennomgang. Det kan derfor være relevante publikasjoner vi ikke har funnet. Dette er en forkortet versjon av en masteroppgave ved Universitet i Tromsø fra 2023 som bygget på 70 kilder. Antallet kilder er redusert i denne artikkelen på grunn av plasshensyn.

Alkohol og hode-halskreft

Hvordan oppstår kreft?

Kreft oppstår hovedsakelig på grunn av forandringer i cellers DNA og i kroppens evne til å bekjempe slike celler. Kjemiske og fysiske påvirkninger som direkte eller indirekte kan føre til DNA-skader kalles karsinogener (6). DNA-skader kan også oppstå spontant, og forekomsten blir høyere ved økende alder. Det skyldes at kroppen vår med årene blir dårligere til å eliminere celler med skadet DNA, slik at de overlever og kan dele seg. På sikt kan dette medvirke til utvikling av kreftceller. Kreftceller deler seg oftere enn normale celler, og de kan spre seg lokalt og til fjerntliggende deler av kroppen der de fortrenger normale celler og forstyrrer funksjonene til vev og organer (7). Det kan være livstruende.

Er alkohol en viktig risikofaktor for hode-halskreft?

Ja, det er gjort en rekke studier som viser en klar sammenheng mellom alkoholkonsum og risiko for hode-halskreft. En metaanalyse av sammenhengen mellom alkohol og risiko for å utvikle kreft ulike steder i kroppen fant sterkest sammenheng mellom alkoholkonsum og kreft i munn, svelg og spiserør (8). Sammenlignet med personer som drakk sjelden eller aldri, økte risikoen for munn- og svelgkreft med henholdsvis 13 %, 86 % og 513 % hos de som normalt drakk litt (≤12 g/dag, tilsvarer en alkoholenhet), moderat (12.1g -50 g/dag) og mye (>50g/dag) alkohol. Studien var fra 2015 og baserte seg på 52 originalstudier om munn- og svelgkreft fra ulike deler av verden (8). Det er også funnet at fortsatt alkoholbruk hos hode-halskreftbehandlede er forbundet med økt risiko for tilbakefall (9). Hvis man slutter å drikke alkohol, fant en studie at kreftrisikoen var betydelig redusert etter 3 år, men det tok 14 år før den var på nivå med det en finner hos en som aldri har drukket alkohol (10). Det er ikke god dokumentasjon for at type alkoholholdig drikke har vesentlig betydning for risiko, men en studie fant at det var større risiko knyttet til å drikke alkohol utenom måltider enn til måltider (10).

Hvordan øker alkohol risikoen for kreft?

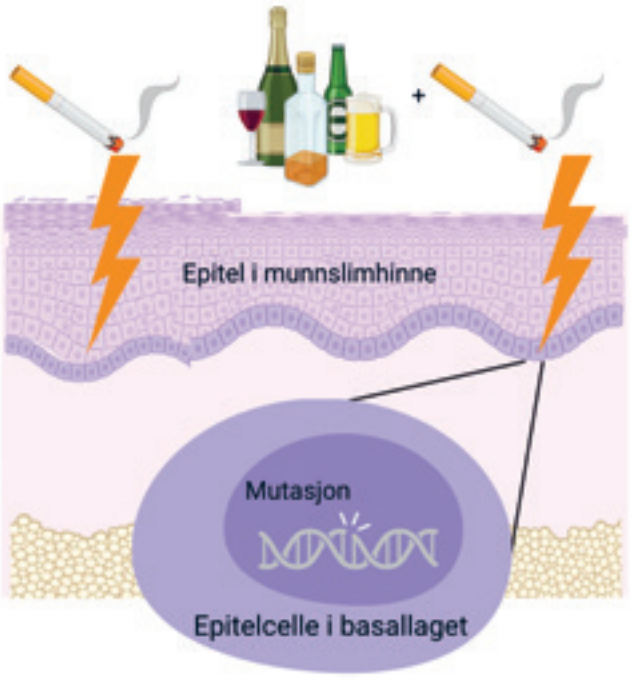
Alkoholmetabolisme – acetaldehyd

For å forstå hvordan alkohol kan føre til kreft, må vi vite hva som skjer i kroppen når vi drikker alkohol. Alkohol blir raskt tatt opp fra magen og tarmen og transportert med blodet til leveren som omsetter omtrent 90 % av alkoholen vi inntar (11). Mindre mengder alkohol omsettes også i slimhinnen i munn, spiserør og i magesekken. Alkohol brytes i hovedsak ned av enzymer i to trinn, som skissert i Figur 1. Et enzym kalt alkohol dehydrogenase (ADH) omdanner først alkohol til acetaldehyd, som deretter blir omdannet til acetat av enzymet aldehyd dehydrogenase (ALDH). Acetat blir senere omdannet til vann og karbondioksid (11).

Man tror at alkohol øker kreftrisikoen blant annet gjennom mellomproduktet acetaldehyd. Acetaldehyd er reaktivt og kan skade DNA ved å binde seg til dette og danne såkalte DNA-addukter (Figur 1). DNA-addukter kan forstyrre kopieringen av DNAet og gi opphav til mutasjoner, og det er vist at acetaldehyd kan gi forandringer i DNA i dyrkede pattedyrceller (12, 13). En annen måte acetaldehyd kan fremme karsinogenesen på, er ved å hemme DNA-reparasjonsenzymer (14). Det er godt underbygd at acetaldehyd virker karsinogent i dyrestudier, men den karsinogene effekten på mennesker er dårligere dokumentert. Verdens helseorganisasjons internasjonale byrå for kreftforskning (IARC) har konkludert med at acetaldehyd er «mulig karsinogent for mennesker» (15), men samtidig fastslått at «acetaldehyd assosiert med inntak av alkoholholdige drikker er karsinogent for mennesker» (5).

Både ADH og ALDH enzymene finnes i flere varianter, kalt isoenzymer. Disse er aktive på forskjellige steder i kroppen og har ulik effektivitet i omsetting av henholdsvis etanol til acetaldehyd og acetaldehyd til acetat (16). Noen av isoenzymene har ulike undervarianter på grunn av såkalt genetisk polymorfisme, som er små forskjeller i genene som koder dem. Til tross for at de genetiske forskjellene er små, er det stor forskjell i effektiviteten til noen av variantene (16). Hvilke av disse undervariantene vi har, påvirker derfor hvor fort de ulike trinnene i alkoholomsetningen går, og dermed også hvor eksponerte vi blir for acetaldeyd. Ved inntak av samme mengde alkohol, vil individer med en kombinasjon av effektive ADH-varianter, som gir en rask omsetning av etanol til acetaldehyd, og ineffektive ALDH-varianter, som fører til en langsom omsetning fra acetaldehyd til acetat, ha en høyere eksponering for acetaldehyd enn individer med andre varianter. Flere studier finner at dette gir en økt risiko for hode-halskreft (17–20), noe som underbygger at acetaldehyd er involvert i kreftrisikoen forbundet med alkohol.

I tillegg til acetaldehyd som kroppens egne ADH-enzymer produserer, har vi mikrober i munnen som har ADH-enzymer, og disse kan produsere acetaldehyd i munnhulen når vi inntar alkohol. Det har blant annet blitt påvist ADH-aktivitet i vanlige munnhule streptokokker som Streptococcus salivarius og Neisseria (13, 21). I tillegg har det blitt demonstrert at dårlig tannstatus resulterer i en økt acetaldehyd-produksjon fra alkohol i spytt (22), trolig som et resultat av endret bakteriesammensetning. Acetaldehyd finnes også i små mengder i matvarer og drikke som yoghurt, plantejucie, kaffe og alkoholholdig drikke (før omsetning i kroppen) (23).



Figur 2. Synergistisk effekt av alkohol og tobakk på munnslimhinnen. Figuren illustrerer at alkohol kan gjøre epitelet i munnslimhinnen mer sårbart for andre karsinogener, som i tobakk, ved å gjøre epitelet mer gjennomtrengelig/permeabelt. Figuren er laget i BioRender.

Direkte effekter av alkohol på munnslimhinnen

I tillegg til de antatt karsinogene effektene vi utsettes for gjennom omsetning av alkohol til acetaldehyd, kan alkoholholdige drikker også påvirke kreftrisiko gjennom direkte effekter på munnslimhinnen. Hode-halskreft oppstår vanligvis i epitellaget i slimhinnen (1). For at et karsinogen skal kunne gi mutasjoner som kan føres videre og forårsake kreft, må det nå det dypeste cellelaget i epitelet – basalcellelaget – der celledelinger foregår. Gjennomtrengeligheten til epitellaget vil derfor kunne påvirke effekten av karsinogener. I studier har man funnet at humant tungevev er mer gjennomtrengelig for både vann og proteiner etter eksponering for 15 % alkohol, og den øker ytterligere ved høyere konsentrasjoner av alkohol (24). I slimhinne hos gris har man funnet en betydelig økning i gjennom-

trengeligheten til det tobakkassosierte karsinogenet N-nitrosonornicotine etter eksponering for alkohol i 25 % konsentrasjon eller høyere (25). Den økte gjennomtrengeligheten kan blant annet skyldes at lipidlaget som dekker munnslimhinnen blir svakere, men alkohol kan også øke løseligheten til karsinogener i munnhulen og slik forbedre deres evne til å trenge gjennom epitelet – de blir mer potente. Alkohol gjør altså slimhinnen mer sårbar for karsinogener, noe som kan bidra til å forklare hvorfor kreftrisikoen ved å kombinere alkohol og tobakk er større enn summen av risikoen for hver av faktorene for seg, såkalt synergistisk effekt (Figur 2).

I tillegg til å øke gjennomtrengeligheten av munnslimhinnen, kan alkohol også gi direkte skader på epitelceller i munnslimhinnen, det virker cytotoksisk (26). Slike skader kan korte ned levetiden til cellene og gi hyppigere celledeling i dypere cellelag. Dette kan øke risikoen for mutasjoner, og dermed også risikoen for kreftutvikling.

Indirekte effekter av alkohol

Et høyt alkoholinntak over tid kan forstyrre både det medfødte og det ervervede immunforsvaret vårt. Kronisk alkoholisme er blant annet forbundet med redusert antall og effekt av NK celler (naturlige drepeceller) og cytotoksiske t-lymfocytter (27). Dette er celler som er viktige i kroppens forsvar mot kreftceller, og når de taper funksjon, blir vi mer utsatt for å utvikle kreft både i munnen og ellers i kroppen. Vi får også dårligere evne til å bekjempe kreftsvulster som alt har oppstått.

Alkohol påvirker også sammensetningen av mikrofloraen i magetarmkanalen (28). Ubalanse i mikrofloraen kan påvirke integriteten i slimhinnen, opptak av næringsstoffer og produksjon av signalstoffer i kroppen, og kan slik direkte og indirekte påvirke hvor utsatte vi er for å utvikle kreft.

Begrensinger i kunnskapsgrunnlaget

Det er svakheter i mange studier rundt alkoholkonsum og kreftrisiko som vi bør være oppmerksomme på. Alkoholkonsum er oftest selvrapportert. I mange land og kulturer er det stigma knyttet til et høyt alkoholkonsum, og man antar derfor at det er store unøyaktigheter og trolig en vesentlig underrapportering av faktisk konsum. Siden en stor del av befolkningen i mange land drikker noe alkohol, er det også vanskelig å finne gode kontrollgrupper i studier. I hverdagen er vi mennesker eksponert for en blanding av mange karsinogener, og det kan være vanskelig å isolere effekten av hvert enkelt av dem. Dette er enklere i forsøksdyr, og dyreforsøk er derfor vanlige når man studerer effekter av alkohol. Det er imidlertid ikke gitt at resultater fra dyr er direkte overførbare på mennesker. Til tross for disse begrensingene i litteraturen, er det liten grunn til å betvile at alkohol er en vesentlig risikofaktor for hode- halsekreft.

Forebygging – vi må tørre å snakke om alkohol

Alkohol er det vanligste rusmidlet i den vestlige verden. Globalt konsumerer hver person over 15 år drøyt 6 liter ren alkohol hvert år (29). Til sammenligning var det i Norge omsatt nesten 7,5 liter ren alkohol per innbygger i 2021, turistimport og taxfree-salg kommer i tillegg (30). Mellom 1960 og 2014 økte alkoholkonsumet per innbygger i Norge med 57 %, og vi ser en lignende trend i mange andre europeiske land (31). Alkohol er en årsaksfaktor for mer enn 200 sykdommer, deriblant hode-halskreft, og det er den tredje største risikofaktoren for dårlig helse globalt (29, 32, 33). Til tross for dette mener vi at det er lite oppmerksomhet rundt det å kartlegge og forbygge skadelig alkoholkonsum hos pasientene våre i tannhelsetjenesten, og i motsetning til tobakk er alkohol ikke spesifikt omtalt i Den Norske Tannlegeforenings policydokument om folkehelse (34). Alkohol er hos mange forbundet med avslapping, sosialt samvær, gastronomi og finkultur, og å rette søkelys på alkoholens negative effekter kan bli oppfattet som pedantisk, moralistisk, eller dobbeltmoralsk om man nyter alkohol selv. Som fagpersoner har vi likefullt et ansvar for å kjenne til og forsøke å forebygge alkoholrelatert sykdom, og for å bidra til en opplyst samfunnsdebatt om dette rusmiddelet. Norske helsemyndigheter har ikke fastsatt konkrete grenser for hva som kan regnes som et trygt alkoholkonsum, dels begrunnet i at det ikke er mulig å definere en slik grense. De nordiske ernæringsanbefalingene som nylig ble publisert anbefaler imidlertid å avstå helt fra alkohol (35). Istedenfor å gi konkrete grenseverdier for et trygt alkoholkonsum, har helsemyndighetene i Canada valgt å angi relativ helserisiko ved inntak av ulike mengder alkohol, der 1–2 alkoholenheter i uka er forbundet med lav helserisiko, 3–6 enheter moderat, og 7 eller flere knyttet til økende og høy helserisiko (36). Tydeligere offisielle anbefalinger også i Norge kan gjøre det enklere for helsepersonell å ta opp alkoholbruk med pasienter, samt for hver enkelt av oss å vurdere risiko knyttet til eget forbruk. Først når vi er kjent med risikoen, kan vi og våre pasienter gjøre opplyste valg rundt eget alkoholkonsum.

REFERANSER

1. Chow LQM. Head and Neck Cancer. N Engl J Med. 2020;382(1):60-72.
2. Cancer in Norway 2022 -Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2023.
3. Pezzuto F, Buonaguro L, Caponigro F, Ionna F, Starita N, Annunziata C, et al. Update on Head and Neck Cancer: Current Knowledge on Epidemiology, Risk Factors, Molecular Features and Novel Therapies. Oncology. 2015;89(3):125-36.
4. Jethwa AR, Khariwala SS. Tobacco-related carcinogenesis in head and neck cancer. Cancer Metastasis Rev. 2017;36(3):411-23.
5. Alcohol consumption and ethyl carbamate. Iarc Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans; 2010. Report No.: 1017-1606 (Print) 1017-1606 (Linking).
6. Hernandez LG, van Steeg H, Luijten M, van Benthem J. Mechanisms of non-genotoxic carcinogens and importance of a weight of evidence approach. Mutat Res. 2009;682(2-3):94-109.
7. Fouad YA, Aanei C. Revisiting the hallmarks of cancer. Am J Cancer Res. 2017;7(5):1016-36.
8. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. Br J Cancer. 2015;112(3):580-93.
9. Cadoni G, Giraldi L, Petrelli L, Pandolfini M, Giuliani M, Paludetti G, et al. Prognostic factors in head and neck cancer: a 10-year retrospective analysis in a single-institution in Italy. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2017;37(6):458-66.
10. Castellsagué X, Quintana MJ, Martínez MC, Nieto A, Sánchez MJ, Juan A, et al. The role of type of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. Int J Cancer. 2004;108(5):741-9.
11. Cederbaum AI. Alcohol metabolism. Clin Liver Dis. 2012;16(4):667-85.
12. Balbo S, Brooks PJ. Implications of Acetaldehyde-Derived DNA Adducts for Understanding Alcohol-Related Carcinogenesis. Biological Basis of Alcohol-Induced Cancer. 2014;815:71-88.
13. Balbo S, Juanes RC, Khariwala S, Baker EJ, Daunais JB, Grant KA. Increased levels of the acetaldehyde-derived DNA adduct N 2-ethyldeoxyguanosine in oral mucosa DNA from Rhesus monkeys exposed to alcohol. Mutagenesis. 2016;31(5):553-8.
14. Espina N, Lima V, Lieber CS, Garro AJ. In vitro and in vivo inhibitory effect of ethanol and acetaldehyde on O6-methylguanine transferase. Carcinogenesis. 1988;9(5):761-6.
15. World Health Organization IAfRoc. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans Re-evaluation of Some Organic Chemicals, Hydrazine and Hydrogen Peroxide. 1999;71.
16. Edenberg HJ. The genetics of alcohol metabolism: role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase variants. Alcohol Res Health. 2007;30(1):5-13.
17. Tsai ST, Wong TY, Ou CY, Fang SY, Chen KC, Hsiao JR, et al. The interplay between alcohol consumption, oral hygiene, ALDH2 and ADH1B in the risk of head and neck cancer. Int J Cancer. 2014;135(10):2424-36.
18. Asakage T, Yokoyama A, Haneda T, Yamazaki M, Muto M, Yokoyama T, et al. Genetic polymorphisms of alcohol and aldehyde dehydrogenases, and drinking, smoking and diet in Japanese men with oral and pharyngeal squamous cell carcinoma. Carcinogenesis. 2007;28(4):865-74.
19. Yokoyama A, Muramatsu T, Ishii H, Ohmori T, Yokoyama T, Okuyama K, et al. Alcohol-related cancers and aldehyde dehydrogenase-2 in Japanese alcoholics. Carcinogenesis. 1998;19(8):1383-7.
20. Béatrice Secretan KS, Robert Baan, Yann Grosse, Fatiha El Ghissassi, Véronique Bouvard, Lamia Benbrahim-Tallaa, Neela Guha, Crystal Freeman, Laurent Galichet, Vincent Cogliano. A review of human carcinogens—Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. The Lancet Oncology. 2009;10(11):1033-4.
21. Tao L, Pavlova SI, Gasparovich SR, Jin L, Schwartz J. Alcohol Metabolism by Oral Streptococci and Interaction with Human Papillomavirus Leads to Malignant Transformation of Oral Keratinocytes. Biological Basis of Alcohol-Induced Cancer. 2014; 815: 239-64.
22. Homann N, Tillonen J, Rintamäki H, Salaspuro M, Lindqvist C, Meurman JH. Poor dental status increases acetaldehyde production from ethanol in saliva: a possible link to increased oral cancer risk among heavy drinkers. Oral Oncol. 2001;37(2):153-8.
23. Jeong HS, Chung H, Song SH, Kim CI, Lee JG, Kim YS. Validation and Determination of the Contents of Acetaldehyde and Formaldehyde in Foods. Toxicol Res. 2015;31(3):273-8.
24. Howie NM, Trigkas TK, Cruchley AT, Wertz PW, Squier CA, Williams DM. Short-term exposure to alcohol increases the permeability of human oral mucosa. Oral Dis. 2001;7(6):349-54.
25. Du X, Squier CA, Kremer MJ, Wertz PW. Penetration of N-nitrosonornicotine (NNN) across oral mucosa in the presence of ethanol and nicotine. J Oral Pathol Med. 2000;29(2):80-5.
26. Calderón-Montaño JM, Jiménez-Alonso JJ, Guillén-Mancina E, Burgos-Morón E, López-Lázaro M. A 30-s exposure to ethanol 20 % is cytotoxic to human keratinocytes: possible mechanistic link between alcohol-containing mouthwashes and oral cancer. Clin Oral Investig. 2018;22(8):2943-6.
27. Molina PE, Happel KI, Zhang P, Kolls JK, Nelson S. Focus on: Alcohol and the immune system. Alcohol Res Health. 2010;33(1-2):97-108.
28. Engen PA, Green SJ, Voigt RM, Forsyth CB, Keshavarzian A. The Gastrointestinal Microbiome: Alcohol Effects on the Composition of Intestinal Microbiota. Alcohol Res. 2015;37(2):223-36.
29. Liliana Bachs ALB-J. Alkohol – rusmiddel 2022 [updated 06.05.2022. Available from: https://sml.snl.no/alkohol – rusmiddel.
30. SSB. Alkoholomsetning 2022 [updated 07.12.2022. Available from: https://www.ssb.no/varehandel-og-tjenesteyting/varehandel/statistikk/alkoholomsetning.
31. Hannah Ritchie MR. Alcohol consumption: OurWorldInData.org; 2018 [updated Januar 2022. Available from: https://ourworldindata.org/alcohol-consumption.
32. WHO. Alcohol 2022 [updated 09.05.2022. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol.
33. Poznyak V. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [Guideline]. WHO; 2010 [updated 31.05.2010. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931.
34. Policydokument om NTFs syn på Folkehelse med særlig vekt på ikke-smittsomme sykdommer, kosthold og tobakk Norway: Den Norske Tannlegeforening; 2013 [Available from: https://www.tannlegeforeningen.no/downlo-ad/18.18a7cdc416d6d4515e224cc7/1570286325103/policy %20folkehelse.pdf.
35. Blomhoff R, Andersen, R., Arnesen, E.K., Christensen, J.J., Eneroth, H., Erkkola, M., Gudanaviciene, i., Halldorsen, T.I., Høyer-Lund, A., Lemming, E.W., Meltzer, H.M., Pitsi, T., Schwab, U., Siksna, I., Thorsdottir, I. and Trolle, E. Nordic Nutrition Recommendations 2023. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2023.
36. Paradis C, Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A., & the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report. Ottawa, Ont: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023.

ENGLISH SUMMARY

Hansen M, Palo M, Warzoszczak M, Hadler-Olsen E.
Head and neck cancer and alcohol – a literature review
Nor Tannlegeforen Tid. 2023; 133: 884-8.

Alcoholic beverages are classified as carcinogenic to humans and alcohol consumption is an important risk factor for head-and neck cancer. In this review article, we shed light on mechanisms that may explain how alcohol increases the risk of head- and neck cancer. We focus on three factors: 1) the breakdown of alcohol in the body through the enzymes alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase, and the carcinogenic effects of the metabolite acetaldehyde; 2) effects on the barrier function of the mucosa and how this may explain the synergistic effects between alcohol and other risk factors such as tobacco; and 3) indirect effects of alcohol through the immune system. We also discuss the role of dental health personnel in preventing and treating oral disease, and that this should also include a responsibility to identify and prevent possible harmful alcohol consumption.

Tidendes pris for beste kasuistikk

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

Prisen på 30 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den som vurderes som den beste av de publiserte kasuistikkene 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.

Zirkonzahn®

HONOUR YOUR PATIENTS

Monolittiske enkeltkroner laget av Prettau® 3 Dispersive® zirkonia. Optimal funksjon takket være ekstra kontrollsteg



Følg oss på Facebook og Instagram!



Dr. med. dent. Manrique Fonseca – Bern, Sveits
Dr. med. dent. Pedro Molinero Mourelle – Bern, Sveits
DT Alexander Lichtmannegger – Zirkonzahn Education Center Brunico, Italia

PRETTAU® 3 DISPERSIVE®

OPTIMAL FUNKSJON TAKKET VÆRE EKSTRA KONTROLLSTEG

LES HELE ARBEIDSFLYTEN! SKANN QR-KODENE

Behandling av en pasient med abraderte tenner forårsaket av parafunksjon. For å sikre pasienten best mulig behandling ble det innhentet individuelle data ved hjelp av ansiktsskanneren 3D Face Hunter, og den intraorale skanneren Detection Eye. For å oppnå optimal funksjon ble det brukt en sikret metode med tre separate kontrolltrinn i arbeidsflyten. Design, kanttilslutning og passform sjekkes ved hjelp av mock-up (Multistratum® Flexible resin), røntgenbilder (radiopaqe Exmon Basic X-Ray resin) og midlertidige restaureringer (Prime Multistratum® resin).

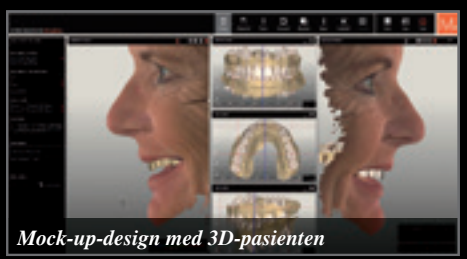
CASE DEL 1

De 28 endelige kronene ble digitalt designet og deretter frest ut i Prettau® 3 Dispersive®. Karakteriserisert ved hjelp av ICE Stains 3D by Enrico Steger, glasert og brent i ett trinn takket være All-In-One-teknikken. Deretter ble det brent et minimalt lag med Fresco Enamel Fluo i vestibulærområdet, for å individualisere tannformen og oppnå en naturlig overflatestruktur.

CASE DEL 2



Utgangssituasjon



Mock-up-design med 3D-pasienten



Områder som skal korrigeres etter røntgenbilder

HOVEDBUDSKAP

- **Malignt lymfom i munnhule er sjeldent forekommende.**
- **Klinisk kan de se ut som rødlige tumores i munnslimhinnen, eventuelt med ulcerasjoner.**
- **Lesjoner ved gingiva fremstår klinisk som hevelse i tillegg til mobile tenner, samt røntgenologisk som radiolucenser/ osteolyse og tap av lamina dura.**
- **I ekstra sjeldne tilfeller kan de forekomme intraossøst og kan ha preg av apikal periodontitt med anestesi av nervus alveolaris inferior/mentalis.**
- **Diagnosen kan være vanskelig å stille klinisk, men et ofte malignt preg gjør at det er sjelden at diagnosen blir forsinket.**
- **Histologisk undersøkelse er absolutt påkrevet.**
- **Diagnostikk av lymfom er blitt stadig mer avansert.**
- **Behandling foregår i dag ved spesialavdelinger ved regionale sykehus.**

FORFATTERE

Bjarte Grung, spesialist i oral kirurgi og oral medisin. Drammen Oralkirurgi, Drammen.
Anne Christine Johannessen, professor dr. odont, cand. med. Gades laboratorium for patologi, Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen, og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus, Bergen.
Kathrine Skarstein, professor dr.odont. Gades laboratorium for patologi, Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen, og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus, Bergen.
Lars Helgeland, førsteamanuensis dr.med. Gades laboratorium for patologi, Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen, og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus, Bergen.

Korresponderende forfatter: Anne Christine Johannessen, Gades laboratorium for patologi, Universitetet i Bergen. anne.johannessen@uib.no

Akseptert for publisering 31.07.2023

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:
Grung B, Johannessen AC, Skarstein K, Helgeland L. Intraoralt malignt lymfom. Nor Tannlegeforen Tid. 2023; 133: 892-901.

MeSH: Anesthesia; Gingival hyperplasia; Lymphoma, Non-Hodgkin; Mental Nerve; Pain

Intraoralt malignt lymfom

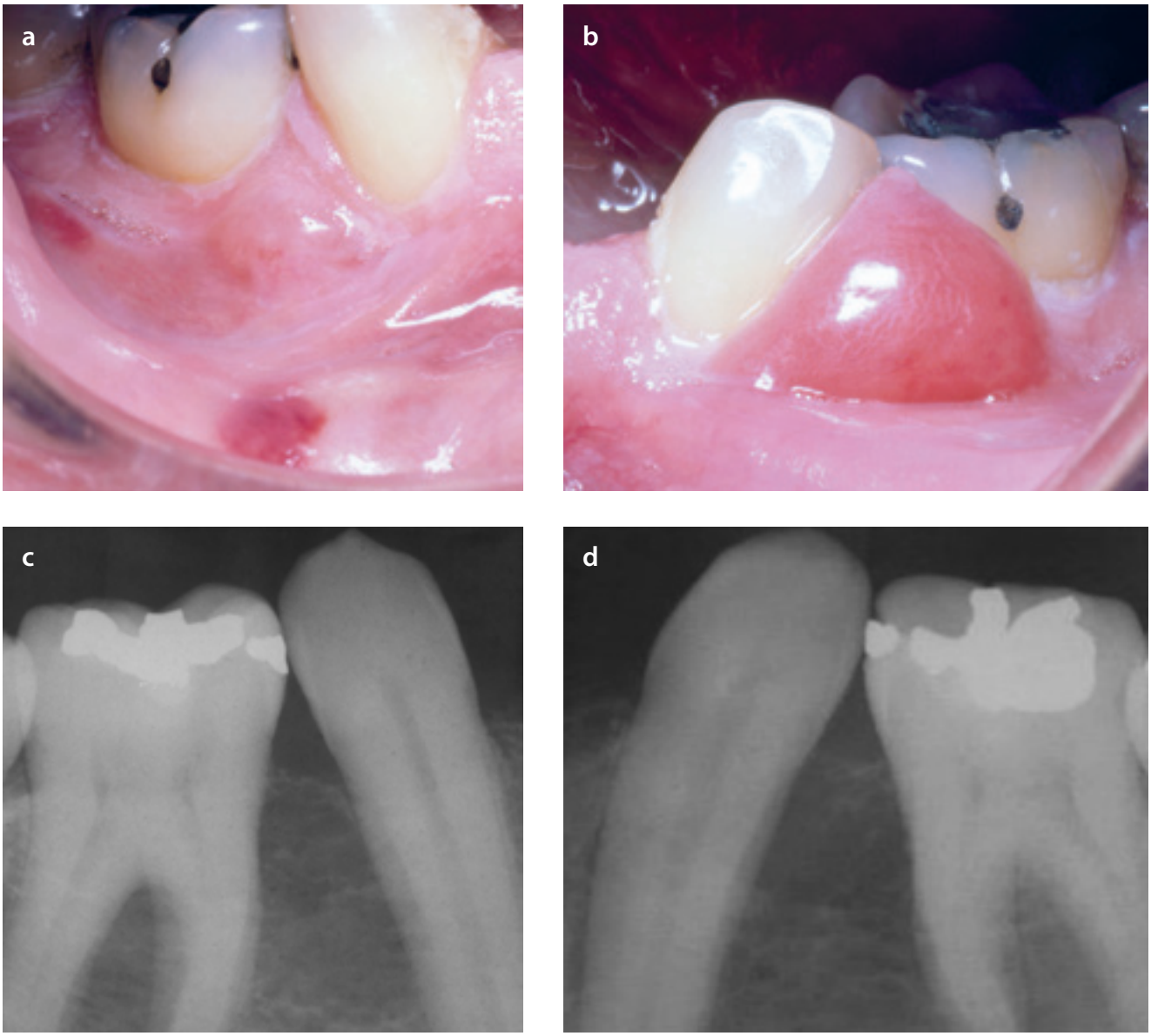
Bjarte Grung, Anne Christine Johannessen, Kathrine Skarstein og Lars Helgeland

Orale maligne lymfomer er sjeldne. I en oralkirurgisk praksis er det registret åtte tilfeller over en periode på 40 år, altså ett kasus hvert femte år. Dette gir et dårlig grunnlag for sikker diagnostisering klinisk, men på grunn av mulig vollformet periferi og sentral nekrose/ulcerasjon, som er tegn på plateepitelkarsinom, har det ikke blitt særlige forsinkelser med henvisninger til behandlende institusjoner i disse tilfellene. Bare i ett tilfelle hvor det bare var en radiolucens apikalt ved en tann ble forsinkelsen på to uker i et forsøk på endodontisk behandling. I artikkelen er de åtte kasusene presentert og diskutert. Diagnosene av de åtte kasusene reflekterer utviklingen i diagnostikk av maligne lymfomer i løpet av 40 år.

Lymfomer er maligne neoplastiske proliferasjoner utgått fra lymfoide celler. Det er funnet en del etiologiske faktorer, blant annet infeksiøse agens som Epstein-Barr virus (EBV), human immunodeficiency virus (HIV), human T-celle leukemi virus (HTLV), Helicobacter pylori infeksjon, hepatitt C virus (HCV) og andre (1). Videre er det en relativt sjelden, men vel dokumentert assosiasjon med autoimmune sykdommer, herunder Sjögrens syndrom (2).

Av de to hovedgruppene av lymfom, er non-Hodgkins lymfom den største gruppen og utgjør ca. 85 % av alle lymfomer (3). Non-Hodgkins lymfomer forekommer både i og utenfor lymfeknuter (nodalt og ekstranodalt). I ca. 40 % av tilfellene er den primære sykdomsmanifestasjonen ekstranodal, der de vanligste lokalisasjoner er hud og slimhinner i gastrointestinaltraktus og øvre luftveier. Hodgkins lymfom forekommer nesten alltid nodalt og er svært sjelden i munnhulen, der det vanligvis er en manifestasjon av systemisk lymfom (3).

Malignt lymfom forekommer sjeldent i munnhulen. I en oralkirurgisk praksis var det åtte pasienter som fikk denne diagnosen i løpet av 40 år. I ett tilfelle ble forandringen i munnslimhinnen sett i sammenheng med allerede kjent non-Hodgkins lymfom, og i et annet tilfelle hadde pasienten kjent kronisk lymfatisk leukemi. I de øvrige seks kasus var det klinisk mistanke om malignitet, og særlig mistanke om plateepitelkarsinom.



Figur 1 a-d. Kasus 1: 55 år gammel mann med rosafarget tumor mellom 46 og 43 (a), mens en tumor mellom 33 og 36 var rødfarget (b). På intraorale røntgen var der diffuse radiolucenser i begge regioner med manglende lamina dura (c,d). Diagnose: non-Hodgkins lymfom.

Av de åtte pasientene er tre fremdeles i live, og de har gitt skriftlig samtykke til at deres kasus med kliniske bilder kan publiseres. De øvrige kasus er såpass langt tilbake i tid at det ikke har vært mulig å innhente samtykke om publisering. Bildene er tatt på en slik måte at personene ikke kan identifiseres.

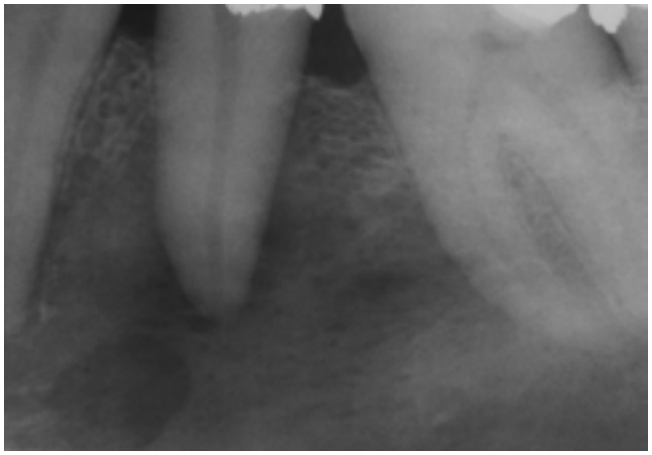
Kasuistikker

Kasus 1

En 55-årig mann var henvist fra annen avdeling ved Stavanger Universitetssykehus for vurdering av parestesi/anestesi svarende til nervus mentalis bilateralt. Av anamnesen fremgikk det at det på Rikshospitalet tidligere var stilt diagnosen non-Hodgkins lymfom. Han hadde fått behandling med cytostatika samt stråling, men ikke mot kjeve- munnhuleregion. Klinisk undersøkelse viste rosa hevelse mellom 46 og 43 (premolarer manglet), mens det var en rød hevelse mellom 33 og 36 (premolarer manglet her også) (figur 1a,b). På intraorale røntgenbilder var der radiolucenser svarende til samme områder samt at lamina dura manglet (figur 1c,d). Ny biopsi fra munnhule ble ansett som ikke påkrevet, siden diagnosen allerede var klar.

Kasus 2

En 55-årig mann var henvist fra egen tannlege for vurdering av smerter og parestesi svarende til underleppens venstre side. Det var ingen kliniske tegn til patologiske forandringer, men der var en radiolucens apikalt på 35 med tett relasjon til foramen mentale. Det ble startet endodontisk behandling av 35 med umiddelbar bedring av smerter, men en uke etter dette oppsto nye smerter samt at 35 ble noe mobil. Undersøkelse viste i tillegg til radiolucensen apikalt 35 en noe diffus radiolucens mellom 35 og 36, samt manglende lamina dura i regionens tenner (figur 2). Tann 35 ble ekstrahert, og bløtvev fra alveolen ble sendt for histologisk undersøkelse. Den histologiske undersøkelsen viste høygradig malignt lymfom ('lymfoblastom av Burkitts type').



Figur 2. Kasus 2: Intraoralt røntgen viste diffus radiolucens ved 35 apikalt og manglende lamina dura. Diagnose: malignt lymfom, (lymfoblastom av Burkitts type).

Kasus 3

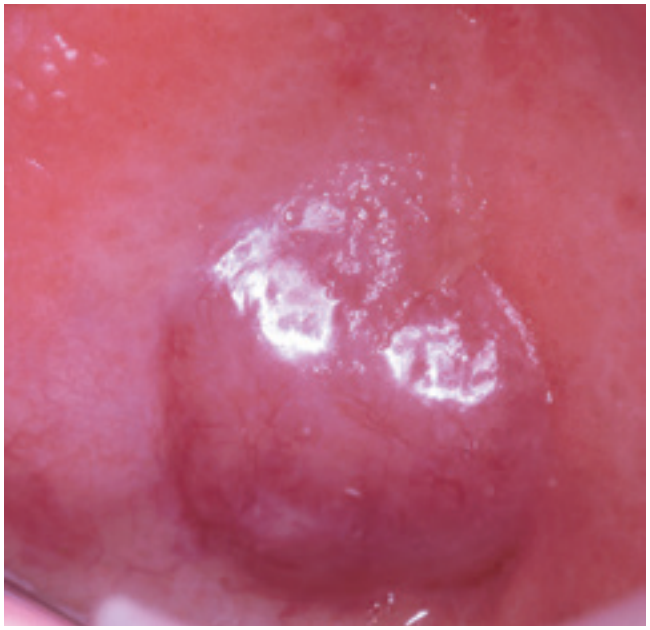
En 83 år gammel kvinne var henvist fra egen tannlege for tumor i høyre del av ganen. Hun hadde ingen subjektive symptomer, bortsett fra at tumor gjorde at overkjeveprotesen ikke passet lenger. Undersøkelse viste en bredbaset tumor ved A-linjen noe til høyre for midtlinjen (figur 3), og den histologiske undersøkelsen viste atypisk lymfoid hyperplasi, lavgradig non-Hodgkins lymfom sannsynlig.

Kasus 4

En 83-årig mann var henvist fra egen tannlege for vurdering av tumor i ganen. Han hadde primært ønsket ny overkjeveprotese siden den foreliggende ikke passet lenger. Undersøkelse viste en ca. 40 mm stor tumor ved ganens A-linje, med utbredt ulcerasjon (figur 4). Den histologiske undersøkelsen viste munnslimhinne med ulcerasjon og utbredt infiltrasjon av diffust storcellet B-cellelymfom.

Kasus 5

En 69 år gammel kvinne var henvist fra egen tannlege for mistanke om malign tumor i ganen. Pasienten hadde merket en hevelse i ga-



Figur 3. Kasus 3: En 83 år gammel kvinne med rød bredbaset tumor i bløte gane til høyre for A-linjen. Diagnose: atypisk lymfoid hyperplasi, lavgradig non-Hodgkins lymfom.



Figur 4. Kasus 4: En 83 år gammel mann med tumor i ganen, med tendens til vollformet periferi og sentral ulcerasjon. Diagnose: storcellet B-cellelymfom.

nen i ca. en måned, ingen smerter. Den kliniske undersøkelsen viste en stor tumor i ganen regio 18–14, hvor periferien syntes å være vollformet rundt en sentral ulcerasjon (figur 5a). OPG viste radiolucens i regionen (figur 5b). Den histologiske undersøkelsen viste lavgradig B-cellelymfom, best forenlig med marginalsone-lymfom (figur 9).

Kasus 6

En 65-årig mann var henvist fra egen tannlege for vurdering av hevelse i underkjeven, regio 44–42, han hadde merket dette i en måned før henvisningen. Fra anamnesen fremkom det at han hadde hatt kronisk lymfatisk leukemi de siste ni årene og fått jevnlig medikamenter for dette. Han har også hatt cellegiftbehandling ifølge ham selv, uten effekt. Undersøkelse viste hevelse av processus alveolaris regio 44–42 buccalt (figur 6a,b), og på OPG syntes lamina dura i regionen å være borte (figur 6c). En biopsi ble tatt, og den histologiske undersøkelsen viste diffust storcellet B-cellelymfom. Tilleggsundersøkelser viste at tumorcellene hadde en markørprofil lik pasientens kjente kroniske lymfatiske leukemi. Resultatet var således forenlig med transformasjon til høygradig malignt lymfom fra lavgradig kronisk lymfatisk leukemi (figur 10).

Kasus 7

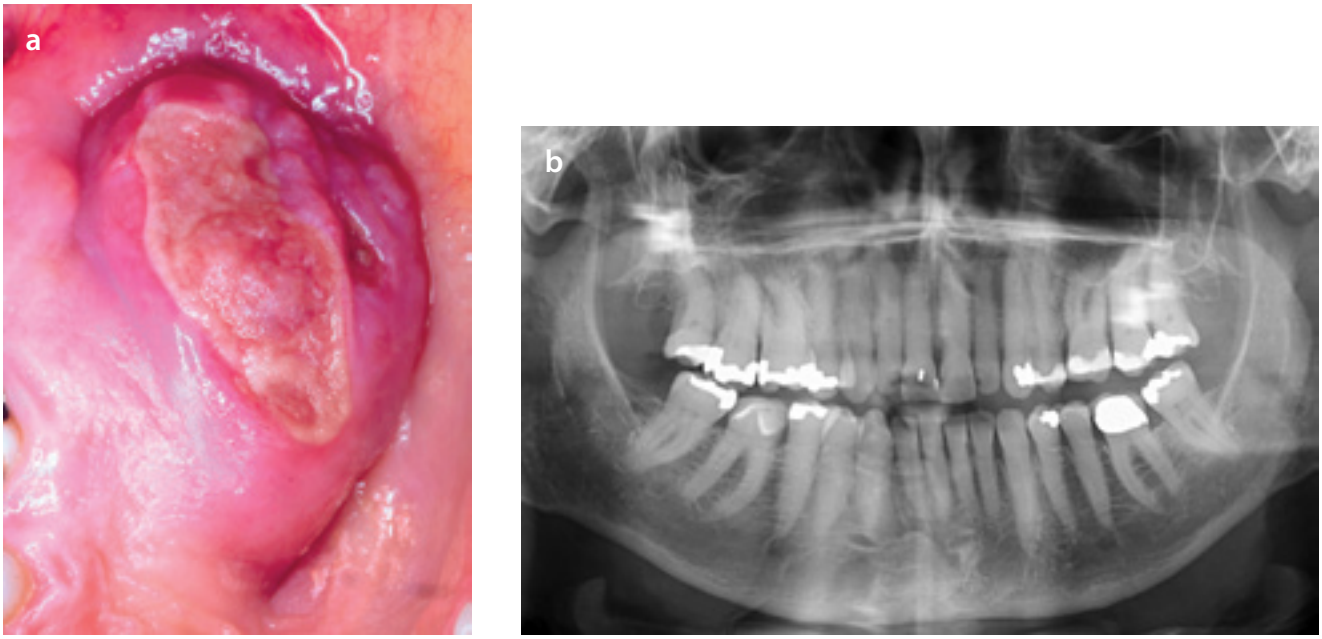
En 72-årig kvinne var henvist akutt for vurdering av tumor i slimhinnen på kjevekammen, overkjevens høyre side. Hun mente selv at den hadde vært der i bare noen uker. Undersøkelse viste løs tuber maxillae, og buccalt på kjevekammen fra tuber til regio 14 var der en tumor med tendens til vollformet periferi, mens det sentralt var ulcerasjon/nekrose (figur 7a). OPG viste en radiolucens på processus alveolaris i fremre del av tumor. Biopsi med histologisk undersøkelse viste diffust storcellet B-cellelymfom.

Kasus 8

En 47-årig kvinne var henvist fra egen lege for hevelse submandibulært i høyre side to måneder tidligere, nå også i venstre side. I tillegg opplyste pasienten om gingival hevelse, som hadde vart et par uker. Undersøkelse viste bløt hevelse av gingiva buccalt fra 43 til 34 (figur 8 a,b), og røntgen viste destruksjon/osteolyse av ben omkring alle tennene som forøvrig var uten karies eller fyllinger. Det var heller ikke lamina dura til stede ved disse tennene (figur 8 c,d,e,f). Det ble tatt biopsi som viste diffust storcellet B-cellelymfom.

Histopatologisk diagnostikk

Moderne lymfomdiagnostikk baseres på histologi kombinert med immunhistokjemiske farginger og molekylærgenetiske analyser (3,4). Mikroskopi av snitt fra lymfom vil vise celler med lymfoid utseende, med enten varierende blanding av ulike subpopulasjoner, eller et mer ensartet cellebilde. Oftest vil det utfra morfologien være mulig å plassere lymfomet i hovedkategoriene Hodgkins lymfom eller non-Hodgkins lymfom. Videre vil sistnevnte kategori kunne

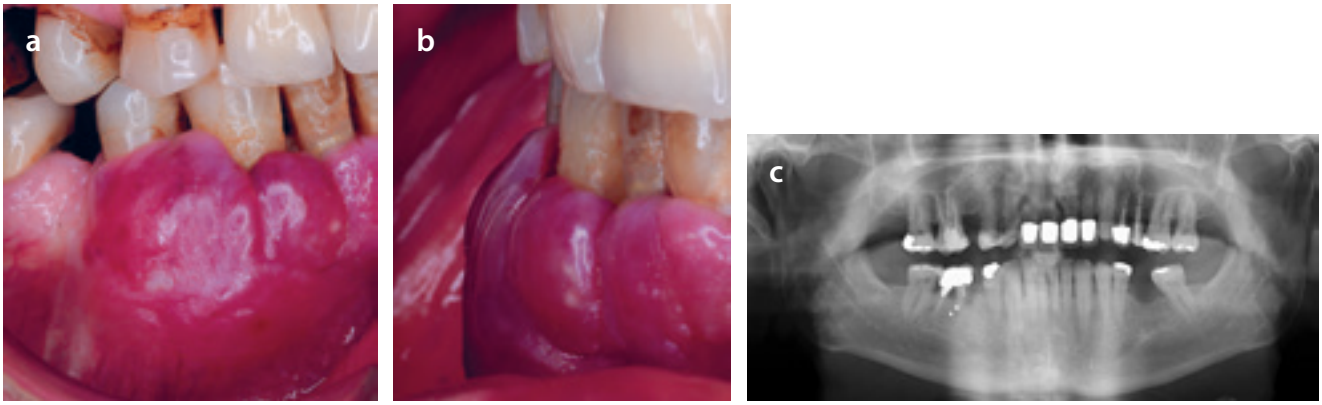


Figur 5 a–b. Kasus 5: En 69 år gammel kvinne med stor hevelse i ganen, høyre side, også med ulcerasjon, og på OPG sees radiolucens i regionen. Diagnose: B-cellelymfom, best forenlig med marginalsone lymfom.

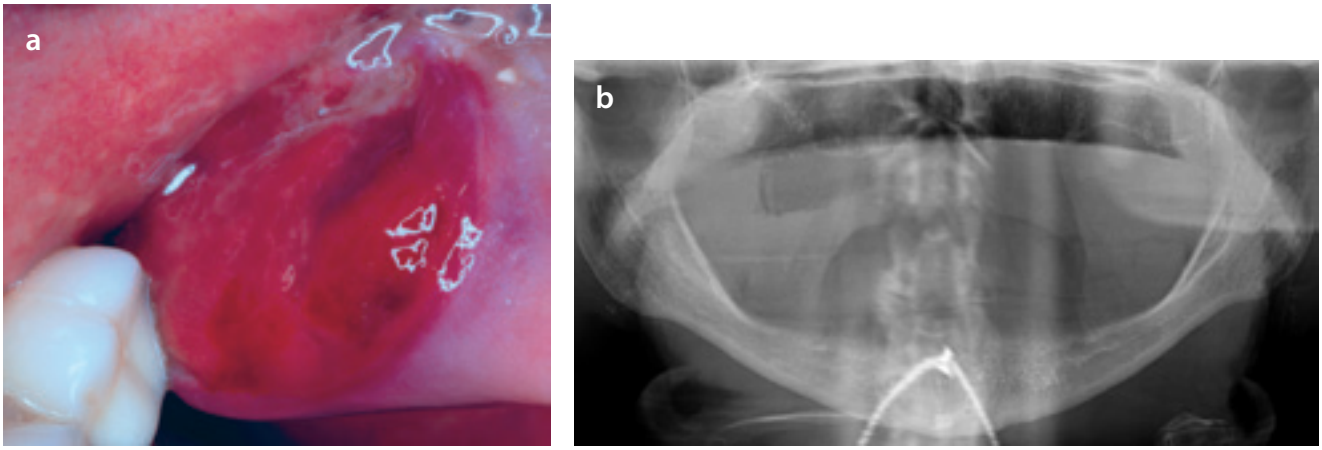
deles inn i to grupper med viktige kliniske implikasjoner: Den ene gruppen består av små og modne lymfoide celler som deler seg langsomt, og klinisk korrelerer dette med relativt langsom vekst og sykdomsutvikling. Den andre gruppen består av blastceller med vanligvis høy proliferasjon, rask vekst og sykdomsprogresjon. Tumorvevet analyseres videre med paneler av immunhistokjemiske farginger, som er rettet mot cluster of differentiation (CD) antigener og proteiner involvert i regulering av celledeling og vekst. Ofte vil det være nødvendig å supplere med molekylære analyser (figur 9,10). PCR-teknikk benyttes i klonalitetsanalyser, som kan være avgjørende for å skille benigne polyklonale fra maligne monoklonale lymfoide proliferasjoner. Fluorescens-in-situ hybrdisering (FISH) benyttes for å påvise bestemte translokasjoner som er viktig for subtyping og klinisk behandling. WHO- klassifikasjonen av lymfom består pr. i dag av ca. 100 ulike entiteter. Den metodologiske utviklingen reflekteres godt i hvilken diagnose som har vært gitt de ulike kasusene i denne serien, der de tidlige kasusene har en mer uspesifikk morfologibasert diagnose, for eksempel 'non-Hodgkins lymfom' (kasus 1 og 3), 'lymfoblastom av Burkitts type' (kasus 2), mens de siste kasus (kasus 4-8) er gitt en spesifikk lymfomdiagnose, tilordnet hovedgruppe og undergruppe basert på immunhistokjemiske og molekylærbiologiske undersøkelser.

Diskusjon

Intraoralt lymfom er en sjelden tilstand, noe som illustreres godt ved at vi registrerte disse åtte tilfellene over en periode på 40 år, i en vanlig oralkirurgisk praksis. I 2022 ble det totalt registrert 153 nye tilfeller av Hodgkins lymfom og 1082 nye tilfeller av Non-Hodgkins lymfom i Norge. I begge gruppene var det flest menn. Der er ingen egen statistikk over forekomsten av intraorale lymfomer i Norge. I vårt materiale er det lik forekomst mellom kjønnene, mens andre publikasjoner med flere tilfeller enn i vårt materiale har hatt en



Figur 6 a–c. Kasus 6: En 65-årig mann som de siste ni år har hatt kronisk lymfatisk leukemi. Han hadde merket en hevelse regio 44–42 i ca. en måned. Det sees en hevelse av gingiva, og på OPG sees muligens en radiolucens mellom 44 og 43 samt at lamina dura bare sporadisk er til stede. Diagnose: diffust storcellet B-cellelymfom, ikke kimsenter type.



Figur 7 a–b. Kasus 7: En 72-årig kvinne med stor tumor på tannløs processus alveolaris fra tuber og frem til regio 14. Det er tydelig ulcerasjon og vollformet periferi. OPG er noe vanskelig å tyde, men det synes å være en radiolucens på processus alveolaris i fremre del av tumor. Diagnose: diffust storcellet B-cellelymfom.

overvekt av menn (5,6,7,8). Unntaket er Walter et al (9) som fant 55 % kvinner og 45 % menn. Også når det gjelder alder er det forskjeller. Vi fant at alder varierte mellom 47 og 83 år med et gjennomsnitt på 66 år, noe som harmonerer med Walter et al (9) med gjennomsnittsalder på 67 år, mens Mortazavi et al (7) fant en gjennomsnittsalder på 41 år, da de gjennomgikk litteratur hvor det var inkludert 45 kasus. Man fant også en økt tendens i industrialiserte land på grunn av høyere alder (1), idet det er den eldre aldersgruppen som er mest utsatt for maligne lymfomer.

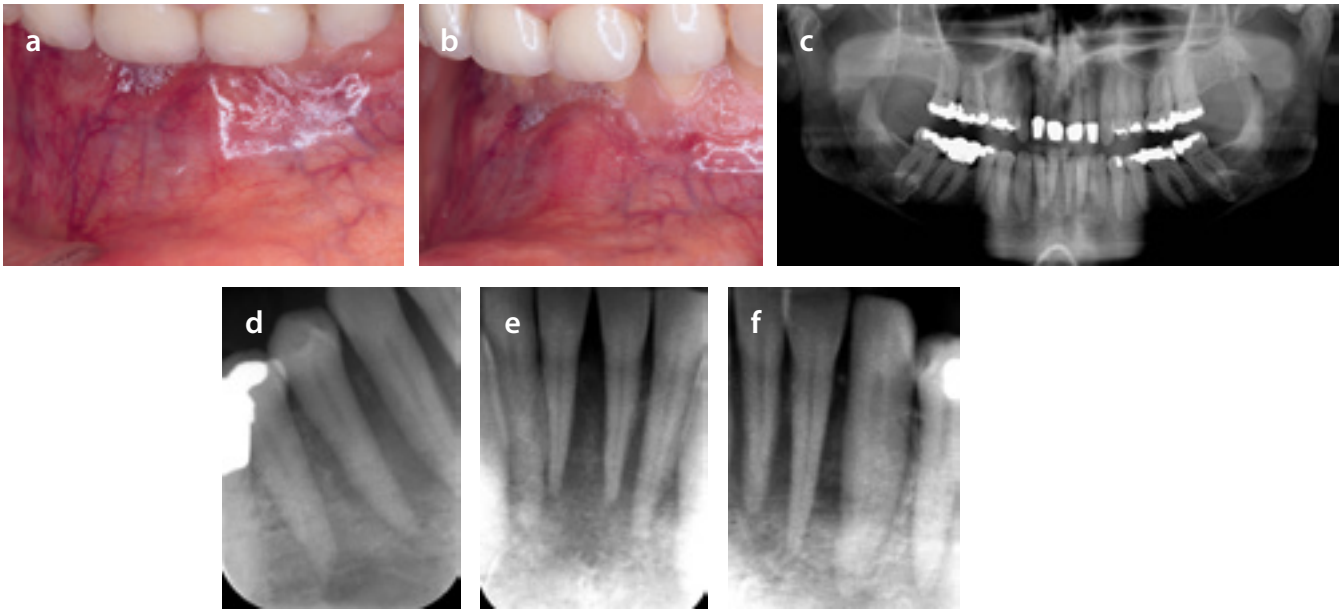
Når det gjelder intraorale maligne lymfomer, finnes de for det meste i gingiva, gane eller ved tungen (1), noe som harmonerer med våre funn ettersom vi finner fire ved gingiva, tre i ganen og en tumor ved buccalt for tuber.

Man er enige i at symptomene som indikerer en lymfomdiagnose først og fremst er hevelse, smerte og ulcerasjon, samt mobilitet av tenner (1,9). Dette fremgår også av våre kasus, som viste hevelse av gingiva eller i form av tumor hvor det i noen tilfeller var rødfarge av tumor og noen av dem med ulcerasjon (tre kasus). Det var også en tendens til vollformet periferi, og hvis der var en sentral ulcerasjon i tillegg kunne disse minne om et plateepitelkarsinom. Disse forholdene har en klinisk fordel idet lesjonene raskt vil oppfattes som malignitessuspekte, og dermed vil de ikke lede til forsinket biopsering for histologisk undersøkelse og videre henvisning til behandlende institusjon.

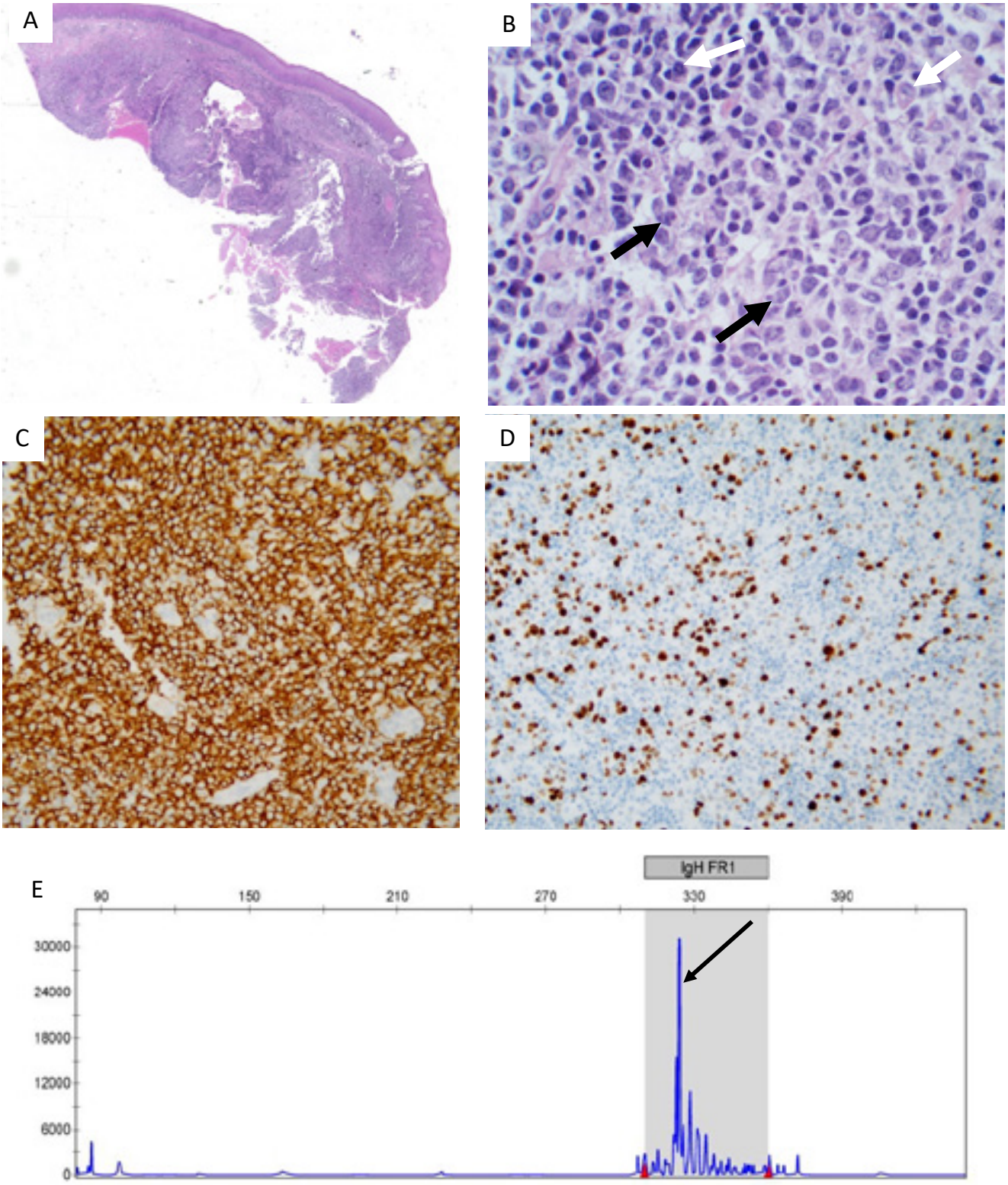
Det er ikke karakteristiske røntgenfunn ved intraorale maligne lymfom (4), men det vi fant var osteolyse og manglende lamina dura. I ett tilfelle var det ingen hevelse, bare en apikal radiolucens med smerter og anestesi av nervus mentalis (tann 35). Siden tannen ikke var sensibel, ble det gjort forsøk på endodontisk behandling som førte til umiddelbar smertereduksjon og bedring av anestesi, men da begge symptomene tiltok igjen samt at tannen ble mobil, ble tannen fjernet etter to uker, og det ble tatt biopsi av bløtvevet i alveolen. Denne forsinkelsen på et par uker var den eneste i vårt materiale. Dette er i kontrast til Mortazavi et al (7) hvor man fant over fire måneders forsinkelser i gjennomsnitt i slike tilfeller.

Alle de åtte kasusene i vår serie var non-Hodgkins lymfomer, hvilket samsvarer med at Hodgkins lymfom forekommer svært sjelden i munnhulen. To av kasusene viste seg å representere oral manifestasjon av systemisk lymfom (kasus 1 og 6). Av non-Hodgkins lymfomene er en liten andel T/NK-cellederiverte, mens de aller fleste er B-cellederiverte. I de første kasusene i serien var metodologi ikke tilgjengelig for å typebestemme lymfomcellene, men utfra morfologisk beskrivelse var de sannsynlig B-cellelymfomer, og i senere kasus var B-cellefenotype fastslått med immunhistokjemiske undersøkelser.

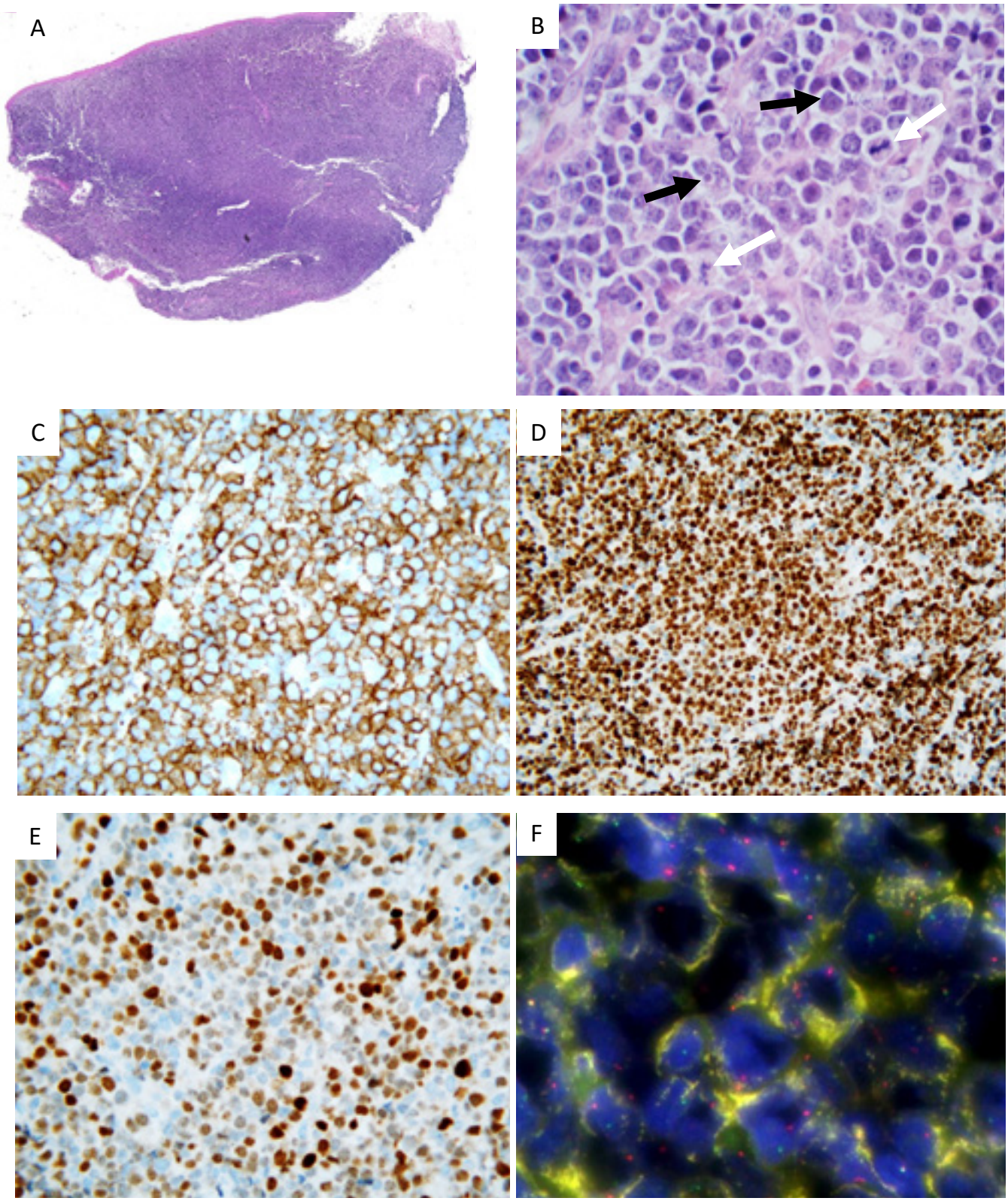
Generelt er vel halvparten av B-cellelymfomene høygradig maligne, og den vanligste typen av disse er diffust storcellet B-cellelymfom. I tråd med dette var det den vanligste typen i denne serien (kasus 4, 6, 7 og 8). Disse kan av og til være transformert fra et lavgradig B-cellelymfom, der nyoppståtte genforandringer over kort tid fører til rask sykdomsutvikling. Dette er eksemplifisert i kasus 6, der diffust storcellet B-cellelymfom ble diagnostisert i munnhulen



Figur 8 a–f. Kasus 8: En 47-årig kvinne med hevelse av gingiva i underkjevens front, mest uttalt regio 31–33 (a,b). Røntgen viser osteolyse med manglende lamina dura i fronten. Diagnose: høygradig malignt B-cellelymfom, best forenlig med diffust storcellet B-cellelymfom.



Figur 9. Histopatologiske bilder fra kasus 5. Hematoksylin-eosin fargete snitt (a og b): Liten forstørrelse viser plateepitelkledd slimhinne med et tett lymfoid infiltrat i underliggende bindvev (a). Høy forstørrelse viser monotont utseende relativt små lymfoide celler med lett irregulære kjerner (svarte piler). Der er også spredte plasmaceller, illustrert med hvite piler (b). Immunhistokjemiske snitt (c og d): Tumorcellene uttrykker brun pan-B cellemarkør CD20 (c). Proliferasjonsmarkør Ki-67, som farger kjernene i celler som er i celledeling, er positiv i en mindre andel, passende med relativt lav proliferasjon og lavgradig lymfom (d). Molekylærpatologisk undersøkelse (e): PCR og fragmentanalyse viser monoklonal rearrangering av immunglobulin tung kjede (IGH FR1; se pil), et viktig funn for å påvise at det foreligger et lymfom og ikke et benignt lymfoid infiltrat.



Figur 10. Histopatologske bilder fra kasus 6. Hematoksylin-eosin fargete snitt (a og b): Liten forstørrelse viser plateepitelledd slimhinne med et tett lymfoid infiltrat i underliggende bindvev (a). Høy forstørrelse viser monotont utseende, store og atypiske lymfoide celler med blastiske kjerner (svarte piler) og mitoser (hvite piler) (b). Immunhistokjemiske snitt (c,d,e). Tumorcellene uttrykker pan-B cellemarkør CD20 (c). Proliferasjonsmarkør Ki-67 er positiv i nærmest alle celler, passende med høy proliferasjon og høygradig lymfom (d). Immunhistokjemisk farging for MYC protein viser mange positive cellekjerner (e). Molekylærpatologisk undersøkelse (f): FISH undersøkelse viser patologiske røde og grønne punkter i de fleste cellekjernene, og få normale gule punkter. Funnet indikerer translokasjon av c-myc genet, som koder for MYC proteinet, illustrert i (e). Dette er funn som kan sees i forbindelse med transformasjon av kronisk lymfatisk leukemi til storcellet B-cellelymfom, og indikerer en særlig dårlig prognose.

Kasus nr	Kjønn	Alder, år	Lokalisasjon	Diagnose	Kliniske funn	Røntgenfunn	Symptomer
1	Mann	55	Underkjeve, sidesegmenter	Non-Hodgkins lymfom	Hevelse i underkjevens sidesegmenter	Radiolusenser i underkjevens sidesegmenter	Parestesi/anestesi av N.mentalis bilateralt
2	Mann	55	Underkjeve, regio 35-36	Høygtadig malignt lymfom (lymfoblastom av Burkitts type	Ingen	Radiolucens apikalt 35, relasjon til foramen mentale	Smerter/parestesi i underleppens venstre side
3	Kvinne	83	Ganeslimhinne, høyre side	Atypisk lymfoid hyperplasi, lavgradig non-Hodgkins lymfom sannsynlig	Bredbaset tumor	Ingen	Ingen
4	Mann	83	Ganeslimhinne	Diffust storcellet B-cellelymfom	Tumor med ulcerasjon	Ingen	Ingen
5	Kvinne	69	Ganeslimhinne	Lavgradig B-cellelymfom, marginalsone lymfom	Tumor med vollformet rand med sentral ulcerasjon	Radiolucens regio 18-14	Ingen
6	Mann	65	Underkjeve, regio 44-42	Storcellet B-cellelymfom	Hevelse av processus alveolaris regio 44-42	Lamina dura borte regio 44-42	Ingen
7	Kvinne	72	Slimhinne på kjevekam, overkjeve	Diffust storcellet B-cellelymfom	Tumor med vollformet rand med sentral ulcerasjon	Radiolucens på processus alveolaris	Ingen
8	Kvinne	47	Gingiva, buccalt 43-34	Diffust storcellet B-cellelymfom	Bløt hevelse gingiva buccalt 43-34	Destruksjon av ben rundt tenner 43-34	Ingen

hos en pasient som fra før hadde kjent (B-celle) kronisk lymfatisk leukemi. En nokså sjelden type av høygradig B-cellelymfom er plasmablastisk lymfom, som typisk oppstår hos HIV-positive pasienter eller hos eldre eller immunsupprimerte av andre årsaker, og som har munnhulen som predileksjonssted. Denne diagnosen ble overveiet i utredningen av kasus 7, men konklusjonen ble til slutt diffust storcellet B-cellelymfom. En annen type høygradig B-cellelymfom er Burkitts lymfom, som er en spesielt aggressiv lymfomtype. Burkitts lymfom forekommer endemisk særlig i Afrika, og kjevebein er et vanlig fokus for sykdommen, men forøvrig er det sjeldent og sporadisk forekommende i vår del av verden. Kasus 2 var sannsynligvis av denne typen, fordi det presenterte seg intraossøst i kjevebein og histologisk viste typisk morfologisk bilde, men biopsien ble tatt lenge før dagens omfattende tilleggsundersøkelser var tilgjengelig i patologilaboratoriet.

Den andre hovedkategorien av B-cellelymfomer er de lavgradig maligne, og to av kasusene i denne serien var slike lymfom (kasus 3 og 5). Den vanligste subtypen lavgradig B-cellelymfom med primær ekstranodal manifestasjon, er marginalsone B-cellelymfom, og denne diagnosen ble fastslått i kasus 5.

I Norge foregår behandling av maligne lymfomer ved spesialavdelinger ved regionssykehusene. Behandlingen avhenger av histologisk type og gradering av svulsten, i tillegg til alder og pasientens helsetilstand. Alternativene er vanligvis kjemo- og/eller radioterapi, som ofte kombineres med spesifikke antistoff rettet mot B-celleantigener. Høydosebehandling med etterfølgende autolog og allogen stamcelletetransplantasjon gis også i enkelte tilfeller etter gjennomgått cystostatikakur. Mer spesifikk diagnose innebærer også mulighet for mer spesifikk og persontilpasset immunterapi, noe som gir håp om at man skal kunne bedre prognosen for disse pasientene i fremtiden.

Takk

En stor takk til fotograf Espen Harward for uvurderlig hjelp med bilder, dels for å få de fleste scannet på nytt slik at det var mulig å få dem i en størrelse som harmonerer med god kvalitet til trykking, og dels for minutiøs redigering.

REFERANSER

1. Zapater E, Bagán JV, Carbonell F, Basterra J. Malignant lymphoma of the head and neck. Oral diseases. 2010; 16: 119-28.
2. Johnsen SJ, Brun JG, Gøransson LG, Småstuen MC, Johannesen TB, Haldorsen K, Harboe E, Jonsson R, Meyer PA, Omdal R. Risk of non-Hodgkin's lymphoma in primary Sjögren's syndrome: a population-based study. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013; 65: 816-21.
3. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, Thiele J eds. WHO Classification of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, Lyon 2017.
4. Regezi, Sciubba, Jordan. Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations. 7th ed. Elsevier 2017, p228-44.
5. Hussain, MRA. Non-Hodgkin´s lymphoma of the oral cavity and maxillofacial region: a pathologist viewpoint. Expert Rev Hematol. 2018; 11: 737-48.
6. Deng D, Wang Y, Liu W, Qian Y. Oral and maxillofacial non-Hodgkin lymphomas: Case report with review of literature. Medicine. 2017; 96: e7890.
7. Mortazavi H, Baharvan M, Rezaeifar K. Periapical lymphoma: Review of reported cases in the literature. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2020; 121: 404-7.
8. Epstein JB, Epstein JD, Le ND, Gorsky M. Characteristics of oral and paraoral malignant lymphoma: a population-based review of 361 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001; 92: 519-25.
9. Walter C, Ziebart T, Sagheb K, Rahimi-Nedjat RK, Manz A, Hess G. Malignant lymphomas in the head and neck region – a retrospective, single-center study over 41 years. Int J Med Sci. 2015; 12: 141-5.

ENGLISH SUMMARY

Grung B, Johannessen AC, Skarstein K, Helgeland L.

Oral malignant lymphoma

Nor Tannlegeforen Tid. 2023; 133: 892-901.

Oral malignant lymphoma is a rare lesion, and eight cases have been diagnosed over a period of 40 years in an oral surgery practice. They have not been previously published. They belong all to the group of non-Hodgkin's lymphoma. The most common clinical signs are swelling of the gingiva, radiolucency of the bone and anaesthesia of the mental nerve. We also found tumours, which were red or pink, often ulcerated. One case had only an apical radiolucency, anaesthesia of the mental nerve, and pain as symptoms, and endodontic treatment was started. Pain symptoms decreased initially but recurred after one week. Accordingly, the tooth was extracted, and the soft tissue in the tooth socket was biopsied. The lymphoma diagnosis was delayed by two weeks, while the other seven cases had no delay of diagnosis since there was a suspicion of malignancy in all cases. Diagnoses of the eight cases reflect the development of malignant lymphomas over the last 40 years.



Et vinnende smil?

Oral helse i toppidretten

Randi Krog Eftedal, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt)
Magnus Strømmen, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt

- Toppidrettsutøvere har økt risiko for oral patologi.
- Toppidrett og oral helse påvirker hverandre gjensidig.
- Toppidrettsutøvere trenger tettere oppfølging fra tannhelsetjenesten og bør ha recallintervall på seks måneder.
- Tannhelsepersonell bør inn i støtteapparatet for å skreddersy løsninger som minimerer belastningen på munnhelsen.

Toppidrettsutøveren er avhengig av å optimalisere sin helse og fysikk. Det er trangt om plassene både på laget og på pallen, og et støtteapparat av trenere, leger, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer og psykologer står til disposisjon for at toppidrettsutøveren skal kunne yte maksimalt på trening og i konkurranse. I dette ellers så solide apparatet er oral helse ofte glemt.

I sammenhengen mellom oral helse og toppidrett er traumer ofte det første vi tenker på, men det er viktig å være oppmerksom på at toppidrettsutøvere også har økt risiko for karies, erosjoner og periodontal sykdom. Dette skyldes faktorer som kosthold, dehydrering og munntørrhet, stress og treningsindusert, lavgradig inflammasjon. I tillegg er prevalensen av spiseforstyrrelser høyere innen toppidretten enn i den generelle befolkningen. De komplekse sammenhengene mellom oral helse, sportslig ytelse og sårbarhet for skader får nå mer oppmerksomhet innen odontologisk forskning.

Professor og spesialist i periodontitt Ian Needleman ved UCL Eastman Dental Institute og hans medarbeidere har siden OL i London i 2012 utført store epidemiologiske studier av munnhelsen til toppidrettsutøvere (1-3). I en systematisk oversiktsartikkel oppsummerte Ashley et al. funnene fra disse studiene (4). Til sammen 841 toppidrettsutøvere fra 25 idrettsgrener, og med en gjennomsnittsalder på 24 år, ble undersøkt. Aktiv, behandlingskrevende karies ble funnet hos 49 % av utøverne. Erosjonsskader forekom hos 42 %, gingivitt hos 77 % og periodontitt hos 22% ved undersøkelsestidspunktet. I en undersøkelse fra opptakten til OL i Rio i 2016 fant Gallagher et al. at hele 32 % rapporterte at munnhelsen hadde negativ innvirkning på deres sportslige ytelse (5).

Dårlig oral helse forekommer hyppig hos toppidrettsutøvere og er assosiert med redusert ytelse og økt sårbarhet for skader (6, 7). Toppidrettsutøveres kosthold er individuelt tilrettelagt og nøye regulert for å sikre optimal ytelse og restitusjon, men som regel uten å ta oral helse med i betraktningen. Det er viktig for utøveren å få i seg nok energi, og ofte raskt. Dette påfyllet av energi skjer gjerne kontinuerlig gjennom trening og resten av dagen. En vesentlig del av energiinntaket er raske karbohydrater som stammer fra energidrikker, -barer og -geler. I tillegg til høyt sukkerinnhold har energidrikker og -geler ofte svært lav pH. Ernæringen som er nødvendig for at utøveren skal kunne prestere på topp kan dermed gå på bekostning av munnhelsen.

Kombinasjonen av dehydrering, nedsatt spyttproduksjon på grunn av økning i stresshormonene kortisol og adrenalin, og munnpusting under anstrengende fysisk aktivitet gjør idrettsutøvere ekstra utsatt for munntørrhet. Dette forsterker sårbarheten for karies og erosjoner forårsaket av hyppig inntak av sukkerholdige og sure næringsmidler, og påvirker også utøverens periodontale helse (6, 8, 9). Sammen kan utøverens munntørrhet og kosthold også påvirke mikrofloraen i munnhulen og resten av mage-/tarmkanalen (10). Lokale inflammasjonsreaksjoner som ved pericoronitt, gingivitt eller periodontitt kan gi en systemisk inflammatorisk respons ved at bakterier eller lokale inflammasjonsmediatorer fra inflammert vev går over i blodbanen (11, 12). Studier har antydet sammenhenger mellom periodontal sykdom, målt i form av lommedybde, festetap og blødningstendens (bleeding on probing), og faktorer som redusert maksimalt oksygenopptak og økt risiko for skade på muskulatur (7, 13, 14).

Regelmessig, moderat fysisk aktivitet har en positiv effekt på generell helse, inkludert munnhelse. Fysisk aktive mennesker har lavere nivå av proinflammatoriske interleukiner i blodomløpet (15, 16), og rapporterer i mindre grad om gingival blødning og tannmobilitet enn fysisk inaktive mennesker (17). Personer som trener 3–5 ganger ukentlig blir også sjeldnere diagnostisert med periodontitt (18). Denne effekten kan ikke ekstrapoleres til toppidretten. Hard og langvarig fysisk trening kan tvert imot ha motsatt effekt grunnet økning av proinflammatoriske mediatorer og stresshormoner i blodomløpet, samtidig som mengden immunoglobulin reduseres betydelig (19, 20). I tillegg kan stresshormonene adrenalin og noradrenalin bidra til økt oksidativt stress og ekspresjon av virulensfaktorer i periodontopatogene bakterier som Porphyromonas gingivalis (21). Kroppens cellulære forsvarsmekanismer reduseres

også forbigående etter en hard treningsøkt (22). Denne midlertidige svekkelsen av immunsystemet etter intens fysisk aktivitet kan gjøre toppidrettsutøveren mer mottakelig for sykdom.

Akutte orale plager, som traumer og pulpitt, kan føre til fravær fra trening og konkurranse. Symptomene fra kroniske tilstander er lettere å overse, men kan likevel redusere kvaliteten og intensiteten av trening og konkurranser. Eksempelvis kan en lavgradig inflammasjon gi milde eller ingen smerter, men likevel påvirke faktorer som ernæring, søvn og restitusjon, selvtillit, bakterieflora i munnhulen og mage-/tarmkanalen, og total inflammatorisk belastning i en kropp som er avhengig av å være i toppform (6). De samme faktorene vil kunne bli påvirket av det psykososiale stresset eliteutøveren opplever grunnet høye krav og forventninger samt sterk konkurranse. Tidsmangel forårsaket av en stram timeplan kan gi utslag på oral helseatferd. I en undersøkelse av nederlandske utøvere under oppkjøring til OL i Rio i 2016 rapporterte 97 % av de som trente inntil 20 timer ukentlig at de pusset tennene to ganger daglig, mens blant de som trente mer enn 20 timer daglig falt andelen til 77 % (23).

Basert på viktigheten av å ivareta idrettsutøvernes helse har både Den internasjonale olympiske komité (IOC) og Det europeiske fotballforbundet (UEFA) innlemmet oral helse i sine vedtekter (24, 25). På bakgrunn av økt risiko for oral patologi anbefaler World Dental Federation (FDI) et recallintervall på seks måneder for toppidrettsutøvere (26). Toppidrettsutøvere er en gruppe som er villige til å ofre mye for å nå toppen, og det er viktig å informere om nødvendigheten av god munnhelse for optimal ytelse og prestasjon.

Tannhelsepersonell bør hjelpe utøverne til å få eierskap til egen munnhelse ved å informere om og drøfte tiltak som reduserer de negative effektene av livsstilen toppidretten medfører. Er det mulig å erstatte noe av det sukkerrike og syreholdige energitilskuddet med vann, nøtter og frukt? Kan utøveren velge et toflaske-system hvor de drikker litt vann etter hvert inntak av energidrikk? Kan utøveren gjøre endringer for å minimere faren for dehydrering? I tillegg er det viktig å optimalisere munnhygienen og å vurdere om ekstra fluor er indisert. Det bør vurderes om bruk av tannbeskyttere er tilrådelig, og det er viktig å presisere overfor utøveren at disse må fremstilles individuelt på klinikken. Tannhelsepersonell bør også være oppmerksom på tidlige tegn på spiseforstyrrelser. Undersøkelser bør fortrinnsvis utføres før sesongstart for å gi tid til eventuelle behandlinger eller intervensjoner. Ved usikkerhet rundt eventuell medisinering kan tannlegen søke opp preparater på Antidoping Norge. Andre gode ressurser er tilgjengelige for både tannhelseteamet, utøveren selv og øvrig medisinsk personell rundt utøveren på FDI sine nettsider under Sports dentistry.

For å nå toppen må idrettsutøvere operere på grensen til hva som er mulig. Marginene er små, og alle detaljer teller. Munnhelse har lenge vært et oversett felt for mange toppidrettsutøvere og deres støtteapparat, og livet som toppidrettsutøvere, med hard trening, kostholdsfaktorer, stress og stramme timeplaner, gjør det utfordrende å oppnå og vedlikeholde god munnhelse. Kunnskap om den gjensidige påvirkningen mellom oral helse og toppidrett er viktig for utøvernes prestasjon og velvære, og også for deres livskvalitet i årene etter at idrettskarrieren er over.

REFERANSER

1. Needleman 1, Ashley P, Petrie A, Fortune F, Turner W, Jones J, Niggli J, et al. Oral health and impact on performance of athletes participating in the London 2012 Olympic Games: a cross-sectional study. Br J Sports Med. 2013; 47(16): p. 1054-8.
2. Needleman I, Ashley P, Meehan L, Petrie A, Weiler R, McNally S, et al. Poor oral health including active caries in 187 UK professional male football players: clinical dental examination performed by dentists. Br J Sports Med. 2016; 50(1): p. 41-4.
3. Gallagher J, Ashley P, Petrie A, Needleman I. Oral health and performance impacts in elite and professional athletes. Community Dent Oral Epidemiol. 2018; 46(6): p. 563-8.
4. Ashley P, Di Iorio A, Cole E, Tanday A, Needleman I. Oral health of elite athletes and association with performance: a systematic review. Br J Sports Med. 2015; 49(1): p. 14-9.
5. Gallagher J, Gallagher J, Ashley P, Petrie A, Needleman I. Oral health-related behaviours reported by elite and professional athletes. Br Dent J. 2019; 227(4): p. 276-80.
6. Needleman I, Ashley P, Fine P, Haddad F, Loosemore M, de Medici A, et al. Oral health and elite sport performance. Br J Sports Med. 2015; 49(1): p. 3-6.

7. Gay-Escoda C, Vieira-Duarte-Pereira D-M, Ardèvol J, Pruna R, Fernandez J, Valmaseda-Castellón E. Study of the effect of oral health on physical condition of professional soccer players of the Football Club Barcelona. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011; 16(3): p. e436-9.
8. Mulic A, Tveit AB, Songe D, Sivertsen H, Skaare AB. Dental erosive wear and salivary flow rate in physically active young adults. BMC Oral Health. 2012; 12: p. 8.
9. Lussi A, Jaeggi T, Zero D. The role of diet in the aetiology of dental erosion. Caries Res. 2004; 38, Suppl 1: p. 34-44.
10. Needleman ID, Dartevelle S. How does oral health impact athletic performance and vice-versa? 2020; FDI Oral Health Campus.
11. Hajishengallis G. Periodontitis: from microbial immune subversion to systemic inflammation. Nat Rev Immunol. 2015; 15(1): p. 30-44.
12. Hirschfeld J, Kawai T. Oral inflammation and bacteremia: implications for chronic and acute systemic diseases involving major organs. Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets. 2015; 15(1): p. 70-84.
13. Shimazaki, Y, Egami Y, Matsubara T, Koike G, Akifusa S, Jingu S, et al. Relationship between obesity and physical fitness and periodontitis. J Periodontol. 2010; 81(8): p. 1124-31.
14. Thai, A, Papapanou PN, Jacobs Jr DR, Desvarieux M, Demmer RT. Periodontal infection and cardiorespiratory fitness in younger adults: results from continuous national health and nutrition examination survey 1999-2004. PLoS One. 2014; 9(3): p. e92441.
15. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. Scand J Med Sci Sports. 2006; 16 Suppl 1: p. 3-63.
16. Beavers KM, Brinkley TE, Nicklas BJ. Effect of exercise training on chronic inflammation. Clin Chim Acta. 2010; 411(11-12): p. 785-93.
17. Sanchez GFL, Smith L, Koyanagi A, Grabovac I, Yang L, Veronese N, et al. Associations between self-reported physical activity and oral health: a cross-sectional analysis in 17,777 Spanish adults. Br Dent J. 2020; 228(5); p. 361-5.
18. Ferreira RO, Corrêa MG, Magno MB, Almeida APCPSC, Fagundes NCF, Rosing CK, et al. Physical Activity Reduces the Prevalence of Periodontal Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. Front Physiol. 2019; 10: p. 234.
19. Nieman DC, Ahle JC, Henson DA, Warren BJ, Suttles J, Davis JM, et al. Indomethacin does not alter natural killer cell response to 2.5 h of running. J Appl Physiol (1985). 1995; 79(3): p. 748-55.
20. Fahlman MM, Engels HJ, Hall H. SIgA and Upper Respiratory Syndrome During a College Cross Country Season. Sports Med Int Open. 2017; 1(6): p. E188-E194.
21. Graziano TS, Closs P, Poppi T, Franco GC, Cortelli JR, Groppo FC, et al. Catecholamines promote the expression of virulence and oxidative stress genes in Porphyromonas gingivalis. J Periodontal Res. 2014; 49(5): p. 660-9.
22. Walsh NP, Gleeson M, Shephard RJ, Gleeson M, Woods JA, Bishop NC, et al. Position statement. Part one: Immune function and exercise. Exerc Immunol Rev. 2011; 17: p. 6-63.
23. Kragt L, Moen MH, van den Hoogenband C-R, Wolvius EB. Oral health among Dutch elite athletes prior to Rio 2016. Phys Sportsmed. 2019; 47(2): p. 182-8.
24. Ljungqvist A, Jenoure P, Engebretsen L, Alonso JM, Bahr R, Clough AF, et al. The International Olympic Committee (IOC) consensus statement on periodic health evaluation of elite athletes, March 2009. Clin J Sport Med. 2009; 19(5): p. 347-65.
25. Collins J, Maughan RJ, Gleeson M, Bilsborough J, Jeukendrup A, Morton JP, et al. UEFA expert group statement on nutrition in elite football. Current evidence to inform practical recommendations and guide future research. Br J Sports Med. 2021; 55(8): p. 416.
26. Sports Dentistry Task Team S. Dartvelle, S.C., J. Dartevelle, T. Stamos, Sports Dentistry Guidelines for dentists and sports medicine physicians, F.W.D. Federation, Editor. 2019.

Klokka 0000 på utgivelsesdato

www.tannlegetidende.no

NOVUS Dental

KVALITET I ALLE LEDD



FÅ **GRATIS** SEMENT*

Be om Katana YML fra din tanntekniker og få gratis Panavia sement.
Scan QR-koden for mer informasjon.

Alle produkter du handler fra Novus Dental er veldokumenterte, og er produsert av selskaper som har et sterkt fokus på forskning og utvikling. Vi er opptatt av å spre og dele kunnskap. **Lager i Norge.**

CURAPROX · REGEDENT smart regeneration · DESS · EVE · Hu-Friedy · kuraray Noritake · Salifluss · THOMMEN Medical · MEISINGER IMPLANTS · NSK · GC · CEKA PRECI-LINE

*1 sement per tannlege.

Reduserer subsidiert kjeveortopedisk behandling ulikheter i tilgang?

Funn fra Norge basert på folkeregisterdata

Tittel i originalversjon:
Does subsidized orthodontic treatment reduce inequalities in access? Evidence from Norway based on population register data

Hovedbudskap

Refusjonsordningen basert på behovsgradering av malokklusjoner bidrar til å gi et kjeveortopedisk tilbud til barn og unge uavhengig av foreldrenes inntekt.

Karakteristika ved originalartikkelen

Vi studerte sammenhengen mellom foreldrenes inntekt og hvorvidt barna fikk kjeveortopedisk behandling. Analysene ble utført på hele den norske populasjonen av barn og unge i aldersgruppen 10-18 år i 2019. I overkant av 350 000 barn og unge ble inkludert i studien; både de som fikk og som ikke fikk kjeveortopedisk behandling. Dette er en registerbasert analyse hvor data fra Statistisk sentralbyrå ble koblet med refusjonsdata for kjeveortopedisk behandling hentet fra Helsedirektoratets KUHR database.

Som mål på inntekt brukte vi relevante opplysninger i selvangivelsen til begge foreldrene. Inntektsmålet er presist og dekkende for de faktiske økonomiske ressurser hver familie har til disposisjon. For noen typer analyser fikk vi også påkoblet foreldrenes høyeste utdanningsnivå, innvandrerbakgrunn og bosted.

Hovedfunnet illustreres i figuren: uavhengig av om foreldrene tilhører den øvre eller nedre inntektsfordelingen, så er sannsynligheten tilnærmet den samme for å motta kjeveortopedisk behandling. Dette gjelder for alle tre grupper av behov.

Problemstilling

I hvilken grad er tilbudet av kjeveortopediske tjenester til barn og unge i Norge uavhengig av foreldrenes økonomiske ressurser?

Legger man til grunn de egalitære målsettinger i tenkningen rundt den norske velferdsstaten, vil det være ønskelig å ha en refusjonsordning for kjeveortopedi som sikrer alle barn og unge et likt tilbud uavhengig av foreldrenes økonomiske situasjon. En analyse av dagens ordning belyser om refusjonsordningen ivaretar slike egalitære målsettinger.

Myndigheter, politikere og fagmiljøer har forholdt seg til dagens system, uten å ha noen klar formening om de fordelingsmessige konsekvenser av ordningen.

I mangel av forskningsbaserte studier med relevans for nordiske/norske forhold, utfordres ikke våre funn av tidligere forskning på feltet.

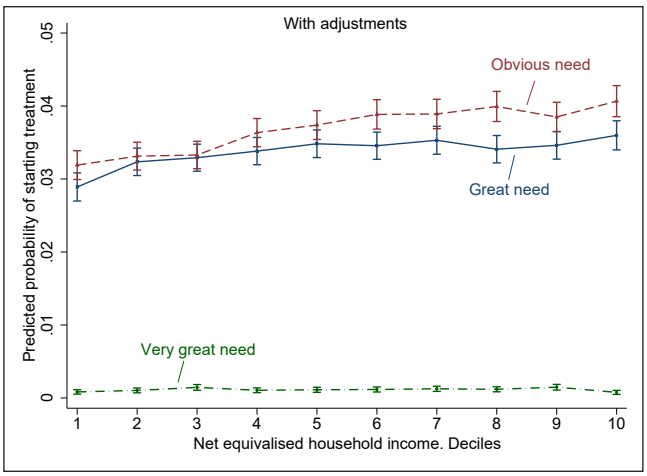
Funnene viser at dagens refusjonssystem ivaretar egalitære målsettinger om likhet i tilgjengeligheten til kjeveortopediske tjenester.

Forfattere: Nan Jiang, Jonas Minet Kinge, Irene Skau, Jostein Grytten

Tidende publiserer sammendrag med funn og resultater av betydning for norske tannleger og pasienter når norske forskere publiserer i et internasjonalt tidsskrift.

Artikkelen er publisert 30.10.23 i open access-publikasjonen Community Dental Oral Epidemiology: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdoe.12918

http://doi.org/10.1111/cdoe.12918



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

PLA220221NO1

Plackers®

THE PLAQUE CONTROL **EXPERT**

EFFEKTIV RENGJØRING MELLOM TENNENE FOR EN FRISKERE FØLELSE





Vår ekstra sterke
SUPER TUFFLOSS® -tråd

INNEBYGD
TANNSTIKKER

KOMFORTABEL HÅNDTAK
i 100% resirkulert plast

HANDLES MADE FROM RECYCLED PLASTICS • HANDLES MADE FROM RECYCLED PLASTICS •

100%
RECYCLED
PLASTIC
HANDLES



Vellykket tiltak for sosialt vanskeligstilte

Tannpleie for sosialt vanskeligstilte har fått et oppsving i København. Antallet pasienter har fordoblet seg på tolv måneder. Suksessen kommer takket være tilpasset behandling og satsing på relasjonsbygging.

JOHAN ERICHS, MERAMEDIA

Mange hjemløse og rusmisbrukere har tidligere hatt vanskelig for å motivere seg til å gå til tannlegen for å få nødvendig tannbehandling. En ny lov har har nå økt interessen for tannbehandling. Loven, som ble vedtatt av Folketinget i 2020, innebærer at sosialt vanskeligstilte personer som står utenfor arbeidsmarkedet tilbys gratis tannbehandling. Nils Ruben er en av tannlegene som lenge har vært engasjert innenfor det såkalte «sosialtannpleie»-systemet i København.

– Vi var noen tannleger som på frivillig basis begynte å samarbeide i 2000, helt uten kompensasjon, med det som mål å tilby tannpleie for sosialt vanskeligstilte individer, forteller Nils Ruben.

I dag drives sosial tannpleie i Danmark av kommunen og finansieres av staten.

– Vi startet opp i januar 2021. Klinikken vår i Tietgensgate i sentrale København er helt og holdent dedikert til tannpleie for rusavhengige og andre individer med så store sosiale problemer at de har unngått å søke tannpleie.

I København finnes det nå tre klinikker som er spesialisert på tannpleie for sosialt vanskeligstilte, alle ligger i bydeler der rusproblemer er utbredt. Kostnaden for å drive sosial tannpleie i København er 7,3 millioner danske kroner per år. Fra februar 2022 til januar 2023 var 1 012 personer innom sosial tannpleie i den danske hovedstaden.

Annerledes oppdrag

Oppdraget som sosialtannlege er annerledes enn et vanlig tannlegeoppdrag. Pasientene kan være beruset eller påvirket av rusmidler når de kommer til klinikken. Noen har psykiske diagnoser og opptrer utagerende og forstyrrende. De er heller ikke alltid så flinke til å passe på å komme til avtalte tannlegetimer.

– Det har vi forståelse for, og gradvis har vi som tannleger lært oss å håndtere denne problematikken på en god måte. Det er viktig blant annet å aldri hevde sin autoritet eller på noen måte se ned på pasienten. Det gjelder hele tiden å opprettholde øyekontakt på samme nivå. Da pleier det å fungere, og det bygges opp et tillitsforhold som gjør at pasienten kommer tilbake, og for første gang på mange år frivillig oppsøker tannlegen. Hvordan vi kommuniserer med våre pasienter er ofte avgjørende for om de kommer tilbake, forklarer Nils Ruben.

En viktig faktor som gjør at sosialt vanskeligstilte virkelig kommer til avtalte timer på klinikkene, er at de nesten alltid følges av en sosialarbeider.

– Det er helt avgjørende, et støttende selskap i deres situasjon er viktig. Men etter den første kontakten kommuniserer vi vanligvis direkte med pasienten, som da ofte tar seg til klinikken alene, påpeker Nils Ruben.

– Hva driver deg og kollegaene dine til å arbeide med sosialt vanskeligstilte?



Nils Ruben har vært tannlege siden 1986. I dag arbeider han to dager i uken med sosial tannpleie rettet mot hjemløse og rusavhengige i København. – Det er utrolig givende å hjelpe disse pasientene og kjenne den takknemligheten og gleden de viser, sier Nils Ruben. Foto: Privat



Antallet pasienter ved sosial tannpleie i København har doblet seg på ett år. Medarbeiderne har virkelig klart å skape den atmosfæren som gjør at denne ikke alltid enkle pasientgruppen kommer tilbake og gjennomfører behandlingen sin, sier Sisse Marie Welling, leder av helse- og sosialutvalget i København. Foto: Københavns Kommune

– Det er givende å kunne bidra til å skape betydelige resultater for en person som kommer med virkelig dårlig munnhelse, på relativt kort tid. På noen måneder kan vi hjelpe dem bort fra den sosiale belastningen og det mentale problemet det innebærer å ha dårlig tannhelse, til å få en munn de er stolte av å vise frem. Vi opplever mange pasienter som rørt forteller om gleden over å våge å smile igjen og åpne munnen.

Overrasket

Nils Ruben mener at han gjennom sitt sosiale oppdrag har fått endret sitt syn på sin rolle som tannlege.

– Det som har overrasket meg mest personlig er hvor mye glede, takknemlighet og varme jeg har fått tilbake når jeg har hjulpet andre. Jeg føler også alltid at utenforstående setter stor pris på jobben jeg gjør når jeg forteller om oppdraget mitt. Noe annet som har overrasket Ruben er hvor lett det er å føre samtaler og diskusjoner med disse pasientene.

– De har ingen filter eller maske for å skjule personligheten eller situasjonen sin. Tvert imot er de veldig åpne om livssituasjonen sin og har mye humor og intelligens. Disse samtalene er verdifulle for å vise at man bryr seg og bidrar til å skape et varig forhold.

Samarbeid

De fleste tannleger som jobber innenfor sosial tannpleie i København, driver bare med dette, selv om det også finnes tannleger som parallelt jobber ved en vanlig klinikk.

– Generelt sett kan vi si at vi fokuserer på å hjelpe de svakeste i samfunnet. Mange er dedikerte, og det gjør at vi har et hyggelig og positivt arbeidsmiljø på klinikken. Vi har både erfarne og mindre erfarne tannleger i gruppen vår. Det er ønskelig med omtrent ti års erfaring som tannlege for å fungere bra som sosial tannlege, mener Nils Ruben. Flertallet av pasientene er i aldersgruppen 40–55 år, og de fleste som behandles, er menn, selv om kvinner også kommer. Ventetiden er vanligvis fire til seks uker, med

mindre det er akutt. Klinikkene i København har opplevd en dobling av antallet sosiale pasienter på ett år.

– Forklaringen på denne positive utviklingen er at sosialtjenesten i København har økt innsatsen med å oppsøke sosialt vanskeligstilte med dårlig tannhelse og informere dem om hvordan de kan få hjelp. Dette gjøres både ute på gatene og på herberger der mange vanskeligstilte oppholder seg fra tid til annen. Spesielt får de informasjon om at behandlingen er smertefri. Mange av dem frykter smerte, og denne frykten har ofte vært til hinder for dem når det gjelder å søke tannpleie. Vi har et svært godt samarbeid med sosialtjenesten, forteller Ruben.

– Hva er viktigst å tenke på for tannleger som ønsker å gjøre noe for sosialt vanskeligstilte?

– Start gjerne opp frivillig først for å kunne vise myndighetene at det virkelig er behov for sosial tannpleie, da blir det lettere å få økonomisk støtte, avslutter Nils Ruben.

Ros

Leder av helse- og sosialutvalget i København, Sisse Marie Welling, er fornøyd med initiativet når det gjelder sosial tannpleie.

– Dette handler om å skape livskvalitet, ettersom synlig dårlig tannhelse ofte er en stor hindring for å kunne leve et noenlunde normalt sosialt liv. Dessuten betyr forbedret tannhelse for denne gruppen at de kan begynne å spise skikkelig og slippe å være underernærte, sier Sisse Marie Welling, som ikke er sen med å hylle medarbeiderne i prosjektet.

– Det er fantastisk at vår sosiale tannpleie lykkes med å skape en god opplevelse for denne pasientgruppen, der mange har dårlige erfaringer med å henvende seg til helse- og sosialtjenesten, sier Sisse Marie Welling.

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Vakre, anatomisk utformede kompositttrestaureringer på kortere tid

MØT DET NYE HALO™ SEKSJONSMATRISESYSTEMET

HALO™
SECTIONAL MATRIX SYSTEM

Ultradent Products har gleden av å presentere det nye Halo™ systemet. Det brukervennlige seksjonsmatrise-systemet gjør det mulig å lage forutsigbare, vakre og anatomisk konturerte kompositttrestaureringer på kortere tid.

Ved å opprette forutsigbare, stramme kontakter, oppfyller Halo brukernes og pasientenes forventninger med tanke på restaureringenes levetid, ved å opprette ekstremt anatomisk nøyaktige approksimale kontakter. Nitinolringenes fremragende kraft og den aktive kilingen som de stive plastkilene sørger for, gir bedre separasjon av tennene. Dermed kan enkelttann- eller „back-to-back"-restaureringer legges på en enkel måte.

Halo-ringenes unike nebbdesign gir mulighet for bedre tredimensjonal tilpasning, dyrebar tidsbesparelse og mindre arbeid med okklusale og proksimale justeringer pluss pussing og polering. Båndet kan tilpasses helt til prepareringen, fra den gingivale kanten til den marginale kanten, og bidrar til at formen opprettholdes selv i tilfeller med store restaureringer. Håndteringen er enkel i alle områder av munnen, ettersom ringene er smale og kan settes over hverandre. Ringene som er laget av en spesielt elastisk nitinollegering, opprettholder sin kraft under behandlingene og reduserer enhver form for metalltretthet.

Halo-matrisebåndene viser en forbedret minimalistisk design for randcrista. De er anatomisk formet, gjengir anatomien til det angitte behandlingsområdet, og gir dermed tidsbesparelse ved okklusale justeringer. Matrisebåndene kan enkelt tilpasses og oppretter enda tettere kontaktpunkter. De er tilgjengelige i to ulike stivhetsgrader, hver med samme tykkelse. Originalbåndene er herdet, ekstra myke og kan formes til (kontureres). De faste båndene er ideelle for trange approksimale mellomrom og krever ikke noen konturering.

Halo-kilene garanterer egnet og skånsom anatomisk tilpasning, men utøver samtidig et fast trykk for aktiv kiling. Samtidig er behandlingen mindre traumatisk for papilla. Takket være den hule konstruksjonen, er applisering og fjerning av kilene enkel og komfortabel. Dersom det kreves flere kiler, kan de settes over hverandre etter behov. Brukeren nyter godt av de ulike fargene, etter som de gjør det lettere å identifisere korrekt kile.

Sist, men ikke minst er organiseringen av Halo-systemet gjort enkel med den unike karuselldispenseren, som innebærer en fantastisk måte å ordne og oppbevare alle komponenter sikkert, synlig og hygienisk.



Vakre resultater på kortere tid

Det brukervennlige Halo seksjonsmatrisesystemet gjør deg i stand til å lage vakre, anatomisk konturerte kompositttrestaureringer på kortere tid.



Skann QR-koden for å finne ut mer om Halo

Følg oss!

eu.ultradent.blog

ULTRADENT.EU

© 2023 Ultradent Products, Inc. All rights reserved.

På valg 2023

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

ELLEN BEATE DYVI

NTFs hovedstyre teller i dag ni medlemmer, og er foreslått redusert til syv. Hvorvidt antallet hovedstyremedlemmer skal reduseres fra og med kommende periode bestemmes av NTFs representantskap 2023, før hovedstyremedlemmene velges.

Valgkomiteen er kommet med to innstillinger. Her presenterer vi kandidatene i innstillingen som er laget for et hovedstyre med ni medlemmer.

To hovedstyremedlemmer er allerede valgt av henholdsvis Sentralt forhandlingsutvalg (SF) og Sentralt næringsutvalg (SNU).

NTFs representantskapsmøte, som skal velge ytterligere fem eller syv hovedstyremedlemmer, finner sted på Gardermoen 24.–25. november.

Heming Olsen-Bergem



(Presidentkandidat, gjenvalg. Har sittet fire hovedstyreperioder hvorav en som visepresident og en som president. Foto: Kristin Aksnes)

Alder: 54 år

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

Praksis: Privat praksis, Halden og Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i Østfold, Fredrikstad 1997–1998. DOT Troms, Sjøvegan 1998. Privat praksis Oslo, 1999–2000. Instruktørtannlege UiO 1999–2005. Universitetslektor UiO 2006–2015. Privat spesialistpraksis Drammen 2003–2020. Forsvarets sanitet fra august 2015–. Leder spesialistutdanningen i oral kirurgi og oral medisin, UiO 2016–2019. Førsteamanuensis, IKO, UiO, 2016–. Spesialisttannlege ved ØNH/kjevekirurgi, Vestre Viken HF, Drammen sykehus 2016–2021. Sjef for Institutt for militær epidemiologi og for Forsvarets helseregister 2021–

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

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

–NTF og medlemmene har i mange år ønsket munnen tilbake i kroppen. Nå er det mange faktorer som peker i den retningen. Norge har skrevet under på at munnhelse skal være en integrert del av helse, og man kommer dermed ikke utenom at den helhetlige tannhelsetjenesten, offentlig og privat, må få mer samhandling og en eller annen form

for integrering med resten av helse- og omsorgstjenesten. Dermed vil den kommende NOU om fremtidens tannhelsetjeneste være den absolutt største utfordringen for NTF i tiden fremover. Den er ferdig i juni neste år. Det betyr at vi frem til da skal påvirke utvalget til det beste for våre pasienter og dermed våre medlemmer, at vi skal agere når høringen kommer, og at vi skal være en tydelig stemme frem mot stortingsvalget 2025. Jeg er ikke sikker på hvor store endringer det blir, men jeg er sikker på at det blir endringer. Så må NTF være der for medlemmene sine slik at dette blir gode endringer. Samtidig med at utvalget arbeider skjer det endringer i tannhelsetjenesten som er drevet av markedsendringer og av politikere. Det utfordrer NTF som foreningen for alle tannleger. Det er viktigere enn noensinne at vi står samlet. Det er jeg sikker på at vi skal håndtere.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende to- eller treårsperiode?
– NTF må selvsagt håndtere den største utfordringen som nevnt over. Det betyr at vi skal være en tydelig stemme i det politiske ordskiftet, at vi skal dokumentere, forklare og fremvise de gode løsningene for god munnhelse i Norge. Det betyr også at vi må være fremoverlent og på noen områder selv drive prosessen mot en bedre tjeneste. Vi har i forrige periode pekt på spesifikke grupper i samfunnet som ikke har fått de rettighetene de burde ha hatt. Det skal vi fortsette med. Vi må være en forening som blir regnet med i samfunnet, av styresmaktene og av medlemmene. Vi må sørge for at munnhelse alltid er med når helse skal diskuteres. Vi må også sørge for at medlemmene har det bra på jobb, at rettighetene deres ivaretas og at de får den støtten de trenger av NTF. Vi må gi medlemmene muligheter til å utvikle seg og etterutdanne seg. Vi må gi dem gode medlemstilbud på viktige ting i livet som finans og forsikring, og vi må gi dem støtteordninger når livet er mer utfordrende enn man ønsker. Det blir viktig at medlemmer som eier, leier og er ansatt, uavhengig om det er i fylkeskommunen eller i privat sektor, får og opplever at de får den støtten de trenger der de er. Så vil jeg spesielt trekke frem universitetene og de som arbeider der. Det blir ingen god tannhelsetjeneste, uansett hvordan den nå blir, dersom vi ikke får utdannet gode tannleger. Vi trenger gode lærere og vi trenger gode forskere som kan drive faget vårt videre. NTF må jobbe spesielt for at rammevilkårene for de universitetsansatte bedres.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?
– Jeg stiller til valg som president. Da har jeg ansvaret for at hele arbeidsprogrammet som representantskapet har bestemt blir svart ut. Jeg vil derfor ikke peke på en bestemt del. Det som er viktig for representantskapet er viktig for meg.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?
– Jeg stiller til gjenvalg som president og kjenner at dette er noe jeg virkelig ønsker å bruke tid og krefter på. Jeg kjenner på et stadig større engasjement, mer energi, og en stadig større forståelse for hvor utfordringene ligger. Jeg er blitt mer frimodig overfor de som sitter med makten til å gjøre noe, og jeg ønsker å strekke meg stadig lenger til det beste for både våre pasienter og for våre tannleger. Jeg er blitt god på å se hva jeg ikke kan, og hva jeg ikke er så god på. Jeg er god på å skape allianser og godt samarbeidsklima, og jeg tror jeg er god på å gjøre andre gode. Jeg har stor tillit til kunnskapen hos våre medlemmer, hos våre sekretariatsansatte, våre tillitsvalgte, og hos våre samarbeidspartnere. Jeg er blitt en god lytter og vil svært gjerne høre på gode råd. Jeg håper mange vil komme med råd i neste periode hvis jeg får fornyet tillit til å representere alle medlemmene i NTF. Jeg har skikkelig lyst til dette!

Ralf Husebø



(Visepresidentkandidat, gjenvalg. Har sittet fire hovedstyreperioder, tre som leder av Sentralt næringsutvalg (SNU) og en periode som visepresident.)

Alder: 54 år
Utdanning: Cand.odont. Universitetet i Bergen (UiB) 1995.
Praksis: Praksiseier i Sandnes 1998–
Foreningserfaring: Verneombud i Sandnes tannhelsedistrikt 1997–1998, medlem PTL-styret 1998–1999. Leder PTL

Rogaland 1999–2001. Nestleder i Rogaland Tannlegeforening 2001–2002. Leder Landsmøtekomiteen (Stavanger) 2006, 2002–2007. Nestleder i Rogaland Tannlegeforening 2007–2009. Leder i Rogaland TF 2009–2011. Vara til NTFs hovedstyre 2010–2015. Leder i SNU 2015–2021. Styremedlem i Akademikerne Næring 2017–2021.

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

– Tannhelseutvalget leverer sin rapport om åtte måneder. I etterkant av det er det sannsynlig at regjeringen vil legge frem forslag til endringer i tannhelsetjenesten. Det vil være svært viktig for NTF å sørge for at endringer vil være positive for både pasienter, tannleger og samfunnet. Jeg ser for meg at den oppgaven vi står foran her blir stor og krevende, og at dette blir det aller viktigste i årene som kommer.

Skal vi ha håp om å bli hørt så må vi som forening stå samlet. Det blir derfor også viktig at våre medlemmer føler seg hørt og ivaretatt av NTF.

I tillegg må vi fortsette å levere kurstilbud til våre medlemmer. Livslang læring er viktig for alle, også tannleger.

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

– Vi må fortsette å være premissleverandør i tannhelsepolitiske saker. Det er viktig å jobbe langsiktig pg målrettet med påvirkningsarbeid innenfor tannhelse, slik at vi kan få best mulig tannhelse (og dermed helse) til befolkningen. I kommende periode vil dette være særdeles viktig, som nevnt på forrige spørsmål.

Kurstilbudet vi leverer må videreutvikles, og medlemssystemet forbedres.

Så må vi alle bidra til å bedre miljøet. NTF må derfor gjøre en jobb innenfor «green dentistry», slik at det blir lettere for alle våre medlemmer å ta gode valg for både pasienter, klinikker og miljøet.

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

– Hele arbeidsprogrammet er viktig, og som visepresident skal jeg selvfølgelig jobbe aktivt for alle punktene.

Når det er sagt så er det klart enkelte punkter som jeg er mer engasjert i:

- å styrke tillitsvalgtrollen og tillitsvalgtopplæringen slik at det er attraktivt for medlemmene å være tillitsvalgt
- å fronte tannlegers interesser overfor politiske miljøer, myndigheter og fagmiljøer
- å ivareta tannlegers interesser i yrkes- og arbeidslivsrelaterte spørsmål
- å ivarte den faglige autonomien til assistenttannleger og ansatte tannleger i både offentlige og private virksomheter
- at etterutdanning for tannleger skal være lovpålagt og offentlig finansiert
- at våre medlemmer har en høy etisk standard
- å stimulere tannleger til å være praksiseiere og tilrettelegge slik at eierskapet blir enklere, og særlig fremme næringsinteressene for små- og mellomstore tannlegeeide klinikker.
- å ivareta tannlegers interesser og rettigheter i investoreide tannlegevirksomheter.
- at tannhelsetjenesten skal gi hele befolkningen et godt og likeverdig tjenestetilbud av høy kvalitet
- at offentlig finansiering av tannhelsetjenester må økes og innrettes slik at sosial ulikhet i munnhelse motvirkes.
- at privat tannhelsetjeneste må anerkjennes som en sentral aktør i folkehelsearbeidet, slik at ressurser, kompetanse og personell i privat sektor fortsetter å inngå som en viktig del av en samlet tannhelsetjeneste.
- at miljø og bærekraft må inkluderes i undervisningen ved norske odontologiske læresteder.

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

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

I tillegg kjenner jeg privat sektor godt, da jeg har drevet min egen praksis i 25 år nå. Men jeg har også erfaring fra offentlig sektor.

Jeg har et stort engasjement for pasientene våre, men også for hele tannlegeyrket og alle medlemmene i NTF.

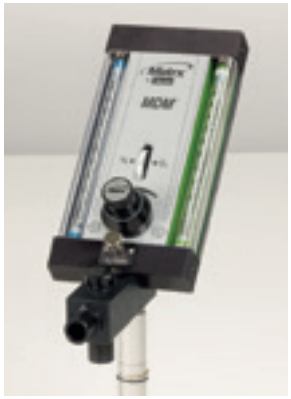
Linn Katariina Henriksen



(Hovedstyremedlem, gjenvalg. Har sittet to hovedstyreperioder)

Alder: 42 år
Utdanning: NMH Oslo/BI Tromsø 2000–2003 Markedsføring og økonomi; Cand. odont, Universitetet i Tromsø 2013; BI Oslo, Helseledelse 2021–2022
Praksis: 1998–2011 Ferievikar/pleiemedhjelper Ibestad sykehjem og hjemmetjeneste. 2000–2002 Assistent/pleiemedhjelper, Ullevål sykehus. 2002–2009 Assistent/pleiemedhjelper, Kreftavdelingen UNN Tromsø. 2004–2006 Assistent, Rus- og psykiatritjenesten, Tromsø kommune. 2009–2013 Assistent/pleiemedhjelper Kar/thorax, kirurgisk avdeling, UNN Tromsø.2013–2022 tannlege DOT Troms Fylkeskommune, Ibestad tannklinikk. 2023– Klinikkleder/tannlege Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge, TkNN
Foreningserfaring: Tillitsvalgt UTV Troms 2017–2019. Valgkomité Troms Tannlegeforening 2019. Nestleder UTV Troms og forhandlingsleder lokale lønnsforhandlinger 2020–2022. NTFs hovedstyre, styremedlem 2020–

– Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?
– Jeg tror den største utfordringen fremover er at det vil komme endringer i vårt helsesystem, inkludert endringer i rettigheter, finansiering og organisering. Dette ser vi allerede nå, før Tannhelseutvalget har konkludert og levert sitt arbeid. Det er viktig at NTF jobber for å sikre at medlemmenes interesser blir ivaretatt gjennom endringsprosessene som kommer. Det blir spennende, men på ingen måte en enkel øvelse. Medlemmene våre er breds-


Nå finnes vi også i Norge

Utvid klinikkens tilbud - tilby lystgass

X-dental har i over 30 år vært leverandør i Sverige og Finland for både Matrx og Porters lystgassapparater som er markedsledere innen tannhelsetjenesten. Våre teknikere er sertifiserte fra produsentene Porter og Matrx.

Vi er med hele veien, fra nord til sør – i hele Norge.
Kontakt oss:

info@x-dental.se
www.x-dental.se
+46 70-574 55 82

X-DENTAL
LUSTGAS & SERVICE

pektra, og tjenesten kompleks. Det gjør at NTF er helt avhengig av kommunikasjon med medlemmene, og jeg håper at våre medlemmer benytter muligheten og forstår viktigheten av å kommunisere med oss. Det er mitt og ditt ansvar. Vi må stå samlet nå, og snakke med hverandre mer enn før. Det er avgjørende for å oppnå den påvirkningskraften vi vil trenge for positive gjennomslag, som ivaretar medlemmenes interesser. Samtidig som vi er helsepersonell, jobber i helsetjenesten og setter pasientens behov først. NTF skal ha flere behov, interesser og hensyn i hodet samtidig. Jeg mener det er avgjørende at hovedstyret i størst mulig grad representerer det mangfoldet vi finner i medlemsmassen. Det håper jeg vi kan verne om. Nå gjelder det mer enn før.

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

– Det er stor sannsynlighet for at den neste valgperioden blir veldig viktig for fremtidens tannhelsetjeneste. Det må vi rigge oss for, og jobben er godt i gang. I NTFs sekretariat og for hovedstyret er det to oppgaver som jeg tror er spesielt avgjørende. Den første oppgaven er politisk påvirkning. Det mener jeg vi har vært gode på i perioden som har gått, hvor vi har fremmet folkehelseinitiativer som har satt søkelys på tannhelse, men også samarbeidet med andre helseorganisasjoner for å forbedre den generelle helsen i samfunnet. Vi har vært og er gode på nettverks -og alliansebygging, i tillegg til å snakke med myndigheter og politikere fra alle partier fra ytterkant til ytterkant og deltatt der de er. NTF skal ikke fremstå partipolitisk i vår kommunikasjon, og det blir enda viktigere videre. Jobben vi i foreningen gjør, gir kun mening når vi jobber sammen med dere, medlemmene våre. Dere er den andre avgjørende faktoren. Det er medlemmene som er NTF. Den norske tannlegeforening er ikke NOEN. Det er deg. For at vi skal vite hva du mener må du ytre deg der vi kan høre deg. Og hvor er det? Det er i lokalforeningen, studentforeningen, spesialistforeningen, i presidentens time, til UTV, på e-post til hovedstyret, presidenten, meg, de andre styremedlemmene. På representantskapsmøtet. Aller først på generalforsamlingene. Vi skal legge til rette for demokratiske prosesser som sikrer involvering og eierskap til NTF og vår politikk. Du må møte opp. Du, og alle du kjenner som er medlem, kan til og med stille til valg. Rekke opp handa. Si hva du mener, eller skriv det i en e-post. Først da kan NTF være din fagforening, den som bidrar til løsninger for fremtiden som du kan være fornøyd med. Der har både du, jeg og vi som forening en jobb å gjøre.

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

– Arbeidsprogrammet er NTFs viktigste styringsverktøy, hvor representantskapet setter overordnede rammer og mål som gir retning, men også handlingsrom og fleksibilitet til hovedstyret gjennom perioden. Jeg synes det er vanskelig å skulle velge ett område når disse er utdanning, undervisning, forskning, fag, kvalitet, kompetanseutvikling, etikk, næringspolitikk, tariffpolitikk, folkehelse, tannhelsetjenesten, organisasjonen, samhandling, e-helsetjenester, miljø, bærekraft, internasjonalt samarbeid og forpliktelser og så videre. Hva er viktigere enn det andre? Arbeidsprogrammet er bygget opp av områder som henger sammen, hvor ett område påvirker det andre, som utfyller og går gjennom hverandre. Som medlem av UTV kan en med fordel være spesielt engasjert i tariffpolitikk, men i hovedstyret må vi være opptatt av helheten, som alle områdene i arbeidsprogrammet sammen danner. Jeg er opptatt av å nå alle målene som representantskapet setter for mitt arbeid i hovedstyret.

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

– Gjennom min tjeneste som tannlege i distriktet, langt unna privat sektor og tannlegespesialister, fikk jeg bred erfaring med behandling av alle pasientgrupper. I denne perioden var jeg også aktiv som kommunepolitiker, og fikk innsikt i hvordan politikk utvikles både lokalt, regionalt og nasjonalt. Jeg brenner for at alle individer skal ha lik rett og tilgang til nødvendig tannbehandling, uavhengig av deres økonomiske situasjon, geografiske plassering, alder, kjønn, etnisk bakgrunn eller andre faktorer. Tannhelse er en viktig del av generell helse, og alle må få like gode muligheter til å oppnå og opprettholde god munnhelse, og til å motta nødvendig tannbehandling når behovet oppstår. Gjennom to perioder som medlem av hovedstyret har jeg fått innsikt, oversikt over og forståelse for hele tjenesten vår, også privat sektor hvor de fleste av våre medlemmer har sin arbeidshverdag. Møtene, menneskene, debattene, uenighetene og enighetene har utviklet meg som styremedlem. Jeg har forstått at hverdagen for våre medlemmer i Oslo sentrum og for de som jobber utenfor, som i nord hvor jeg holder til, er forskjellig. Jeg har lært at helsefeltet vi jobber i er i endring,

og at det vi har sett av endring de siste årene sannsynligvis bare er begynnelsen. Noen endringer er positive, noen setter tjenesten vår under press og andre aner vi ikke hva innebærer. I den perioden vi er på vei inn i er det viktig at vi lytter til hverandre, og bruker tid på å sette oss inn i og forstå hverandres utgangspunkter og perspektiver. Det er noe jeg også har med meg i bagasjen fra både politikken, lederutdanningen på BI, og fra jobben min som leder på en stor tannklinikk med mange ulike yrkesgrupper, som hele tiden utfordrer meg og bidrar til ny innsikt. Mitt samfunnsengasjement er sterkt, og jeg har god oversikt over norsk politikk, samfunnsutvikling og dagsorden. Jeg er overbevist om at NTF skal klare å balansere hensynet til både pasienter og medlemmene våre i tiden vi nå går inn i. Med erfaring fra klinikk, ledelse, beslutningstaking, kommunepolitikk, tillitsvalgtarbeid lokalt og to perioder som medlem av hovedstyret håper jeg på, dersom jeg får tillit av representantskapet, skal jeg bidra til å styrke organisasjonen, lytte til medlemmene våre, påvirke poltikken i positiv retning, bryte meninger med mine styrekollegaer til det beste for foreningen i den tøffe arbeidsperioden vi nå går i møte. Jeg er klar og veldig motivert for en ny periode som hovedstyremedlem, og kan bare håpe på tillit fra dere.

Ellen Cathrine Mork-Knutsen



(Hovedstyremedlem gjenvalg. Har sittet én hovedstyreperiode)

Alder: 59 år

Utdanning: Cand.odont. UiO 1990; Samfunnsodontologi, NHV Gøteborg 93; Folkhälsovetenskap, NHV- 95; Organisasjonsadferd og ledelse, Handelshøyskolen BI, 2013; Ledelse, Høgskolen i Østfold, 2015; Eksamen NOFOBI 2018; Helseledelse, BI 2019; Consulting, BI 2020; Master i organisasjon og ledelse, Handelshøyskolen BI 2020; Kompetansekurs i implantatprotetikk, UiO, 2021

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

Foreningserfaring: Leder OTL Hedmark 1991–1993; Leder PTL Østfold 1994–1997; Varamedlem til PTE-styret 1995–1999; Diverse verv i Østfold Tannlegeforening 1994–2000; Leder Østfold Tannlegeforening 2000–2003; Varamedlem til NTFs hovedstyre 2001–2003; Varamedlem til NTFs hovedstyre 2020–2021; Hovedstyremedlem 2021–2023

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

– Organisering og finansiering av tannhelse er en utfordring. Per i dag skal vi forholde oss til en organisering som stadig er i endring. NTF fungerer som vaktbikkje for at politiske vedtak og tjenestene ikke skal komme på kollisjonskurs med lover og regelverk. Samtidig ønsker vi å være proaktive og helst i forkant i arbeidet med tannhelsereformen Fremtidens tannhelsetjeneste. Det er vanskelig å se for seg en total endring av det odontologiske landskapet med universelle ordninger. Vi må påse at kapitalen (personell og klinikker) som vi har, brukes på en fornuftig måte.

NTF som profesjonsorganisasjon skal ivareta standens faglige, økonomiske og sosiale interesser. Det er viktig at NTF er attraktiv nok til at man står samlet i én felles og demokratisk forening. Dette kan være utfordrende da foreningen må ivareta ulike interesse og oppgaver, både som arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjon. Samtidig er det mange selvstendig næringsdrivende tannleger som også skal ivaretas gjennom foreningen. Å være en forening som man føler at ivaretar alle disse interessene kan være utfordrende for foreningen.

I en tid hvor man ser stadig større sosiale og økonomiske forskjeller i samfunnet, er det viktig at foreningen fortsetter å underbygge at tannhelse også er folkehelse. WHOs resolusjon om at «munnen skal tilbake til kroppen» er viktig å ta med seg inn i tannhelsereformen. Gjennom arbeidet i Geitmyraalliansen får NTF en sterkere stemme for å fremme gode kostvaner og redusere bruk av alkohol og tobakk. Vi vet at disse nasjonale tiltakene har stor effekt på befolkningsnivå. Det samme gjelder miljørettede tiltak og kampen mot antibiotikaresistens. NTF må fortsette det viktige samarbeidet med andre organisasjoner i både inn- og utland.

NTF som profesjonsorganisasjon skal jobbe for at tannlegene utøver yrket med forsvarlig faglig forankring. Medlemskapet skal være et kvalitetsstempel, der man ivaretar både etikk og pasientsikkerhet, i tillegg til faglig utvikling. NTF har utfordringer med kursvirksomheten fordi det obligatoriske elementet har strandet. Vi må tenke nytt rundt loggføring av kurs. NTF skal sikre det kollegiale fellesskapet og det sosiale «nærværet».

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

– Om det skulle bli et paradigmeskifte i norsk tannhelsetjeneste, så er det NTF som profesjonsorganisasjon som må ivareta standens faglige, økonomiske og sosiale interesser. NTF må bidra til at investert kapital og ressurser i tannhelsetjenesten ivaretas på beste måte.

I den nåværende organiseringen må NTF fortsette å delta i debatten om ressurstildelingen til Den offentlige tannhelsetjenesten. Tannlegeforeningen må etterspørre hvorvidt tjenesten klarer å ivareta både de tidligere prioriterte gruppene, men også hvorvidt de er i stand til å ivareta nye og dels sårbare grupper som følge av endringer i politiske føringer.

Privat tannhelsetjeneste utgjør cirka 70 prosent av totalen. NTF bør påvirke rammevilkår for arbeids- og driftsforhold for selvstendig næringsdrivende. Vi må legge til rette for at medlemmer skal kunne kjøpe, eie og drive egen praksis uavhengig av tannhelsereformen. Det må stimuleres til bedre tilgjengelighet av spesialist- og allmenne tannhelsetjenester i distriktene.

Det må kartlegges hvordan NTF kan ivareta arbeidsbetingelser til tannleger som er tilknyttet investoreide selskaper. Vi må jobbe for at medlemmene kjenner til hvorfor NTFs kvalitetsikrede kontrakter sikrer medlemmenes lønn og autonomi (inntjeningskrav, volum og kvalitet).

Tannhelsetjenesten i Norge bør ha som mål å yte tannhelsetjenester av verdensklasse og NTF bør være i stand til å være premissleverandør for fag- og etterutdanning den dagen myndighetene lager obligatoriske krav. NTF må fortsette å videreutvikle kurs og etterutdanning både for digital undervisning og fysisk tilstedeværelse. NTF må også forvente at det enkelte medlem kan ta ansvar for egen læring og faglig oppdatering.

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

– Jeg har stor respekt for de demokratiske prosessene: fra enkeltmedlemmer via lokalforeningene til sentrale organ. Arbeidsprogrammet legger premisser for hva hovedstyret skal jobbe med. Jeg brenner for at vi må opprettholde vår etiske og faglige standard som medlemmer av NTF.

Tannhelsetjenesten bør innlemmes i den generelle helsetjenesten. Standens autoritet og autonomi må ivaretas. Med min bakgrunn som klinikkeier og arbeidsgiver, så er jeg opptatt av rammebetingelser for arbeids- og driftsforhold for næringsdrivende. Vi må være fremtidsrettet, være med på den faglige og digitale utviklingen og samtidig drive redelig, bærekraftig og miljørettet.

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

– Jeg ønsker å fortsette med å bidra med erfaring og kunnskap både som yrkesutøver, bedriftseier og mitt engasjement som tillitsvalgt både lokalt og sentralt i NTF gjennom mange år. Jeg kjenner på at det er viktig at hovedstyret speiler foreningsdemokratiet.

Jeg har lang erfaring som praksiseier, og er opptatt av forretningsdrift, med grenseoppgangen mellom salg av helsetjenester og etisk forsvarlighet på den ene siden, og lønnsomhet og målstyring på den andre siden. Gjennom lederutdanning har jeg hatt fokus på integritet og autonomi, og jeg har studert endringsprosesser. Dersom tannhelsereformen vedtas og iverksettes i neste hovedstyreperiode, så vil jeg føle et sterkt ansvar og engasjement overfor medlemmene. Underveis må vi klare å stille adekvate spørsmål slik at alle sider avdekkes. Myndighetene ønsker å maksimere utbyttet av sine offentlige midler, sånt medfører ekstra kontroll og byråkrati. Målet må være å lande så gode rammebetingelser som mulig. Det er viktig å legge en plan for hvordan NTF kan støtte medlemmene i inngåelse av avtaler, men selve implementeringen må stå for myndighetenes regning.

Det er viktigere enn noen gang at vi er samlet i «et foreningsrike» – sammen er vi mindre alene.

Karen Knudsen Reinholtsen



(Hovedstyremedlem, nyvalg)

Alder: 42
Utdanning: Master i Odontologi ved UiB 2003–2008. Spesialistkandidat i pedodonti 2023–.
Praksis: Ansatt i DOT, Rogaland, 2008–2012. Privatpraktiserende 2013–2019. Instruktørtannlege UiB 2013–2017. Seksjonsovertannlege UiB 2017–.
Foreningserfaring: Styremedlem i BTF 2013–2015. Sekretær i BTF 2015–2016. Formann i BTF 2016–2018. Varamedlem i NTFs etikkråd 2017–2019. Medlem av BTFs fagkomité 2018–2022. Medlem av NTFs etikkråd 2019–.

– Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?
– Den største utfordringen blir å videreføre og styrke den kontaktflaten som nå er etablert mot landets politikere, slik at alle medlemmenes interesser kommer fram når den ventede stortingsmeldingen legges fram, og ikke minst i arbeidet mot en eventuell omorganisering av hele tannhelsetjenesten. Det er likevel ingen tvil om at det er på høy tid å se nøye på hvordan utfordringene kan løses på en mer effektiv og helhetlig måte. Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) får stadig flere oppgaver å løse til tross for begrensede ressurser, mens dyktige privatpraktiserende tannleger sloss om pasientene samtidig med at kostnadene øker. Når de pasientgruppene som trenger det mest faller utenfor Helfo-systemet og TOO-pasienter må vente flere år på hjelp, samtidig som privatpraktiserende tannleger i byene bruker tiden på «skjønnhetsbehandlinger», så vitner dette om en feilslått tannhelsepolitikk over år. Vi trenger den samlede kompetansen tannlegestanden har for å løse vårt samfunnsoppdrag over hele landet, og NTF må være tydelige på at det ikke nødvendigvis bare er DOT som er i stand til å løse disse oppgavene.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende to- eller treårsperiode?
– NTF må fokusere på å være relevant som felles forening inn i omorganisering, og sikre at alle medlemmer føler seg ivaretatt. Tannlegestanden må beholde sin integritet som helsearbeidere, men når pasientene blir kunder og behandling blir «reiser», er jeg redd vi spiller oss selv ut som relevante helseaktører. Jeg mener at det er viktig alle medlemmene drar sammen i denne retningen.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?
– Jeg har i skrivende stund ikke mottatt utkastet til det kommende arbeidsprogrammet, men vi trenger uten tvil et

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

lønnsløft blant universitetsansatte. Det er et stort paradoks at tannleger som skal veilede fremtidens tannleger ligger flere hundre tusen under lønnsnivået i DOT. Universitetene sliter med rekrutteringen, og jobber med budsjetter som strammes inn år for år. Lønnsveksten blir heller ikke kompensert fullt ut i de statlige bevilgningene. Uten kvalitet i grunnutdanningen synker også kvaliteten på både spesialistutdanning og forskning, og vil på sikt føre til stillstand i utvikling av faget.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?
– Jeg har jobbet innenfor de fleste gruppene vår forening representerer: som ansatt i DOT, kontraktørtannlege i privat praksis, som praksiseier og på universitetet. Jeg tror derfor at jeg har gode forutsetninger for å sette meg inn i problemstillingene den enkelte tannlege står overfor. Jeg har en lang erfaring i ulike verv i foreningen, og kjenner godt til NTFs struktur. Som universitetsansatt har jeg fått muligheten til å sitte i både Instituttrådet, Programutvalg for odontologiske fag og mindre arbeidsgrupper. Dette har gitt meg erfaring med både instituttøkonomi, utredninger og styringsprosesser.

Anne Kristine Solheim



(Hovedstyremedlem, nyvalg)

Alder: 41 år
Utdanning: Cand. Odont., UiO 2006. Spesialkompetanse implantatprotetikk 2011.
Praksis: Malvik tannklinikk, DOT Sør-Trøndelag 2006–2014. Privat praksis, Trondheim 2014–.
Foreningserfaring: Medlem STTFs kursnemnd 2007–2013. Sekretær STTFs styre 2011–2013. Leder STTF 2013–2023. Vara NTFs hovedstyre 2014–2015. Styremedlem NTFs hovedstyre 2016–2017. Nestleder SNU 2018–2021, styremedlem SNU 2022–2023.

– Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?
– Jeg tror den aller største utfordringen i tiden fremover vil bli å være på ballen med Tannhelseutvalget både frem til og etter de legger frem sine funn. Å passe på at vi holder både offentlig og privat sektor sterk, og jobbe for at sektorene støtter opp om hverandre og utnytter hverandres styrker. Jeg mener helt klart at begge sektorer spiller en viktig rolle, og at det er mange muligheter for å utnytte dette bedre med tanke på samarbeid og mer fleksibilitet.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende to- eller treårsperiode?
– Nå må vi først se hvilken vei representantene leder oss, men personlig mener jeg at vi bør prioritere politisk arbeid opp mot de politiske partiene, jobbe for bedre samarbeid mellom sektorene til pasientens beste og å fortsette å utvikle gode kurs som vekker nysgjerrighet og er interessante for medlemmene.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?
– Hovedstyrets oppgave er jo å jobbe med hele arbeidsprogrammet, men jeg er nok spesielt engasjert i at vi skal arbeide for en tannhelsetjeneste som bidrar til å redusere den sosiale ulikheten og sikre nødvendige tannhelsetjenester for hele befolkningen. Dette punktet får frem noe av de viktigste årsakene til at jeg brenner for yrket mitt. Å ha dårlige tenner og ikke ha mulighet/råd/evne til å få behandling, er et stort stigma i samfunnet vårt i dag, og jeg mener at vi som profesjon og forening må gjøre det vi kan for å bedre dette, med vårt politiske arbeid, vår faglige integritet og etikk og vår oppdaterte kunnskap. Jeg tror sterkt på at det er mulig å få en tannhelsetjeneste hvor både offentlig og privat sektor fungerer godt i samarbeid for å hjelpe alle i samfunnet, også de svakeste, bedre enn vi gjør i dag.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?
– Jeg har sittet i NTFs hovedstyre en periode tidligere, og det var utrolig spennenende og givende, men samtidig hadde jeg mye mindre erfaring da enn jeg har i dag, seks år senere. Jeg tok ikke gjenvalg etter den perioden, da det ble alt for mye å sitte både som lokalforeningsleder og

hovedstyremedlem, men nå som jeg går av etter ti år som leder i Sør-Trøndelag Tannlegeforening, har jeg et sterkt ønske om å få jobbe i hovedstyret igjen, særlig med tanke på Tannhelseutvalgets arbeid som skal avsluttes neste år.

Jeg vet hva jeg går til, jeg har en bred erfaring, og jeg er klar for å gjøre jobben. Og jeg gleder meg!

Kristoffer Øvstetun



(Hovedstyremedlem, nyvalg)

Alder: 40 år
Utdanning: Integrert master i Odontologi, UiB 2008**.** Kompetansekurset i implantatprotetikk, «Haukelandskurset» for arbeid på HELFOs regning.
Praksis: 2008–2015: assistenttannlege i gruppepraksis i Bergen. 2015–: praksiseier i enkeltmannspraksis, Bergen. 2010–: instruktørtannlege ved institutt for klinisk odontologi, seksjon for oral protetikk, UiB. Sakkyndig for forsikringsselskap.
Foreningserfaring: 2008–2009: styremedlem Bergen Tannlegerforening**.** 2009–2012: sekretær Bergen Tannlegeforening**.** 2012–2016: formann Bergen Tannlegeforening**.** 2016–2019: medlem Bergen Tannlegeforenings valgkomité. 2019–: leder av Bergen Tannlegeforenings valgkomité. 2013–2016: medlem av valgkomiteé for UTV-UiB**.** 2008–2021: medlem av NTFs representantskap**.** 2016–2024: vararepresentant til NTFs hovedstyre med periodevis mye møtedeltakelse. 2018–: medlem av BTFs museumskomite, holder forelesningen for tannlegestudentene i odontologihistorie.



– Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?
– Det er spennende tider for tannlegestanden i Norge nå og med innspurten i Tannhelseutvalgets arbeid så er det viktig å følge med, og å være videre påvirker her. Det foregår og en del forandringer i tannhelsen allerede, og arbeidet med å få politikere til å forstå hvordan vår bransje fungerer og hvordan man kan løse fremtidens utfordringer bør være viktigere enn noensinne, politikerne har ikke svaret her ser det ut som.

En annen ting som jeg brenner for er hvem vi er, hvor vil vi og hva vil vi oppfattes som? Det foregår nå en omlegging av privat sektor til mer kjedevirksomhet, en utvikling som antakeligvis ikke kan stanses da større praksiser er vanskelig å kjøpe for frittstående tannleger. En annen og mer urovekkende utvikling er all annonsering av tjenester til ekstrem lavpris. Vi ønsker på en måte å bli oppfattet som helsepersonell, men å drive med prisdumping i så stor skala og fronting av bleking er ikke forenlig med helsepersonell som skal behandle sykdom, slik jeg ser det.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?
– NTF bør prioritere påvirkningsarbeid mot politikere generelt på vegne av tannhelsen. NTF må være premissleverandør og den forening/gruppering politikere og eventuelle andre beslutningstakere henvender seg til når det er spørsmål om tannhelse.

Som ansatt ved UiB ser jeg og at studentene går et tøffere arbeidsmarked i møte, og stadig vekk blir jeg gjort oppmerksom på tvilsomme kontrakter som blir tilbudt de nyutdannede. Hvordan vil dette bli i framtiden, vil tannlegene måtte være kreative i hva man finner behandlingskrevende for å i det hele tatt tjene penger? Og trenger alle å jobbe i byene? NTF og NTF Student bør jobbe godt sammen her for å bevisstgjøre og opplyse de nye tannlegene om mulighetene i yrket.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?
– Hele arbeidsprogrammet vil være viktig, men å jobbe for at tannleger skal eie og drive egen virksomhet i privat sektor, og offentlig for den saks skyld, at etaten ledes av tannleger, vil være viktig. Vi må sikre gode arbeidsforhold for de privatpraktiserende tannlegene også i fremtiden.

Samarbeid med NTF Student vil og være viktig, for å bevisstgjøre hva foreningen står for og hva man kan bistå studentene med hva angår hjelp til, spesielt i starten av yrkeskarrieren. Det å vekke et engasjement allerede her mener jeg er viktig for å kunne sikre gode og interesserte tillitsvalgte i framtiden.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?
– Masse foreningserfaring, både fra lokalforeningen og fra min tid nå som vararepresentant til hovedstyret i åtte år. Jeg har fått med meg stort sett det som er av saker som vara, og har et godt innblikk i hva som rører seg i styret allerede nå.

Jeg er og ansatt ved universitetet, så det vil være en styrke at jeg kan se både privat og statlig sektor sine utfordringer. Ellers er jeg arbeidsom og synes dette er kjekt, jeg har tross alt vært tillitsvalgt hele yrkeskarrieren.



De to som allerede er valgt til NTFs hovedstyre:

Farshad Alamdari



(Hovedstyremedlem. Gjenvalgt som leder av Sentralt forhandlingsutvalg (SF). Har sittet fire hovedstyreperioder.)

Alder: 58 år
Utdanning: Cand. odont. Oslo 1993
Praksis: Offentlig ansatt tannlege, Nordland fylkeskommune-Lurøy 1993–94, Hedmark fylkeskommune, Trysil 1994–2013, og overtannlege siden 2013–
Foreningserfaring: Styremedlem og kasserer Hedmark tannlegeforening 1995–2001, leder UTV Hedmark og styremedlem i Hedmark Tannlegeforening 2002–2013, nestleder Sentralt Forhandlingsutvalg (SF) 2008–2013, varamedlem NTFs hovedstyre 2008–2013, har representert NTF i Akademikerne stat, Akademikerne helse og nå Akademikerne kommune. Leder av Sentralt Forhandlingsutvalg og medlem av NTFs hovedstyre 2014–.

– Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?
– Regjeringen har oppnevnt et utvalg, Tannhelseutvalget, som skal gå gjennom tannhelsefeltet. Utvalget vil legge frem sin NOU innen juli 2024, og da skal den ut på høring, sannsynligvis i løpet av sommeren 2024. Her får NTF en viktig jobb å gjøre og kan være med å utforme fremtidens tannhelsetjenester. Det er veldig bra at de rødgrønne har et ønske om utvidelse av det offentlige ansvaret innen tannhelseområdet og at stadig flere grupper inkluderes og får tilbud om enten vederlagsfrie tannhelsetjenester eller tannhelsetjenester til reduserte priser. Dette er ett og kanskje flere skritt i retning av å integrere tannhelsetjenester i øvrige helsetjenester. Samtidig er det også viktig at disse blir fullfinansiert og ikke minst sørges for styrking av tannhelsepersonellressurser. NTF bør fortsette det gode arbeidet mot politikerne og styrke dette ytterligere for å kunne påvirke tannhelsepolitikken. Organisatorisk er det svært viktig at vi klarer å stå samlet som forening – dette gir oss nødvendig styrke og slagkraft for fortsatt å være en viktig aktør når det gjelder tannhelsepolitikk.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende to- eller treårsperiode?
– NTF må fortsette med det politiske påvirkningsarbeidet og være den viktigste premissleverandøren i tannhelsepolitiske spørsmål. Tillitsvalgte er foreningens ryggrad. I en tid med mye endringer, omorganiseringer/omstruktureringer og et noe «tøffere arbeidsliv», er det viktig med gode, engasjerte og dyktige tillitsvalgte. I offentlig sektor har vi cirka 100 tillitsvalgte. Disse gjør en vanvittig innsats for foreningen. NTF må derfor fortsette med å aktivt rekruttere, motivere, skolere og ikke minst legge til rette for at tillitsvalgte kan utføre sine verv på alle nivåer til det beste for våre medlemmer. Når det gjelder lokalforeningenes inndeling er denne basert på vedtak foretatt av NTFs representantskap. Inndelingen følger ikke nødvendigvis fylkes- og kommuneinndelingene. Etter en prosess med fylkes- og kommunesammenslåinger, eksistere ikke lenger en del gamle fylker og kommuner og dette vil gi oss noen utfordringer da dette vil påvirke tilhørigheten til en lokalforening. NTF bør starte arbeide med å se på organisering av lokalforeninger i forhold til ny kommune- og fylkesoppdeling.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?
– Arbeidsprogrammet er det viktigste styringsdokumentet for hovedstyre og som hovedstyremedlem har man et ansvar for å se helheten. I tillegg som leder av SF og valgt av lønnspolitisk forum har jeg et ansvar for å ivareta tariffpolitiske interesser.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?
– Jeg har jobbet lenge i offentlig sektor, både som tannlege, klinikksjef og de siste ti årene som overtannlege – så jeg kjenner sektoren godt. Jeg håper at min erfaring som mangeårig tillitsvalgt både lokalt og sentralt i NTF og Akademikerne, kjennskap til lover, regler og organisasjonslivet og evnen til samarbeid, vil være nyttig for NTFs hovedstyre.

Terje Fredriksen



(Hovedstyremedlem, valgt som leder av Sentralt næringsutvalg. Har sittet to hovedstyreperioder.) Foto: Tonje Camacho

Alder: 54 år
Utdanning: Cand. odont. UiO 1997. Implantatprotetikk 2009. Lystgassautorisasjon 2012
Praksis: Eier og driver en privat praksis som er en del av en større gruppepraksis i Porsgrunn, Telemark
Foreningserfaring: Leder Telemark Tannlegeforening 2010–2017, Medlem Hovedstyret NTF siden 2017, Leder sentralt Næringsutvalg siden 2021, Medlem Akademikerne Næringsdrivende siden 2021 og nestleder samme fra 2022, Medlem av Valgkomiteen til Tannlegenes Gjensidige Sykeavbruddskasse siden 2016.

– Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?
– Som alltid vil jeg nevne viktigheten at vi klarer å stå samlet som forening. Det er når vi snakker med én stemme at vi har størst gjennomslagskraft. Med en regjering som på flere områder ser annerledes på den tradisjonelle fordelingen mellom privat og offentlig tjenesteleveranse der ønsket er å styrke og utvide den offentlige delen på bekostning av den private er det ekstra viktig for medlemmer med sitt levegrunnlag i den private delen å bli møtt med forståelse fra NTF og sentrale tillitsvalgte om sine tanker for hva en slik utvikling kan bety for inntektsgrunnlaget sitt. De utgjør tross alt om lag 70 prosent av foreningens medlemmer. Uten denne forståelsen frykter jeg også for samholdet.

Jeg møter mange kollegaer som har en politisk bekymring for hva innstillingen til Tannhelseutvalget kan inneholde. Det er virkelig spennende tider for de av oss som har både pensjonssparing, formue og inntekten sin fra privat sektor.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?
– Jeg har min bakgrunn fra privat sektor og er blitt valgt av næringspolitisk forum for å ivareta næringspolitiske interesser, så dermed er mye av arbeidsfeltet gitt.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende to- eller treårsperiode?
– Selvsagt arbeidet opp mot Tannhelseutvalget og hva som kan komme der, men jeg synes også vi bør følge med på samt ha kontakt med de største aktørene innenfor privat tannhelsesektor. Jeg skulle ønske at flere yngre tannleger vil eie og drive sin egen praksis, gjerne i et fellesskap med andre, men altså at de eier selv. Personlig synes jeg det ligger så mye bra i å ha driftsansvaret, siste beslutningsmyndighet og å kunne helt styre egen hverdag at jeg nødig vil bytte dette inn i noe annet. NTF bør synliggjøre det arbeidet som gjøres for å støtte tannleger i privat sektor som vil drive selv og fremsnakke det positive i det å eie sin egen arbeidsplass. Samtidig skal en ha respekt for at noen ikke ønsker det av forskjellige årsaker, men er mer komfortable med en annen tilknytning. Det viktigste er likevel at NTF jobber imot glidning av aldersgrupper over til å bare kunne bli behandlet i offentlig sektor hvis en skal motta stønad til tannbehandling. Det gagner hverken pasientene eller tannlegene.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?
– Erfaring fra NTF, næringsliv utenom tannhelse, partipolitikken og lederverv i idretten er ballast jeg tror gjør at jeg kan bidra godt inn i det kollegiet som NTFs hovedstyre er. Min oppgave blir å ivareta interessene til 70 prosent av medlemmene, så får jeg heller leve med at noen blir provosert og ikke liker det jeg sier. Som en trøst til dem kan jeg si at jeg blir også provosert og liker ikke alltid det andre tillitsvalgte sier.

kuraray

Noritake



CLEARFIL MAJESTY™ ES KOMPOSITT

CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Premium og Classic

Med sitt brede utvalg av opasiteter, fra svært opakt dentin til semi-translucente emaljefarger,kan dette systemet takle ethvert kasus, uansett hvor utfordrende det er. Og fordi det dekker alle VITA-fargene, kan du stole på at restaureringene dine vil matche pasientens naturlige tenner på en perfekt måte.

CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal

Skap vakre, naturtro restaureringer uten behov for fargevariasjon! Dette innovative kompositt-systemet dekker alle VITA-fargene med bare fire tilgjengelige farger, slik at du kan redusere lagerbeholdningen drastisk.

CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow

Denne allsidige flow-kompositten kan gjøre alt dette! Med sitt høye fillerinnhold og enkle håndtering, er CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow det perfekte valget for en hvilket som helst type restaurering. Og fordi det er en lysherdende resinsement, kan du bruke den til å sementere kroner og broer også.

LÆR MER:
kurarynoritake.eu/no/clearfil-majesty-es-composites

BORN IN JAPAN

Kuraray Europe Benelux, Nordics & Baltics. Margadantstraat 20, 1976 DN IJmuiden, Nederland, infonordics@kuraray.com
Fabian Giaever, 90101013, Fabian.Giaever@kuraray.com, kurarynoritake.eu/no

Kapsaicindråper

– en ny strategi for behandling av brennende munn-syndrom

Brennende munn-syndrom (BMS) er en kronisk tilstand kjennetegnet av brennende smerte i munnen, noen ganger ledsaget av nummenhet. De kliniske kjennetegnene ved denne tilstanden ligner i stor grad på andre nevropatiske smertetilstander. Det har vært begrenset forskning på dette fenomenet i Norge, men et forskningsprosjekt ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO) kan bidra til etablering av en ny behandlingsmetode.

ASTRID SKIFTESVIK BJØRKENG, OD/UIO

BMS betraktes ofte som en forvirrende tilstand, da intensiteten av smerten sjelden samsvarer med de kliniske tegnene på sykdommen.

– Pasienter får diagnosen BMS hvis de opplever intens brennende smerte i munnen som varer i minst fire–seks måneder, forklarer førsteamanuensis Preet Bano Singh.

– Siden det er gjort så lite forskning på BMS, opplever pasientene ofte å bli avfeid med at disse plagene er bagatellmessige, forklarer Singh. Men ved å skanne hjernene til pasienter med BMS, registrerte vi patologi i smertematrix i hjernen. Dette internasjonale, tverrfaglige samarbeidet ble publisert i European Journal of Neuroscience, og viser at pasienter med BMS har cerebral nevropati i smerteområdet som kan være årsak til opplevelse av brenning/ svie i munnen.

Bano Singh jobber ved Klinikk for lukt, smak og oral smerte, hvor det henvises en del pasienter med kroniske brennende smerter i munnen.

– Før man bekrefter at en person lider av BMS, er det viktig å undersøke og utelukke andre mulige årsaker til den brennende smerten, fortsetter Singh.

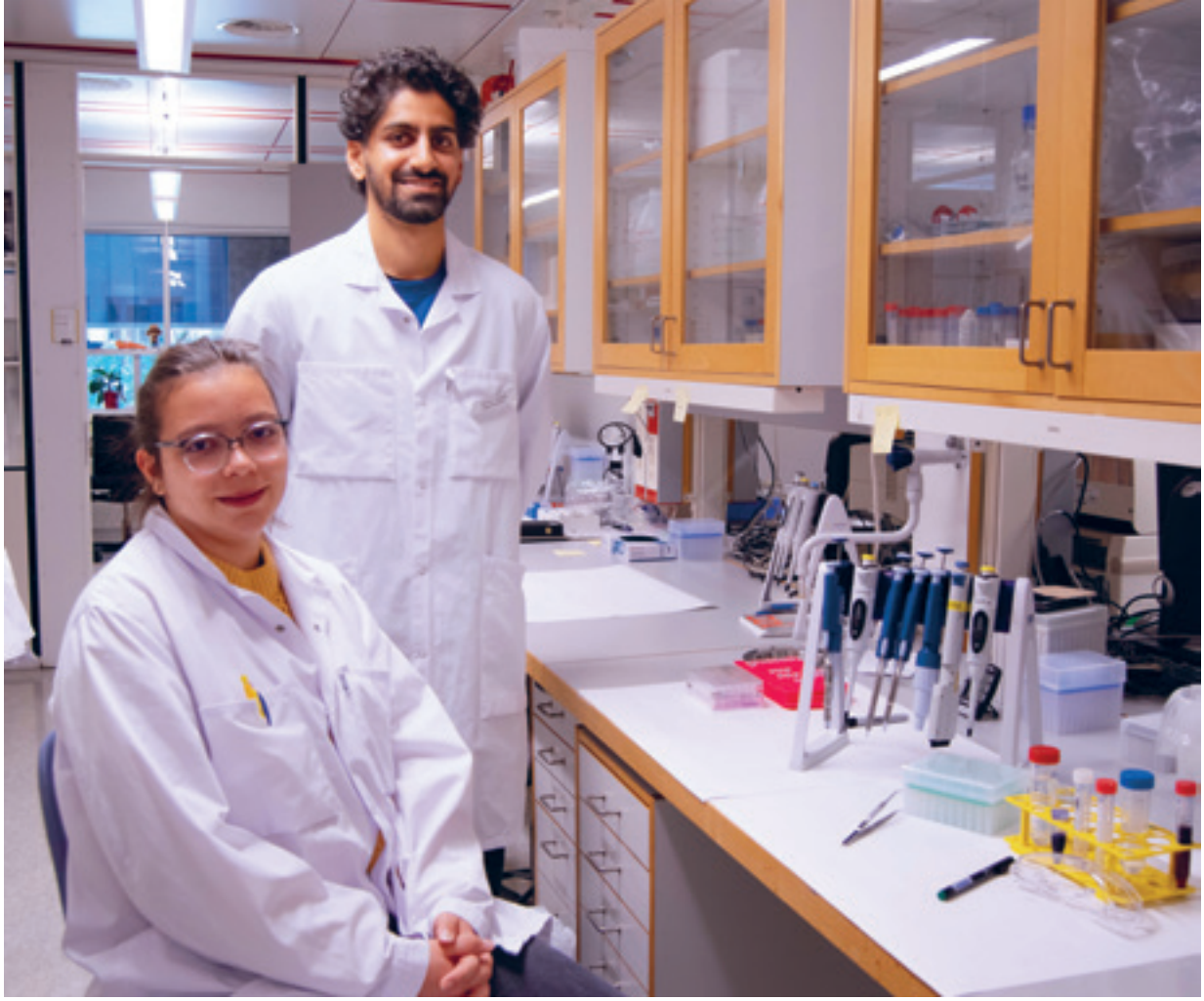
Medisinske og dentale intervensjoner så vel som bruk av noen faste medikamenter kan føre til brennende smerter i munnen. Dette innebærer å vurdere om smerten kan stamme fra problemer som påvirker hele kroppen (systemiske årsaker) eller fra forhold som påvirker områdene rundt munnen (perifere årsaker), forklarer hun videre.

Per i dag finnes det ikke effektive behandlingsregimer for denne pasientgruppen i Norge. Det finnes ulike legemidler som brukes for å behandle BMS, inkludert benzodiazepiner, gabapentin, trisykliske antidepressiva, antipsykotika, antioksidanter og atferdsterapier.

– Likevel er ingen av disse behandlingene optimale eller særlig effektive, og pasientene opplever fortvilelse når det ikke finnes muligheter for å behandle eller lindre de kroniske smertene de opplever, påpeker Singh.

Et middel som har en viss effekt er alfa-liponsyre, som er en antioksidant. Ifølge Singhs observasjoner er det omtrent 60 prosent av hennes pasienter som har effekt av denne behandlingen. For de resterende 40 prosentene, har de liten eller ingen effekt.

– Imidlertid kan BMS også behandles effektivt med kapsaicin-gel som er vanlig brukt i andre land, sier Singh.



Léa Lecomte og Simon Vivan Singh. Foto: privat

Men det er ikke mulig å få kjøpt kapsaicin-gel eller salve i Norge.

– Derfor bestemte jeg meg for å finne muligheter for å fremstille et middel, som effektivt kan deponere riktig konsentrasjon av kapsaicin på orale slimhinner, sier Singh. For å få til dette, tok jeg kontakt med førsteamanuensis Hanna Tiainen. Tiainens ekspertise er biomaterialer, kjemi og materialvitenskap og hun forsker ved Klinisk forskningslaboratorium, Det odontologiske fakultet, ved UiO. Et laboratorium som er viet til forskning på klinisk odontologi og medisin.

Sammen med Hanna Tiainen, medisinstudent Simon Vivan Singh , masterstudent i materialer Léa Lecomte og tannlegestudentene Nadin Elkafas og Frozan Haideri, satte de i gang med laboratorieforsøk knyttet til stoffet kapsaicin. Studentene ble veiledet i laboratorieeksperimentene av Daria Zaytseva-Zotova og Alejandro Barrantes Bautista.

– Kapsaicin er en kjemisk forbindelse som finnes naturlig i chili. Den virker som en vekker for spesielle reseptorer i kroppen som sender signaler om smerte og temperatur. Disse reseptorene kalles TRPV1-reseptorer, forklarer Singh.

Utfordringen er hvordan man kan få virkestoffet til å bli værende der det skal være. Når kapsaicin påføres i munnen, blir det ofte skylt vekk av spyttet, og det forsvinner raskt når tungen beveger seg. Derfor arbeider forskerne med å finne en måte å forlenge oppholdet av kapsaicin i munnen.

– I dette forskningsprosjektet er ideen å utvikle et slags transportmiddel som kan holde kapsaicin på plass i munnen, forklarer Tiainen.

Dette transportmiddelet må ha tilstrekkelig klebrighet til å feste seg til slimhinnen.

– Målet er å utvikle en ny metode for å levere kapsaicin til munnen som gir lengre varighet og bedre effekt. Men før en slik behandlingsstrategi kan implementeres, må man undersøke om det nye transportmiddelet er trygt for cellene i munnen, forklarer forskerne avslutningsvis.

REFERANSE

1. Zaytseva-Zotova, Daria; Singh, Simon Vivan; Haideri, Frozan; Elkafas, Nadin Abdelwahab Mohamed Abdou; Barrantes Bautista, Alejandro; Singh, Preet Bano & Tiainen, Hanna (2023). Kapsaicin-belastede mikrodråper for behandling av brennende munn-syndrom.



Maren Bråthen Solhaug sier det er slående hvor lite vi vet om immunforsvaret i munnhulen sammenlignet med resten av kroppen.

Nye immunceller oppdaget i den orale slimhinnen

Å forstå immunforsvaret vårt bedre har avgjørende betydning for å forstå og kunne behandle all form for sykdom. Noen områder av immunforsvaret vet vi mye om, mens andre deler er nesten uoppdaget. Et område hvor det er store kunnskapshull, er immunforsvaret i den orale slimhinnen, men en doktorgrad fra Institutt for oral biologi ved Universitetet i Oslo er i ferd med å tegne opp et nytt kart.

ASTRID SKIFTESVIK BJØRKENG, OD/UIO
FREDRIK PEDERSEN, OD/UIO

– Jeg er tannlege under videreutdannelse i oral patologi, sier Maren B. Solhaug. Det vil si at munnslimhinnen er mitt spesialfelt. Jeg har lenge vært interessert i immunforsvaret. Det er slående hvor lite vi vet om immunforsvaret i munnhulen i forhold til resten av kroppen. Og når vi vet at immunforsvaret er involvert i en stor del av sykdommene som kan ramme munnslimhinnen ønsker jeg å bidra til mer kunnskap om dette. Solhaug har nylig tatt en doktorgrad hvor hun har sett på kreft og immunitet i den orale slimhinnen.

Venn eller fiende?

Det er noen celler, som kalles antigenpresenterende celler (APCer) som Maren Solhaug har vært spesielt interessert i.

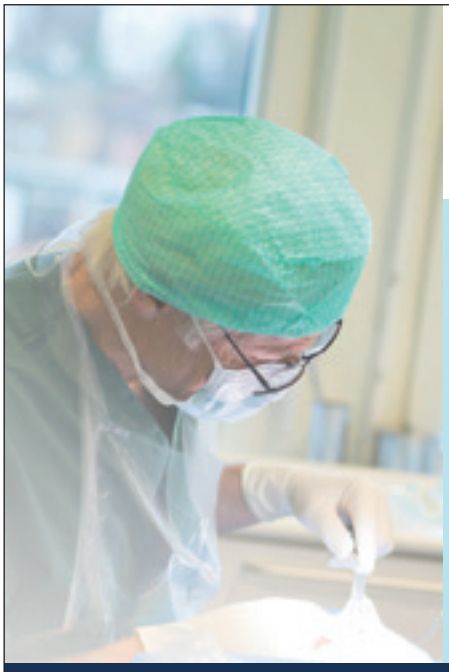
Disse cellene spiller en nøkkelrolle i immunforsvarets evne til å skille mellom hva kroppen skal oppfatte som fiende eller venn. Er det en fiende må forsvarssystemet aktiveres. Dersom funksjonen til APCer feilreguleres, kan dette dermed føre til kroniske betennelsessykdommer. Det finnes flere forskjellige typer APCer i munnhulen, som makrofager, dendrittiske celler og såkalte Langerhanske celler.

– I andre organer, blant annet i tarm og hud, er det nylig funnet mange undergrupper av disse cellene, men frem til nå vet man lite om disse i munnslimhinnen. Hvilke typer APCer finnes i munnslimhinnen? For å forstå hvordan APCer er involvert i sykdomsprosesser, som kreft og autoimmune sykdommer, er det fundamentalt å forstå hvilke celler som er til stede under friske forhold. Dette ville vi prøve å finne ut, sier Solhaug.

Mange undergrupper

Vevsprøver fra munnhulen er nødvendigvis små, og dette har gjort det vanskelig å studere små cellegrupper i detalj tidligere. I jakten på nye undergrupper av immunceller, brukte forskerne data fra enkeltcellesekvensering.

– Det betyr at man sekvenserer transkriptomet, altså genuttrykket til hver eneste celle i en vevsprøve, forklarer Solhaug. Enkeltcellesekvensering genererer enorme mengder data og var tidligere svært kostbart å analysere,



Vårt mål er premium behandling, og godt samarbeid med henvisere

Vi er en spesialistklinikk som tilbyr:
- Oralkirurgi og oral medisin
- Implantatkirurgi
- Implantatprotetikk
- CT og CBCT
- Intravenøs sedasjon

Vi har nå økt kapasitet, og kan tilby kort ventetid. Våre spesialister tar imot henvisninger for behandling eller vurdering og utredning, og diskuterer gjerne kasus med deg som henviser.

Du finner oss sentralt på Majorstuen. Velkommen!

Spesialister oral kirurgi og oral medisin
Dagfinn Nilsen
Johanna Berstad
Erik Bie
Hauk Øyri

Spesialist i oral protetikk
Dr.odont Jørn Aas

Anestesilege
Dr. Odd Wathne

Her finner du oss:
Sørkedalsveien 10 A, 0369 Oslo
post@oralkirurgisk.no
23 19 61 90

ORALKIRURGISK KLINIKK
En del av ORIS DENTAL

men nylig har en gruppe forskere publisert sine data i «The Human cell Atlas», en database som er åpent tilgjengelig, og her finner vi alle transkriptomene for munnslimhinnen. Disse kan analyseres dersom man har en god bioinformatiker på laget, hvilket vi var så heldige å ha, sier Solhaug.

Ved bruk av bioinformatikk kunne forskergruppen til Solhaug undersøke de åpent tilgjengelige dataene for å se om de kunne finne undergrupper av APCer. Undergrupper som er funnet i andre barrierevev i kroppen, som i hud og tarm, men som ennå ikke var identifisert i den orale slimhinnen.

Forskerne ble overrasket over hvor mange ulike APCer som finnes i frisk munnslimhinne. De fant flere typer både av makrofager, dendrittiske og Langerhanske-celler.

Snakker sammen

– Vi var også interessert i å finne ut hvordan epitelcellene kommuniserte med de nye APCene vi fant, sier Solhaug.

Huden og slimhinnene er kledd av epitelceller. Epitelcellene utsondrer en del faktorer som kan styre APCene og det kan også skje en vekselvirkning mellom epitelcellene og APCene.

– I munnhulen vet vi vi nesten ingenting om hvordan epitelet «snakker» med APCer, altså «instruerer» APCer i hvilken retning de skal bevege seg, hvor de skal slå seg ned, og hvilken funksjon de skal ha i vevet. Ved hjelp av bioinformatiske analyser fant vi at epitelcellene i munnslimhinnen produserer mange faktorer som gjør dem i stand til å instruere antigenpresenterende celler på ulike måter, forklarer Solhaug.

Dette er det viktig å vite noe om. Dersom man i fremtiden finner at en bestemt type APC spiller en nøkkelrolle i en spesifikk sykdom, kan man for eksempel hindre denne APC-typen fra å ankomme vevet ved å hemme denne «samtalen».

Oral Lichen planus

Kunnskapen om APCene ble brukt videre i en studie av Oral lichen planus. Oral lichen planus (OLP) er en sykdom i munnslimhinnen som rammer rundt én prosent av befolkningen.

– Vi vet ennå ikke om det er en autoimmun sykdom, eller om sykdommen skyldes en hypersensitivitetsreaksjon, sier Solhaug.

Ved OLP får man hvite striper og ofte også smertefulle sår i munnslimhinnene. Sykdommen kommer og går i bølger hvor forandringene forsvinner en stund for så å komme tilbake på samme sted. OLP behandles i dag oftest med kortikosteroider, som kan holde sykdommen i sjakk, men som ikke er noen kur som kan helbrede sykdommen. For å finne en kur må man vite årsaken til sykdommen, sier Solhaug. Og årsaken til OLP er ukjent.

Opprinnelse

Det at OLP kommer tilbake samme sted, kan tyde på at det ligger noen hukommelsesceller fra immunsystemet (T-celler) i slimhinnen i det området hvor sykdommen opptrer. Noen av disse T-cellene har potensial til å skade kroppens celler lokalt i vevet.

– Og hvilke celler er nødvendige for å aktivere T-celler? Jo, det er APCene, forklarer Solhaug.

Tidligere studier har vist at det er et økt antall av en bestemt type APCer i OLP sammenlignet med en frisk munnslimhinne. Dette er de Langerhanske cellene. Vi vet i dag påfallende lite om Langerhanske celler i munnhulen.

– Vi vet for eksempel ikke hvor de kommer fra. Ligger de der fra fosterlivet, eller kommer det noen andre celler inn med blodbanen og «blir til» Langerhanske-celler etter instruksjon fra epitelet? Og i så fall, hvilke «forløperceller» kommer de fra?

For å undersøke dette brukte forskerne vevsbiter fra munnslimhinnen til OLP-pasienter. Vev fra munnslimhinnen hos friske pasienter ble brukt som kontrollgruppe.

Gjennom histologiske analyser hvor cellene ble farget med en markør som heter langerin kombinert med flere andre cellemarkører, kunne forskerne konkludere med at de Langerhanske-cellene i den orale munnslimhinnen kommer fra en immuncelle som heter Dendrittisk celle type 2.

– Det å oppdage hvor celler kommer fra, er viktig for grunnforskningen, men det er også viktig for å forstå sykdomsutviklingen til OLP. Når man vet dette, vil det også være mulig å tenke hvordan man kan stanse eller bremse OLP, forklarer Solhaug.

Tungekreft

I det videre doktorgradsarbeidet til Solhaug, så hun og kollegene nærmere på tungekreft. Tungen er nemlig det stedet hvor det hyppigst oppstår kreft i munnhulen.

Tungekreft er ikke en vanlig sykdom, men den er veldig alvorlig, og har relativt dårlig prognose, sier Solhaug.

Omtrent 64 prosent av pasientene er i live fem år etter at diagnosen er stilt. De fleste pasientene får den samme behandlingen, kirurgi og stråling.

– En utfordring med tungekreft er at det per i dag ikke finnes noen tilfredsstillende måter å forutsi prognoser, altså forutsi hvilke pasienter det går bra eller dårlig med. Et mål er derfor å finne gode prognostiske markører, forklarer Solhaug. Ved å kunne identifisere pasienter med god prognose kan disse slippe unødvendig behandling.

TNM-systemet, som brukes til å måle utbredelsen av tumor ved hjelp av størrelse (T), og spredning til henholdsvis lymfeknuter (N) og andre organer (M) er ikke optimal som prognostisk markør.

– En liten tumor uten spredning anses å ha god prognose med TNM-systemet, men noen ganger stemmer ikke det. Selv små svulster kan ha dårlig prognose, sier Solhaug.

Mulige prognostiske markører

Forskerne ville derfor prøve å identifisere mulige prognostiske markører, og et protein, som heter KLF4 var et spor de valgte å forfølge. Grunnen til at de valgte akkurat KLF4, er at det er et protein som er involvert i mange vanlige cellefunksjoner. I kreft har man sett økt KLF4-uttrykk i forbindelse med tumorprogresjon, mens andre ganger har KLF4 blitt observert i forbindelse med tumorsuppresjon, altså at den hemmer kreft.

Grunnen til at de valgte akkurat KLF4, er at det er et protein som er involvert i mange vanlige cellefunksjoner. I kreft har man sett økt KLF4-uttrykk i forbindelse med tumorprogresjon, mens andre ganger har KLF4 blitt observert i forbindelse med tumorsuppresjon, altså at den hemmer kreft.

– Vi tenkte derfor at det er en mulighet for at KLF4 er kontekstavhengig. Det vil si at KLF4 kunne tenkes å hemme eller fremme kreftutviklingen avhengig av hvilke celler proteinet «samarbeider» med, sier Solhaug.

Det er tidligere vist at tungetumorer med mange immunceller i sitt nærmiljø har noe bedre prognose enn svulster med få immunceller. Siden KLF4 også er involvert i inflammasjon ønsket vi å se nærmere på om immunceller kunne være en «samarbeidspartner» med KLF4.

Smarte verktøy for tannklinikken



Bemanning
Arbeidstid, egenmelding og sykmelding, ferie og avspasering



Utstyrsregister
Dekker alle lovkrav og sikrer deg ved eltilsyn



Stoffkartotek
Alle sikkerhetsdatablader oversiktlig organisert og tilgjengelige for alle

TrinnVis
Drift, HMS og kvalitet

Et unikt datamateriale

Forskerne brukte et solid materiale som besto av vevsprøver fra alle plateepitelkarsinomer i tungen som ble diagnostisert i Norge mellom 2005 og 2009, og fulgt opp over en femårsperiode.

Dette er også et viktig poeng, sier Solhaug, at resultater fra studier i andre deler av verden ikke automatisk kan brukes til å trekke konklusjoner i Norges befolkning. Blant annet fordi årsaksfaktorene kan være ulike, og tumorene dermed være ulike på molekylært nivå. Derfor ønsket vi å studere et materiale bestående kun av tumorer diagnostisert i Norge.

– Det vi fant var veldig interessant, sier Solhaug. I første omgang bekreftet vi det tidligere studier har vist, nemlig at pasienter som hadde kreftsvulster med mange betennelsesceller hadde noe bedre overlevelse enn de med lite betennelse. Vi fant også at de svulstene som hadde høyt uttrykk av KLF4 hadde marginalt bedre overlevelse. Men, da vi kombinerte de to faktorene (betennelse og uttrykk av KLF4 i svulstvevet) fant vi at pasientene med kreftsvulster som hadde et høyt nivå av KLF4, samtidig som de hadde mye inflammasjon i svulsten, hadde en mye bedre prognose enn de resterende pasientene. I førstnevnte gruppe var det nesten 90 prosent som overlevde 5 år, mot 50% for de resterende pasientene.

Essensielt med grunnforskning

– Det vil si, at høy inflammasjon kombinert med KLF4 er en lovende prognostisk markør, forklarer Solhaug, men presiserer at alle slike studier må verifiseres i flere og større studier før disse markørene eventuelt kan tas i bruk for prognostisk vurdering av pasienter med tungekreft.

Selv om det fremdeles er en vei å gå før det finnes gode prognostiske markører for tungekreft og en kur for OLP, demonstrerer studiene til Solhaug og hennes kollegaer hvor viktig og essensielt grunnforskning er når nye behandlingsstrategier skal utvikles.

REFERANSER

1. Søland, Tine Merete; Solhaug, Maren Bråten; Bjerkli, Inger-Heidi; Schreurs, Olaf Joseph Franciscus & Sapkota, Dipak (2022). The prognostic role of combining Krüppel-like factor 4 score and grade of inflammation in a Norwegian cohort of oral tongue squamous cell carcinomas. European Journal of Oral Sciences. ISSN 0909-8836. s. 1–11. doi: 10.1111/eos.12866. Fulltekst i vitenarkiv
2. Solhaug, Maren Bråten; Schreurs, Olaf Joseph Franciscus; Schenck, Karl; Blix, Inger Johanne Schytte & Bækkevold, Espen Sønderaal (2021). Origin of langerin (CD207)-expressing antigen presenting cells in the normal oral mucosa and in oral lichen planus lesions. European Journal of Oral Sciences. ISSN 0909-8836. 130:e12835(1), s. 1–12. doi: 10.1111/eos.12835. Fulltekst i vitenarkiv

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

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

Tidende ønsker å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserene og som bidrar til å opprettholde norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2025.

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.

NYHET!
Kun i apotek

HALEON

HJELP DINE PASIENTER MED Å STOPPE OG FORHINDRE BLØDENDE TANNKJØTT

parodontax er en unik fluortannkrem til daglig bruk
som inneholder 67% natriumbikarbonat



58%
reduksjon av
blødende tannkjøtt*[1]

4X
bedre plakkfjerning*[2]

HALEON | healthpartner

Oppdag en verden av kunnskap innen munnhelse.
For å finne ut mer og få tilgang til parodontax
prøvetuber, skann QR-koden og registrer deg på
www.haleonhealthpartner.com/en-no/oral-health/

*sammenlignet med en vanlig tannkrem ved børsting to ganger daglig

1. Akwagyiram et al. Efficacy and Tolerability of Sodium Bicarbonate Toothpaste in Subjects with Gingivitis: A 6-month Randomized Controlled Study. Oral Helth Prev. Dent. 2017; 16(5): 401-407.
2. Jose A et al. J Clin Dent. 2018; 29:33–39.

PM-NO-PAD-23-00005

Kan vi bistå deg med noe?

Vi har spesialister i hele landet. Ønsker du å diskutere kliniske problemstillinger eller behandlingsplaner? Spesialistene i Oris Dental sparrer gjerne eller hjelper deg med pasientene dine når du trenger det.

Har du et konkret case i tankene?

Vi tar imot henvisninger fra kolleger i hele Norge. Hos oss kan du få hjelp med både små og store utfordringer, deler av behandlingen eller ferdigstilt totalbehandling.

Endodonti. Kjeveortopedi.
Oral kirurgi og medisin.
Radiologi. Periodonti.
Protetikk og bittfunksjon.



Har du spørsmål angående henvisning? Ta kontakt!



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



Hauk Øyri
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Director Oris Academy
hauk@orisdental.no
+47 936 31 009



Pia Selmer-Hansen
Spesialist i protetikk og bittfunksjon
Advisory Board Member Oris Academy
pia.selmer@orisdental.no
+47 414 18 692



Shoresh Afnan
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Head of Customer Relations Oris Academy
shoresh.afnan@orisdental.no
+47 971 44 811

Scan for oversikten over alle våre spesialister

ORIS DENTAL

Fra NTF • tidende

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske tannlegeforening

Statsbudsjett '24
– Mens vi venter på utvalget

Fredag 6. oktober la regjeringen frem forslag til nytt statsbudsjett for 2024. NTF troppet opp på høring i helse- og omsorgskomiteen mandag 16. oktober for lufte sine synspunkter. Oppsummert: Å utvide pasientrettighetene, men ikke finansieringen, er ikke bærekraftig.

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

– Trygt og litt kjedelig, var første oppsummering av Heming Olsen-Bergem, president i Den norske tannlegeforening, – Å avvente Tannhelseutvalgets NOU i juni neste år, er trolig den beste strategien nå. Men tannhelsetjenestene er kronisk underfinansiert, det kunne en forvente ble grepet tak i.

Feilberegninger for ny ordningen for 21–24-åringer

Det utvidede tilbudet til 21–24-åringer er foreslått tatt inn i tannhelsetjenesteloven, og ses nå som en integrert del av budsjettene til Den offentlige tannhelsetjenesten.

– Slik forutsigbarhet er positivt, men NTF mener ordningen fortsatt er underfinansiert med henblikk på de faktiske behovene, noe vi også har påpekt i vårt høringssvar om lovfestingen, understreker presidenten.

I forbindelse med den pågående høringsrunden for forslag til endringer i tannhelsetjenesteloven fremkommer det i høringsnotatet at Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at en med 25 % egenbetaling beregner kostnadene til nødvendig tannbehandling til 105 millioner kroner per årskull for 21–24-åringene. Beregningene er basert på usikre anslag av pasientenes kostnader til tannhelsetjenester hentet fra en SSB-undersøkelse i 2010. SSB anslo at gjennomsnittsutgiftene for tannhelsetjenester per år for aldergruppen 21 til 24 år var på kr 2 356 (i 2008-kroner). Hvis man legger til grunn at det i 2023/2024 er ca. 67 500 pasienter i hvert årskull (tall fra SSB) har man basert seg på en anslått kostnad på under kr 2 100 per pasient, hvis man beregner at 140 millioner kroner per årskull er tilstrekkelig for å yte gratis tjenester uten egenbetaling.

En inflasjonsjustering av 2 356,– 2008-kroner utgjør 3 446,– 2023-kroner. Det vil altså si at det er lagt til grunn en kostnad per pasient som er kr 1 350 mindre enn kostnaden ble anslått til i 2008. Dette summerer seg til i overkant av 90 millioner kroner per årskull.

Beregningene er også mangelfulle siden det bare tas høyde for pasientenes opplevde utgifter, og ikke for de kostnadene som kreves for å oppruste Den offentlige tannhelsetjenesten slik at den er i stand til å ivareta disse pasientene på en god måte. Innføring av denne nye gruppen medfører behov for tilpasninger i bemanning, lokaler og utstyr. Dette er ikke dekket inn i de rammeoverføringene som hittil har blitt tilført. NTF har derfor foreslått å øke den fylkeskommunale rammen.

Folketrygdens stønadsordning fortsatt underfinansiert

Tannlegeforeningens mål er å bidra til å utjevne sosial ulikhet i munnhelse, og det håper NTF å få Stortinget med på. Det er et stort udekket behov for tannhelsetjenester blant permitterte, uføretrygdede, arbeidsledige og personer med lav utdanning og inntekt. Dårlig psykisk og fysisk helse er også knyttet til udekket behov for tannhelsetjenester. Dette mener NTF må bekjempes gjennom målrettede tiltak for sosial utjevning.

Gjennom åtte år med regjeringen Solberg ble det spart, underregulert og omplassert midler fra folketrygdens stønadsordning for tannhelsetjenester for nær 600 millioner kroner. De to siste årene, med regjeringen Støre, har sikret at utviklingen i folketrygdens stønadsordning har holdt tritt med prisutviklingen, men nivået av ordningens underfinansiering er helhetlig sett opprettholdt. Når Stortinget i vår styrket folketrygdens stønadspunkt 14 for å ivareta pasienter med psykiske helseplager, fulgte det ingen midler med.

NTF mener folketrygdens stønadsordning må styrkes for å ta igjen underfinansieringen og for å dekke inn blant annet utvidelsen av stønadspunkt 14.

Utfordrende med TOO

Den største enkeltposten som berøres er bevilgningen til TOO (tortur, overgrep og odontofobi), som de to siste årene har blitt tildelt 180 millioner kroner per år. Tjenesten har ikke maktet å bygge ut tilbudet raskt nok, med den følge at bevilgningen ikke er blitt brukt opp, flere år på rad. Regjeringen foreslår derfor et faktisk kutt av 3,6 millioner og et midlertidig kutt av 20 millioner kroner for 2024. Kuttene gir rom for små justeringer andre steder i tannhelsebudsjettet.

Etter det NTF erfarer er det mangelen på psykologer som nå er flaskehalsen for ordningen. Da er det på sin plass å minne om NTFs tidligere forslag om å la pasienter med lettere tannbehandlingsangst gå direkte til tannleger med TOO-kompetanse, i både privat og offentlig tannhelsetjeneste. En obligatorisk undersøkelse/vurdering hos psykolog før tannbehandling er blitt en byråkratisk utfordring for ordningen.

– Kuttforslaget viser vilkårligheten i dagens organisering og finansiering. Dette hadde trolig ikke skjedd om tilbudet til TOO-pasientene var lovfestet. Istedenfor er tilbudet fortsatt basert på en tilskuddsordning som vedtas av Stortinget i de årlige budsjettforhandlingene, sier en oppgitt Olsen-Bergem.

Utvidede rettigheter, manglende finansiering

Som en del av revidert budsjett for 2023 ble SV enig med regjeringspartiene AP og SP om å styrke rettighetene for pasienter med psykiske helseplager. Dette gjelder både de pasientene som faller inn under stønadspunkt 14 i folketrygdens stønadsordning, og for de som faller inn under gruppe C i tannhelsetjenesteloven. Rettighetsforsterkningen kommer i form av utvidede rettigheter i tid, det vil si seks måneders forlenging, slik at den enkelte pasient faktisk kan nyttiggjøre seg av tilbudet når de er blitt friske nok til å kunne motta et slikt tannhelsetilbud. Det ble bevilget 15 millioner kroner i revidert budsjett for å komme i gang med denne styrkningen av rettighetene.

I Kommunal- og distriktsdepartementets budsjettforslag for fylkeskommunenes rammetilskudd er det foreslått ikke å videreføre en bevilgning av 15,6 millioner kroner som oppstod i behandlingen av revidert budsjett for 2023, tilknyttet tannhelse. Men det spesifiserer ikke hvilke tjenester eller rettigheter som disse 15,6 millionene skulle dekke. Det vil med andre ord måtte dekkes inn i helheten. Utvidelse av rettigheter og ordninger som Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for, uten tilstrekkelig finansiering, rammer alle gruppene som tjenesten er ment å betjene.

– Besynderlig og foruroligende, sier en bekymret Olsen-Bergem, president i NTF. – Detaljene forsvinner i vage formuleringer. Hvis de nå fjerner pengene som skulle gå til pasienter med psykiske helseplager er det meget beklagelig – spesielt med tanke på denne regjeringens satsning på psykisk helse.

NTF jobber videre med partier som Rødt og SV for å presse frem bedre og reell finansiering av tannhelsetjenestene i Norge.

NTFs medlemsundersøkelse 2023

NTF gjennomførte en helt ny medlemsundersøkelse i månedsskiftet august - september i år. De foreløpige resultatene viser at NTFs medlemmer er svært opptatt av faglig utvikling og faglig fellesskap, mens anerkjennelse og status ikke er like viktig. De er generelt ganske tilfredse med NTFs evne til å ivareta medlemmenes interesser, men resultatet viser at foreningen kan forbedre seg på flere områder. Kurs og etterutdanning samt politisk påvirkningsarbeid er de oppgavene medlemmene mener NTF bør prioritere aller høyest i tiden fremover.

THOMAS EIDE HOLMEN OG MORTEN HARRY ROLSTAD

Målet med undersøkelsen var å få oppdatert innsikt om sammensetningen av medlemsmassen, hva som opptar medlemmene og hva de syns om den jobben foreningen gjør. Slike medlemsundersøkelser er svært viktige for en profesjonsforening som NTF, og en svært viktig kanal for direkte tilbakemeldinger våre medlemmer.

Vi vil rette en stor takk til alle som svarte på undersøkelsen. Svarene gir oss verdifull innsikt i medlemsmassen og viktige tilbakemeldinger fra dere. Samtidig oppfordrer vi alle som ikke fikk svart på denne undersøkelsen, til å gjøre det neste gang muligheten byr seg. Desto flere svar dere gir oss, desto bedre grunnlag får vi til å innrette virksomheten vår til det beste for alle medlemmer.

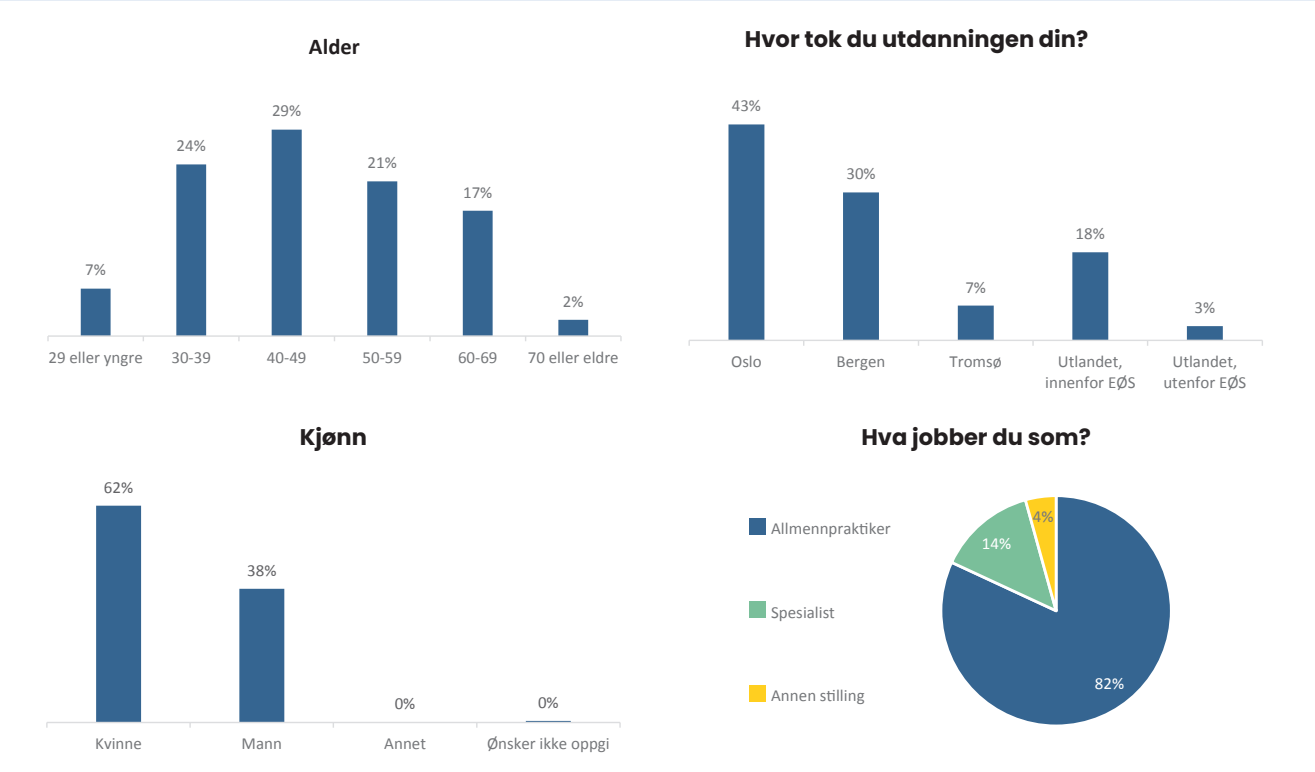
Metode og svarprosent

Undersøkelsen ble sendt ut på e-post til alle yrkesaktive medlemmer 28. august og avsluttet 11. september. Denne gangen utarbeidet vi en noe kortere undersøkelse enn vi har gjort tidligere. Planen er at den skal gjennomføres hvert annet år for å få mer jevnlig oppdaterte tilbakemeldinger. Vi hadde håpet at en kortere undersøkelse ville øke andelen medlemmer som svarte, men det slo dessverre ikke helt til. Svarprosenten på 30 % er riktig nok på linje med andre undersøkelser NTF har gjennomført de siste årene, men en del lavere enn medlemsundersøkelsen i 2015 (40 %).

Respondentene

82 % av respondentene er allmennpraktikere, 14 % er spesialister mens 4 % har annen stilling. Kvinner utgjør 62 % av respondentene, menn 38 %. Av de som svarte har 50 % sitt arbeidsforhold i en større by/tettsted (>50 000), 36 % i en mindre by/tettsted (<50 000) mens 14 % jobber i distrikt.

Når det gjelder hovedarbeidsforhold, er 33 % praksiseier, 30 % ansatt i offentlig sektor, 30 % er næringsdrivende assistenttannleger og 5 % er ansatt i privat sektor. Blant assistenttannlegene (oppdragstaker/leietannlege) har 54 % kontrakt



Figur 1.

med en praksiseier som er tannlege, mens 46 % er tilknyttet en ikke-tannlegeeiet virksomhet.

Hva motiverer NTFs medlemmer?

Vi ønsket å lære mer om hva som motiverer medlemmene våre og se på i hvilken grad de mener NTF legger til rette for og/eller bidrar til dette. Viktigst for medlemmene er det å kunne bidra til god munnhelse, dernest faglig utvikling og jobbsikkerhet. Anerkjennelse/status er til sammenligning ikke like viktig. Samtidig viser et gjennomsnittsresultat på 4,88 at motivasjonsfaktorene er sammensatte.

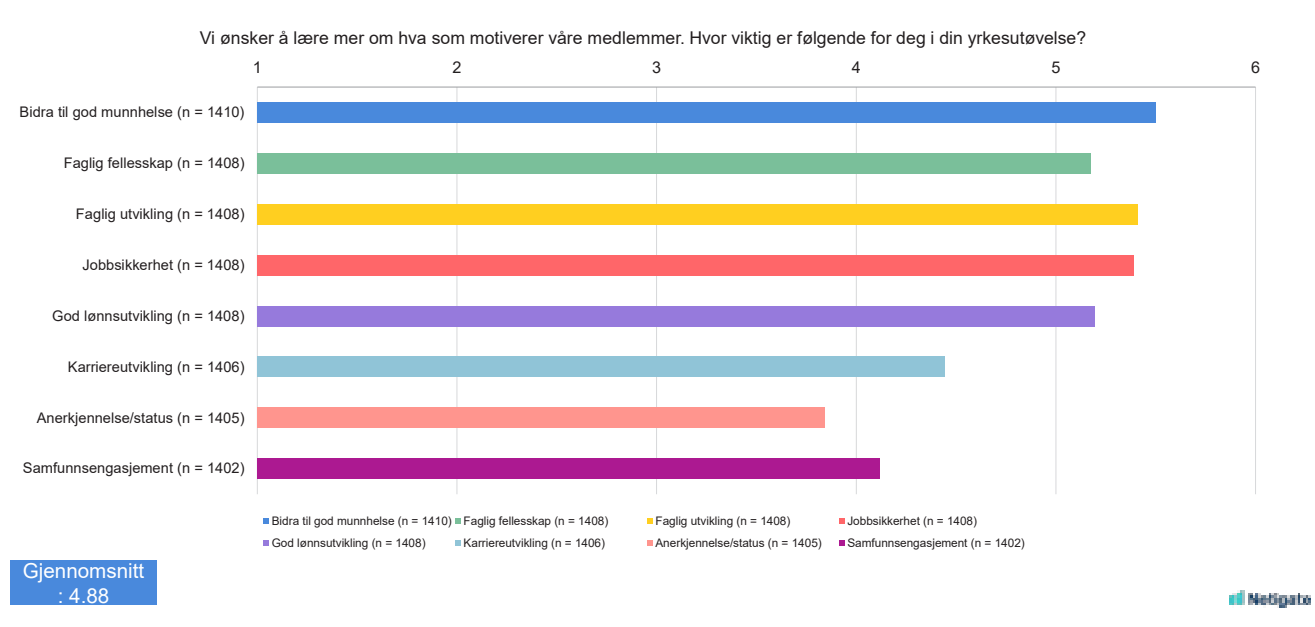
På spørsmål om i hvilken grad medlemmene opplever at NTF bidrar og/eller tilrettelegger for deres behov innenfor de samme områdene, svarer respondentene at de er mest fornøyde med foreningens evne til å bidra til, og tilrettelegge for, faglig utvikling og faglig fellesskap. Minst fornøyd er de med aspektene anerkjennelse/status, jobbsikkerhet, karriereutvikling og – helt nederst – lønnsutvikling.

Kontakt med sekretariatet

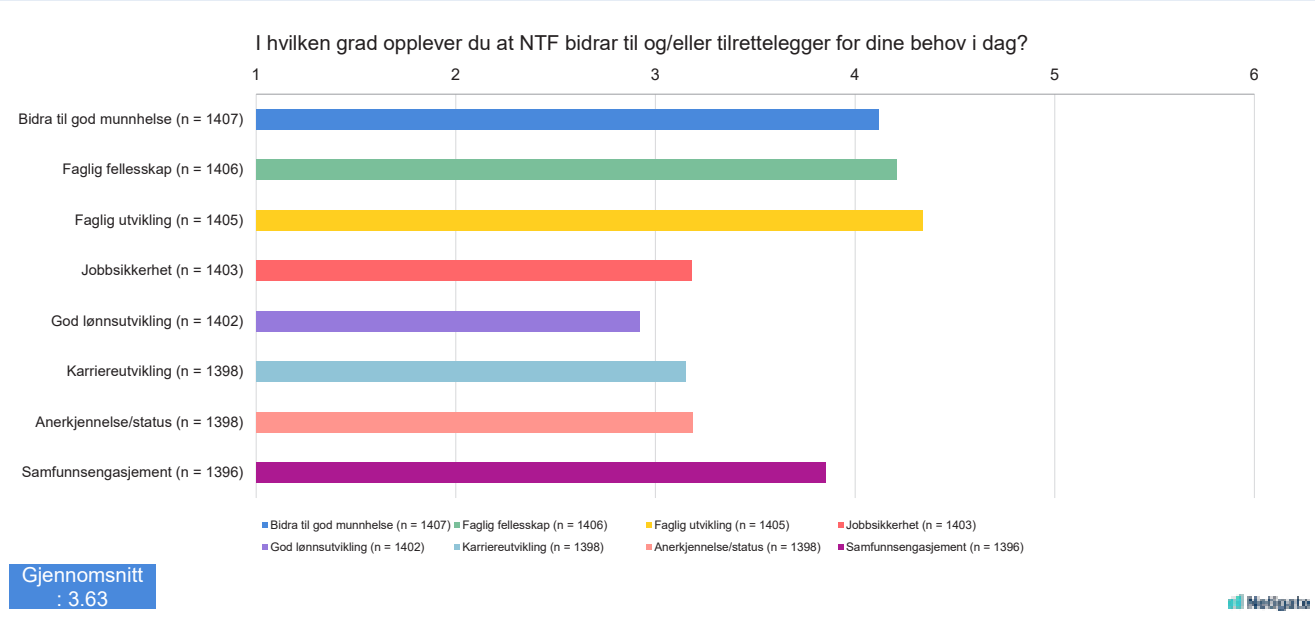
43 % av respondentene har vært i kontakt med sekretariatet de siste to årene, og av disse gjaldt 47 % av henvendelsene juridisk medlemsrådgiving, 25 % gjaldt kurs og etterutdanning, mens 19 % gjaldt generell medlemsservice. Alle gir generelt gode tilbakemeldinger på den bistanden de fikk:

Av de 51 % som ikke har vært i kontakt med sekretariatet de siste to årene, svarer 70 % at de ikke har hatt behov for bistand mens 13 % svarer at de fant informasjonen de trengte på foreningens nettsted.

På spørsmålet om hvordan NTF totalt sett ivaretar medlemmenes interesser, viser resultatet et gjennomsnitt på 3,52, hvor 1 er i ingen grad og 6 i svært stor grad. Her finnes det et tydelig forbedringspotensial. Vi vil benytte resultatene fra undersøkelsen til å identifisere tiltak og viktige satsningsområder.



Figur 2.



Figur 3.

Oppgaver NTF bør prioritere

Vi spurte medlemmene om hvilke oppgaver de mener NTF bør prioritere å arbeide med de neste to årene. Her kunne respondentene velge opptil tre svaralternativer. 70 % oppgir kurs og etterutdanning, 50 % politisk påvirkningsarbeid, 32 % gode medlemstilbud gjennom Akademikerne Pluss og 28 % oppgir juridisk bistand og medlemsrådgivning. Her er det verdt å nevne at vi, naturlig nok, ser betydelige variasjoner mellom ulike grupper av medlemmer.

Utfordringer NTF må jobbe med

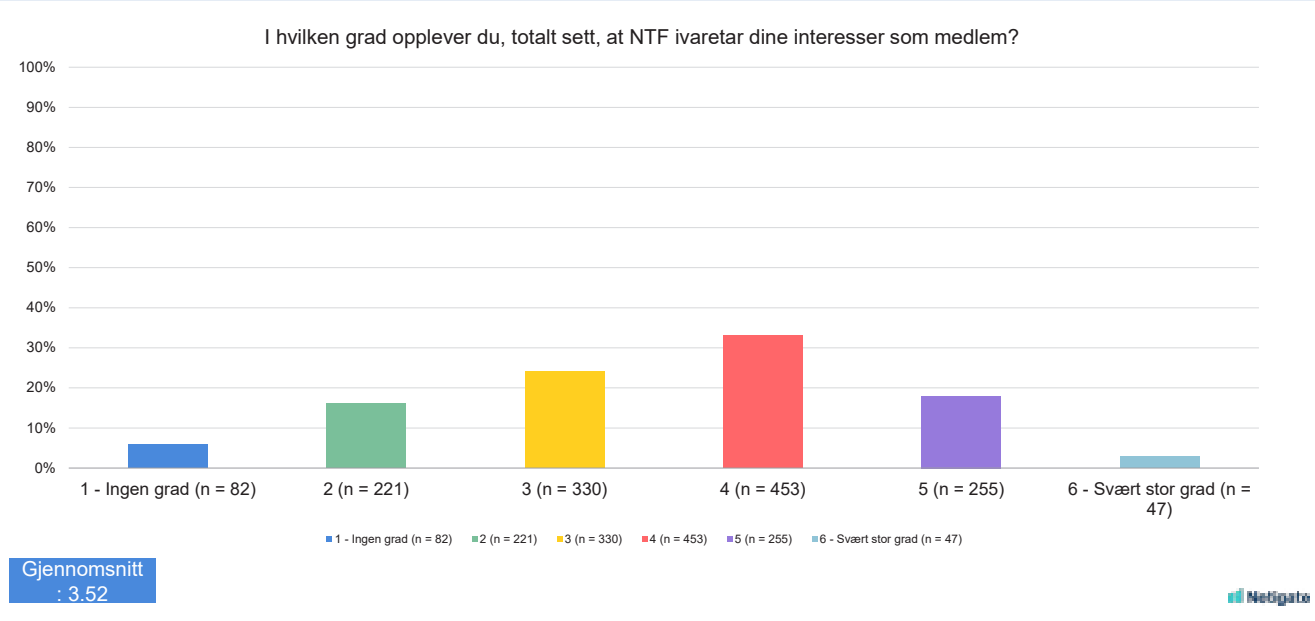
De fleste utfordringene medlemmene ble bedt om å vurdere, anses som viktige for foreningen å jobbe med de neste to årene. Offentlig finansiering via folketrygdens stønadsordning er den klart viktigste, men tilbakemeldingene viser at det ikke er mangel på utfordringer som medlemmene ønsker at NTF skal ta tak i fremover.

Fordelsavtaler fra NTF/Akademikerne Pluss

Flest medlemmer er fornøyde med Storebrand forsikring og pensjon for næringsdrivende. For øvrig er tilbakemeldingene gjennomgående at de fleste ikke har benyttet/kjenner til fordelsavtalene. På bakgrunn av dette vil vi før neste medlemsundersøkelse se på markedsføringen av fordelsavtalene og på svaralternativene i spørsmålet for å kunne få et bedre bilde av hvorfor man ikke har benyttet seg disse tilbudene.

Konklusjon

Årets medlemsundersøkelse gir et godt grunnlag for å gjennomgå de mange og ulike sidene ved NTFs mangslungne virksomhet. Her har vi en «gullgruve» av informasjon som vi skal bruke til å forbedre det som kan forbedres, forandre det som kan forandres og videreutvikle det som kan utvikles videre. Fortsatt er det en rekke analyser og vurderinger som

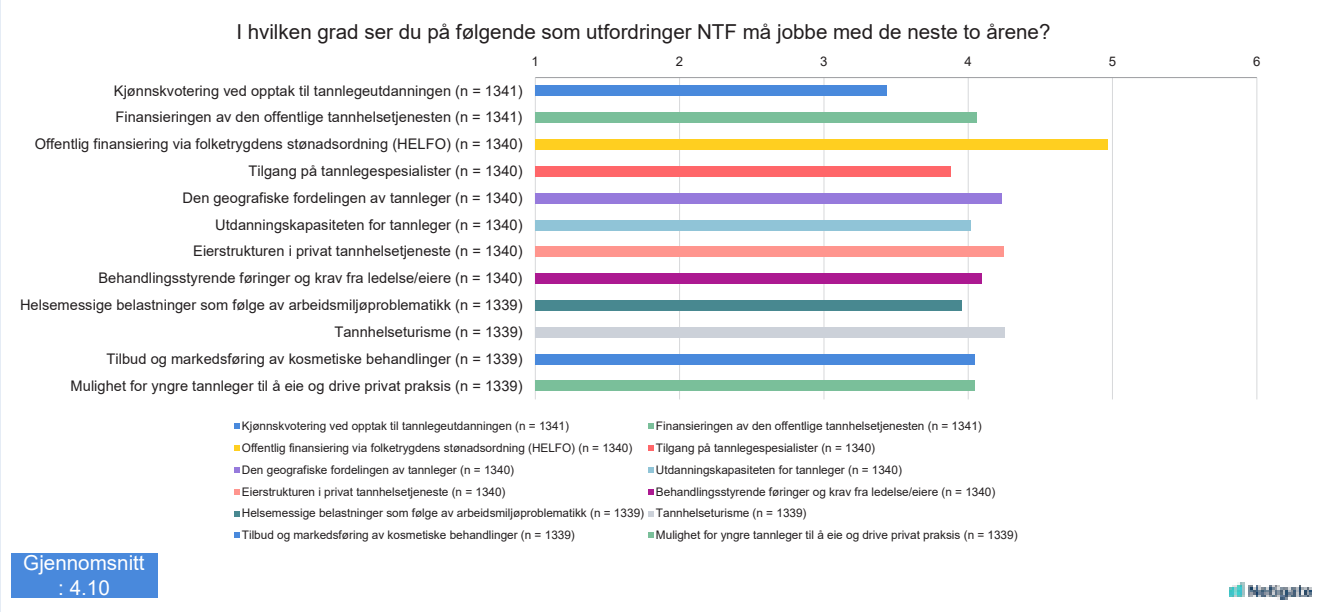


Figur 4.

kan og skal gjøres på de dataene dere har gitt oss gjennom å delta i denne undersøkelsen. Den jobben er vi i gang med.

Målet er at NTF skal være relevant og frempå i alle forhold som angår tannlegestanden. For å klare det, er vi avhengig av å kjenne medlemmenes situasjon som profesjonsutøvere og vite hva de ønsker fra NTF – og ikke minst hva de ikke ønsker. Det er dette medlemsundersøkelser hjelper oss med å finne ut av. Ikke alt er like viktig eller like nødvendig å ta tak i. Med medlemmenes hjelp får vi tydeliggjort hva som er bra og hva som bør justeres på av det vi gjør. Man trenger som kjent ikke å være dårlig for å bli bedre.

Nok en gang; takk for alle svarene vi fikk. Neste gang forventer vi enda flere. For dette er god hjelp til selvhjelp for NTFs medlemmer.



Figur 5.

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

Takk for i år!

NTFs LANDSMØTE

Tusen takk til deltakere og utstillere på årets landsmøte!

I stedet for blomster til prisvinnere, hederstegnmottakere og foredragsholdere har vi valgt å gi en gave til årets TV-aksjon på NRK;
"La barn leve i fred" ved Redd Barna

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

Bilder og nyheter fra landsmøtet finner du på
www.tannlegeforeningen.no/landsmotet samt i Tidende 12/2023



Dinamo ❍ | Foto: Lisa Westgaard / Tinagent | IS-2090



STRATA-G™

Sectional Matrix System

NY!



+ Ringene er laget av trukket nikkel-titan tråd og er sterke, fjærende, enklere å åpne og holder spennet lengre
+ Retinerende spisser hindrer at ringen glir av
+ Forsterkning bak på ringene av ultraholdbar PEEK- gir økt tannseparasjonkraft og lengre levetid

Strata-G™ Standard Sett
Part No. SG-KS-40
Pris i kr. 6.210,-*
60 dagers pengene-tilbake garanti[1]

Inneholder:


1 blå ring


1 orange ring


1 grønn ring


40 kiler i 4 størrelser


50 matrisebånd i 5 størrelser


1 plasseringstang

Strata-G™ skaper en 270 graders forsegling og gir ultimat kontroll avoverskudd.

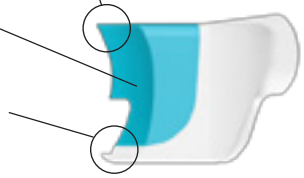


SGR01
3 St./pk.
kr. 4.520,-*

Forbedret anatomi- uovertruffent grep

Forbedret marginal kant styrer og understøtter matrisene.

StrataBond™ silikon sikrer optimal kontroll av overskudd.



Ultra-Grip™ retinerende endestykker gir et fast grep og er mere skånsom mot papillene.

Har du spørsmål om våre produkter?
Bare ring oss på +49 2451 971 409
eller skann følgende QR kode.

Garrison
Dental Solutions

THE LEADER IN MATRIX SYSTEMS

*Gyldig til 30.11.2023 eller så lenge lageret rekker. Forbehold for feil og modi seringer. Alle priser er inklusiv moms. Fargene på bildene kan avvike fra originalproduktet.
[1]Hvis du ikke er fornøyd, sendes settet tilbake til oss via depotet, og du får alle pengene tilbake.

ADNO1023



AlignerFlow LC

FLUORESCERENDE KOMPOSITT FOR FESTEELEMENTER FOR TANNREGULERINGSSKINNER

- Sikker sliping og fjerning under UV-A-lys
- Nøyaktig påføring med perfekt flyt
- Lysherdende gjennom den gjennomsiktige malen
- Stabil og slitesterk gjennom hele behandlingsperioden
- Behagelig estetikk i tannyanser



MADE IN GERMANY 100%

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

VOCO THE DENTALISTS

NTFs symposium

7. – 8. mars 2024

Clarion Hotel The Hub, Oslo

TEMA:
Endodonti for allmenntannlegen



HOLD AV DATOENE!

Påmeldingen åpner i løpet av november på www.tannlegeforeningen.no

Arbeidsliv

Ansettelse av tannleger i privat sektor. Hva gjør vi med dem som nå er oppdragstakere?

TONE GALAASEN, ADVOKAT I NTF

Vi får spørsmål fra praksiseiere om hva slags lønnsvilkår de skal tilby tannleger som ansettes i privat sektor, og hvordan det kan gjøres dersom oppdragstakere skal gå over til å være arbeidstakere i virksomheten. Artikkelen må ses i sammenheng med endringene i arbeidsmiljøloven fra 1. januar 2024.[1]

Innledning

Nesten alle praksiseiere har ansatte tannhelsesekretærer og hjelpepersonell. De fleste har erfaring med og kompetanse på, arbeidsgiverrollen. Tannlegene i privat sektor er imidlertid i stor grad selvstendig næringsdrivende, ofte oppdragstakere. Praksiseiere har derfor liten eller ingen erfaring med å ansette tannleger.

For praksiseiere vil det å ansette tannleger føre til merkostnader, sammenliknet med å bruke oppdragstakere. Det er imidlertid fullt mulig å ta høyde for dette i lønnsforhandlinger, og kanskje kan det like gjerne betraktes som et spørsmål om å finne «riktig» lønnsnivå.

Tannleger som går fra å være oppdragstaker til ansatt, må på sin side regne med en nedgang i månedlige utbetalinger, men vil til gjengjeld få bedre lovbestemte økonomiske og sosiale rettigheter.

Artikkelen beskriver mekanismene for lønnsfastsettelse, og gir eksempler på hvordan fastlønn kan kombineres med en provisjonsordning, med sikte på at ansettelse skal være en god løsning for både praksiseiere og tannleger som nå er oppdragstakere. Avslutningsvis omtales andre rettigheter og plikter i ansettelsesforhold.

Fast årslønn

Når en virksomhet skal ansette en tannlege vil det være nødvendig å tilby konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår.

Lønnsnivået for offentlig ansatte tannleger i det aktuelle fylket, kan benyttes som sammenlikningsgrunnlag ved forhandlinger om fast årslønn for ansatte tannleger i privat sektor. NTF har lønnsstatistikk for offentlig ansatte tannleger, og kan være behjelpelig med informasjon om dette.

Dette er kun et utgangspunkt, siden offentlig ansatte tannleger har en rekke rettigheter gjennom tariffavtale, og ikke minst en offentlig tjenestepensjon som anslås til om lag 20–25 prosent av årslønn. Dette er langt bedre enn de lovbestemte rettighetene som gjelder for arbeidstakere i privat sektor.

Det generelle inntektsnivået i privat sektor er gjennomgående høyere enn i offentlig sektor. På samme måte som ellers i næringslivet, vil ansatte tannlegers lønns- og arbeidsvilkår avhenge av bedriftens økonomiske situasjon, pasientgrunnlaget, produktivitet, fremtidsutsikter, konkurranseevne og arbeidsmarkedet for tannleger i den aktuelle regionen.

Fastlønn for tannleger ansatt i privat sektor bør ligge på et nivå som gir en rimelig inntektssikring og forutsigbarhet. Det er viktig også for å bidra til at tannlegers yrkesetikk, faglige autonomi og plikter som helsepersonell ikke settes under press, og til at økonomiske insentiver ikke påvirker behandlingsvalg.

Provisjonsordning

Fast årslønn, som nevnt over, suppleres ofte med en form for provisjonsordning i andre deler av arbeidslivet. Provisjonsordninger har vært relativt vanlig også for offentlig ansatte tannleger.

1 Se Tidende nr. 1/2023: «Et arbeidsliv i endring. Sterkere vern av arbeidstakere og klargjøring av grensen mot oppdragstakere.» Tidende nr. 8/2023: «Endringer i arbeidsmiljøloven fra 1. januar 2024». Tidende nr. 10/2023 «Røde flagg i oppdragstakerkontrakter?» Dette er også omtalt i kommentarene til NTFs oppdragstakeravtale, og har i en årrekke vært tema på NTFs kurs og foredrag, og ved rådgivning i enkeltsaker.

Formålet med slike ordninger er å stimulere til økt arbeidsinnsats og motiverte arbeidstakere. En delvis avlønning i form av provisjon, kan bidra til at den ansatte tannlegen får et insitament til å bidra til økt pasienttilgang og omsetning, som igjen bidrar positivt til virksomhetens resultat. Det kan veie opp for de godene offentlig ansatte tannleger har gjennom tariffavtale og offentlig tjenestepensjon. Det vil også kunne bidra til å redusere den økonomiske risikoen for praksiseiere ved å ansette tannleger, for eksempel i perioder med varierende pasienttilgang.

Provisjon er en avtale om at arbeidstaker skal få en del av inntekten de genererer, i tillegg til fastlønn. For tannleger vil dette gjerne være en andel av omsetningen fra egen pasientbehandling, vanligvis over et visst nivå. Slike ordninger, vilkår og størrelse på provisjon, kan utformes på ulike måter. En provisjonsavtale bør uansett tilpasses den konkrete situasjonen.

Det kan avtales for eksempel at den ansatte kun skal ha fastlønn de første seks månedene etter tiltredelse, eller at provisjonsordningen først gjelder fra en nærmere bestemt dato. For nyutdannede kan det være et godt alternativ å ha kun fastlønn i begynnelsen, med mulighet for å forhandle om en provisjonsavtale, for eksempel etter et år.

Det kan tenkes situasjoner eller områder av landet, der tannleger eller -spesialister er særlig verdifulle for virksomheten å rekruttere eller beholde, hvor både en høyere fastlønn og gunstige provisjonsordninger kan benyttes for å oppnå dette formålet. For tannleger som helt eller delvis har egen pasientportefølje, kan dette være et argument for både høyere fastlønn og bedre provisjonsordning.

Hvordan kan en provisjonsordning utformes?

Praksiseier bør beregne sine samlede kostnader ved å ansette tannlegen på en nærmere bestemt fast årslønn[2]. Disse kostnadene kan være et minste innslagspunkt for provisjon. Arbeidsgiver kan også ta høyde for blant annet anslåtte merkostnader knyttet til provisjonsutbetalinger, og sette innslagspunktet noe høyere. Innslagspunktet for provisjon bør være et fast beløp, for å unngå konflikter.

Deretter kan partene forhandle om en provisjonssats, for eksempel en prosentandel av brutto omsetning over innslagspunktet. Vi anbefaler at provisjonsberegningen gjøres enklest mulig, men det må avtales opptjeningsperiode og hvordan provisjon skal utbetales. I tillegg må det presiseres hva som gjelder hvis arbeidstaker kun jobber deler av året eller deltid.

Eksempel på provisjonsavtale:
Hvis avtalt fastlønn i 100 prosent stilling er kr 600 000 per år, og arbeidsgivers samlede kostnader ved ansettelsesforholdet anslås til kr 750 000 per år, kan en provisjonsavtale eksempelvis utformes slik:

«Arbeidstaker har rett til provisjon med X % av brutto omsetning fra egen pasientbehandling over kr 750 000 per år (kr 375 000 per halvår).

Provisjon utbetales i tillegg til avtalt fastlønn. Provisjon beregnes og utbetales etterskuddsvis, på følgende måte:

Opptjent provisjon fra 1. januar til 30. juni, utbetales med en sjettedel hver måned det kommende halvåret, med første utbetaling på avtalt lønningsdato i juli.

Opptjent provisjon fra 1. juli til 31. desember, utbetales med en sjettedel hver måned det kommende halvåret, med første utbetaling på avtalt lønningsdato i januar.

Når arbeidstaker ikke arbeider hele året, og dette skyldes innvilget permisjon eller tiltredelse/avslutning av ansettelsesforholdet, beregnes provisjon for den del av opptjeningsperioden som tannlegen faktisk har arbeidet.

Partene er enige om at innslagspunktet for provisjon kan reguleres forholdsmessig ved økt fastlønn».

Når provisjonsavtalen er en del av den individuelle arbeidsavtalen, kan arbeidsgiver ikke endre avtalen i andre tilfeller enn det som er presisert i avtalen, uten at det er basert på forhandlinger med den ansatte.

Alternativer til en provisjonsavtale som nevnt over, kan være for eksempel en bonusordning, hvor praksiseier deler hele eller deler av overskuddet i virksomheten med de ansatte tannlegene, eller insentivordninger, for eksempel aksjekjøps- eller opsjonsavtaler mellom arbeidstaker og virksomheten. Slike ordninger omtales ikke nærmere her.

Hvilke konsekvenser får det for praksiseiere, som arbeidsgivere?

Ansettelse av tannleger vil kunne være en fordel for praksiseiere på lengre sikt, selv om det vil medføre økte driftskostnader og

2 Se artikkelen «Ansatt arbeidstaker eller selvstendig næringsdrivende?» og lønnskalkulator på www.altinn.no, som viser hva det koster å ha en ansatt i tillegg til den avtalte årslønn, inkl. arbeidsgiveravgift.

større grad av lovregulering. Det kan bli enklere å administrere virksomheten, fordi de vil få styringsrett overfor alle ansatte, innenfor lovbestemte grenser, blant annet arbeidstid og ferieavvikling. Det vises til tidligere omtale av dette[3].

Arbeidstaker har rett til feriepenger av både fastlønn og provisjon, som er et resultat av tannlegens arbeidsinnsats[4]. All skattepliktig lønn inngår i arbeidstakers pensjonsgrunnlag. Arbeidsgiver må med andre ord beregne pensjonspremie også av provisjonsutbetalinger[5].

Regnskapsførere gir veiledning om innberetning, trekkplikt og arbeidsgiveravgift på lønnsinntekt og pensjonsinnskudd. For arbeidsgiver er dette fradragsberettiget som lønnskostnad.

De lovbestemte pliktene praksiseiere allerede har overfor ansatte tannhelsesekretærer, vil gjelde tilsvarende for ansatte tannleger, blant annet etter arbeidsmiljøloven, ferieloven, folketrygdloven, pensjonslovgivning, yrkesskadeforsikring, tilskudd til NPE mv. Konkurranseklausuler i ansettelsesforhold er lovregulert, og arbeidsgivere må blant annet betale kompensasjon til arbeidstaker[6].

Hvilke konsekvenser får det for oppdragstakere som blir ansatt?

Oppdragstakere som blir ansatt, må regne med en lavere månedlig lønnsutbetaling, enn det de tidligere har vært vant til å få utbetalt i honorar (med full pasientportefølje). Verdien av arbeidstakeres lovbestemte rettigheter, vil imidlertid ofte være langt større enn det umiddelbare økonomiske «tapet» per måned.

I tillegg til inntektssikring i form av fastlønn og eventuell provisjon, vil de få langt bedre økonomiske og sosiale rettigheter, blant annet pensjonsordning, feriepenger, sykepenger i en arbeidsgiverperiode på inntil 16 dager, omsorgspenger ved barns sykdom fra 1. dag, overtidsbetalt, yrkesskadeforsikring, arbeidsgiver dekker tilskudd til NPE mv.

Ansatte tannleger vil være underlagt arbeidsgivers styring, ledelse og kontroll, innenfor lovbestemte grenser. De får til gjengjeld oppsigelsesvern, og vil heller ikke ha det faglige og økonomiske ansvaret og risikoen som de tidligere hadde som oppdragstakere.

Blir det forbudt å bruke oppdragstakere fra 1. januar 2024?

Nei, men klinikkeiere/praksiseiere har ansvaret for riktig klassifisering av arbeidstakere og oppdragstakere, og det er et skjerpet eller forhøyet beviskrav[7]. De momentene som har betydning for vurderingen, er omtalt i tidligere artikler. Det understrekes for ordens skyld at man ikke kan avtale seg vekk fra arbeidsmiljølovens bestemmelser. Det vil kunne få store økonomiske konsekvenser for praksiseiere som «trår feil».

NTF har ansettelsesavtaler for tannleger[8], som ivaretar arbeidsmiljølovens grunnvilkår for ansettelsesavtaler, hvor også andre lønns- og arbeidsvilkår som må eller kan reguleres, er omtalt.

3 Tidende nr. 3/2023: «Ansatt arbeidstaker eller selvstendig næringsdrivende?»

4 Ferieloven § 10

5 Rett til pensjon av provisjon er bl.a. avklart i dom fra Høyesterett HR-2016-01446-A *Nattillegg*, avsnitt 91 «Tillegg som inngår som et varig og fast element i lønnsordningen, og som regelmessig opparbeides, vil derimot inngå som del av den disponible inntekten som arbeidstakeren kan innrette seg etter over tid.», dom fra Borgarting lagmannsrett RG-2013-177 og brev fra Finanstilsynet av 2.9 2002.

6 Arbeidsmiljøloven kap. 14a. Tidende nr. 10/2016: «Nye regler om konkurransebegrensende avtaler i arbeidsforhold».

7 Arbeidsmiljøloven § 1-8 (1) siste setning fra 1. januar 2024: «Det skal legges til grunn at det foreligger et arbeidstakerforhold med mindre oppdragsgiver gjør det overveiende sannsynlig at det foreligger et selvstendig oppdragsforhold.»

8 NTFs ansettelsesavtaler ligger på NTFs hjemmesider, under jus og arbeidsliv, i «verktøykassen».

FOR EN REN & FRISK MUNN





✔ **EXTRA® WHITE**
hjelper med å opprett-holde naturlige hvite tenner og gir en ren og frisk følelse i munnen

✔ **XYLITOL**
stimulerer spyttdannelsen

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

Extra®

Spør advokaten

Arbeidstaker eller selvstendig næringsdrivende?

DAG KIELLAND NILSEN, ADVOKAT I NTF

Da jeg var nyutdannet for noen år siden ble jeg enig med praksiseier om at jeg skulle være ansatt arbeidstaker fordi dette føltes tryggest. Nå foreslår praksiseier at jeg skal gå over til å bli selvstendig næringsdrivende og sier at jeg da vil tjene mer. Kan jeg nekte eller må jeg bli næringsdrivende?

Svar:

Hei, praksiseier kan ikke tvinge deg til å bli selvstendig næringsdrivende. Det er kan hende riktig at du i så tilfelle ville tjene mer, men du vil også ha større økonomisk risiko og dårligere rettigheter med tanke på sykepenger, pensjon og feriepenger blant annet. Vi har skrevet flere artikler om forskjellene på det å være selvstendig næringsdrivende og ansatt arbeidstaker i Tidende nå i 2023.

Vi minner om at det kan være et hensiktsmessig alternativ for begge å tenke over om det er gunstig å avtale en form for provisjonslønn for arbeidstaker når omsetningen når et visst nivå.



kuraray

Noritake

HVORDAN ØKE KVALITETEN, ESTETIKKEN OG LEVETIDEN PÅ DINE PROTETISKE KONSTRUKSJONER?

- Ønsker du å optimalisere samarbeid og arbeidsflyt med laboratoriet ?
- Ønsker du å forbedre kvaliteten på sementeringer ytterligere?
- Ønsker du å sikre best mulig produkt-kvalitet i arbeider mottatt fra laboratoriet ?
- Ønsker du å heve estetikken på restaureringer?
- Ønsker du å kunne kombinere forskjellige materialer og sementerings teknikker i okklusjon og estetikk

Du kanskje svarer ja på en av disse? Eller alle? Isafall er vi sikre på at det vil være interessant for deg å sette av denne kvelden. Både for å lære mer og ikke minst dele av dine erfaringer. Jørgen Gad har siden 2002 bygget opp svært mye erfaring rundt dette. Han har også opp gjennom årene høstet svært gode tilbakemeldinger rundt hans engasjerende måte å dele dette på.
SEES VI PÅ SOMMERO?



Jorgen Gad MDC.
foreleser



GÅ IKKE GLIPP AV DET

Når: 29 nov kl 1730-2000 – bespisning er inkludert og blir servert fra kl 1700
Hvor: Sommero hotell – Sommerogt. 1, Oslo
Kostnad: 990,- kr per deltager

REGISTRERING HER

KATANA® Zirconia



PANAVIA™ V5



BORN IN JAPAN

Kuraray Europe Benelux, Nordics & Baltics. Margadantstraat 20, 1976 DN IJmuiden, Nederland, infonordics@kuraray.com
Fabian Giaever, 90101013, Fabian.Giaever@kuraray.com, kuraraynoritake.eu/no

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

Jan Ove Sand,
tlf. 917 87 002,
jaov-san@online.no

Buskerud Tannlegeforening
Anna Karin Bendiksby,
annakarinbe@gmail.com

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Finnmark Tannlegeforening
Lisbeth Thomsen
lthomse@online.no

Haugaland Tannlegeforening
Baard Sigmund Førre,
tlf. 470 28 202,
baardforre@gmail.com

Margrethe Halvorsen Nilsen,
tlf. 97 71 05 50

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

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

Åse Reinfjord,
aase@tanntorget.no

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

Eva Thingvold,
tlf. 41 41 88 47

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

Hans Haugum,
tlf. 90 96 92 97

Oppland Tannlegeforening
Pål Vidar Westlie,
paalvidar@tannlegewestlie.no

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 93 43 72 23

Oslo Tannlegeforening
Finn Rossow
tlf. 90 74 81 84

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

Rogaland Tannlegeforening
Gro Jørgensborg,
tlf. 995 29 885,
gro.joergensborg@throg.no

Jo Sæther Mæhle,
tlf. 922 31 976,
jo_maehle@hotmail.com

Romerike Tannlegeforening
Sven Grov,
tlf. 92 09 19 73

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

Nureena Khan
nureena-95@hotmail.com

Sogn og Fjordane Tannlegeforening
Synnøve Leikanger,
tlf. 46 91 80 63,
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
m-energ@online.no

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

Troms Tannlegeforening
Harald Ag,
tlf. 477 51 900,
haraldag@online.no

Hilde Halvorsen,
tlf. 909 91 099,
halvorsen_hilde@yahoo.com

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

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

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

Østfold Tannlegeforening
Rune Henriksen Bones
tlf. 93 89 79 83

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

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

Snakk om etikk

Tannbehandlingsangst, omsorgsfull behandling og journalføring

MARIANN SAANUM HAUGE, NESTLEDER I NTFS ETIKKRÅD

Etikkrådet får hvert år klager fra pasienter med tannbehandlingsangst, som opplever at angsten deres ikke er blitt tatt på alvor og tatt hensyn til i tilstrekkelig grad under tannbehandling. Den aktuelle paragrafen vi kan vise til er §8 Pasientbehandling, der det blant annet er formulert: *«Tannlegen skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra tannlegens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig».*

Pasientene forteller om tannleger som ikke lytter, og tannleger som behandler dem nedlatende. En klager erfarte at en tannlege begynte å bruke begreper som «Karius og Baktus» som respons på at hun fortalte om sin angst for tannbehandling. Hun opplevde da at hun ble behandlet som et barn heller enn å bli tatt på alvor med sin angst.

I flere tilfeller, som i eksempelet over, påpeker pasientene at behandlingen opplevdes ekstra belastende, fordi tannlegen de oppsøkte, reklamerte med å være ekstra god til å behandle pasienter med tannbehandlingsangst.

I ett klagetilfelle fikk en klager kronebehandlet et stort antall tenner i underkjeven, og kort tid etter et like stort antall tenner i overkjeven, uten at det var gjort noen vurdering av hvordan hen ville kunne klare å gjennomføre en slik omfattende behandling. Pasienten hadde opplyst på forhånd om tannbehandlingsangst i kombinasjon med andre alvorlige psykiatriske diagnoser. Å behandle en hel kjeve på én gang ga lite rom for pauser og førte til at maks mengde bedøvelse ikke ga tilfredsstillende smertelindring. Ifølge klager ble konsekvensen av dette forverring av både tannbehandlingsangsten og annen alvorlig psykisk lidelse. Det fantes ingen journalført vurdering av pasientens gjennomføringsevne i forbindelse med den omfattende rehabiliteringen som var planlagt.

En spørreundersøkelse blant tannleger som praktiserer i Norge, viser at kompetansen innen utredning og behandling av tannbehandlingsangst er varierende (Hauge et al. 2023). Samtidig kan ikke alle være like gode på alt. Noen av oss velger kanskje bort endo av molarer eller ekstraksjon av utfordrende tenner. Et minimumskrav er likevel at vi er i stand til å vurdere tilstanden, og henvise til mer kompetent personell når det er nødvendig. Dette er presisert i §8 Pasientbehandling: *«Krever undersøkelser eller behandling kunnskap eller metoder som tannlegen ikke innehar eller behersker, skal det sørges for at pasienten henvises til andre med større kompetanse på angjeldende felt.»* TOO-ordningen er blitt en viktig henvisningsinstans for pasienter med alvorlig tannbehandlingsangst. En annen mulighet kan være å henvise til en kollega med bedre kompetanse.

For å legge til rette for en vellykket behandling av pasienter med tannbehandlingsangst, må pasientene møtes med respekt og omsorg. Det betyr at vi må lytte til og prøve å forstå pasientens individuelle behov. Kanskje er vi ikke så vant til å journalføre denne type kommunikasjon? Det vi ser i klagene til Etikkrådet fra denne pasientgruppen, er at det ofte mangler relevant informasjon i journalen. Utredning av angsten er mangelvare og kommunikasjonen som har funnet sted og pasientens reaksjonsmønstre, er ofte dårlig beskrevet (om det er beskrevet i det hele tatt). Det står ofte lite eller ingenting om behandlingsalternativer som TOO, sedasjon eller liknende.

Det er viktig å huske at journalen er det viktigste dokumentet som beskriver tannlegens vurderinger og behandlinger som er gjort. Når en klage kommer til Etikkrådet, blir journalen normalt hovedgrunnlaget for vurdering av klagen videre. Hvordan framstår kommunikasjonen? Ble det gjort, og journalført, vurdering av pasientens angst? Ble det laget en behandlingsplan som tar hensyn til tannbehandlingsangsten, enten i form av vurdering for henvisning, vurdering av bruk av sedasjon, ekstra tidsbruk, eller liknende?

Siden dette er informasjon vi ofte savner i saksbehandlingen vår, ønsker vi å minne om viktigheten av å gjøre grundige journalførte vurderinger i møtet med pasienter med tannbehandlingsangst. Tannbehandlingsangsten skal vurderes og behandlingsplan legges for hvordan den kan håndteres, og ideelt sett reduseres, før tannbehandlingen igangsettes. På denne måten legger vi grunnlaget for god og omsorgsfull behandling av denne sårbare pasientgruppen – i tråd med NTF etiske regler.

REFERANSE

1. Hauge MS, Høyvik AC, Strøm K, Willumsen T. Norske tannlegers kompetanse og behandling av tannbehandlingsangst. Nor Tannlegeforen Tid. 2023; 133: 292-302.

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

17. nov	**Oslo**	Det slitte bitt, OTF kurs
17. nov	**Oslo**	Arbeidskurs oral kirurgi og oral medisin
17.–18. nov	**Rogaland**	Kirurgiske utfordringer, Novemberkurs RTF
23.–25. nov	**Lofoten**	Lofotkurset Nordland tannlegeforening
24. nov	**Oslo**	Arbeidskurs oral kirurgi og oral medisin
27. nov	**Nettbasert**	Webinar Antibiotikabruk
30. nov.–16. feb	**Oslo/BI**	Lederkurs for tannleger
1. des	**Oslo**	Arbeidskurs oral kirurgi og oral medisin
5. des	**Oslo**	Medlemskurs OTF
8. des	**Bergen**	Julemøte Bergen tannlegeforening
12.–13. jan	**Bergen**	Vestlandsmøtet
9.–10. feb	**Klækken**	Klækkenkurset 2024, BTF
22. feb	**Stavanger**	Munnhulekreft og bivirkninger, Rogaland TF
11.–12. april	**Trondheim**	Midt-Norgemøtet
24.–25. mai	**Loen**	Loenmøtet
29.–31. aug	**Bergen**	SkandEndo, NEF

Andre kurs, møter og aktiviteter

17. nov	**Brüssel**	CED General Meeting
23. nov	**Oslo**	Hovedstyremøte
23.–24. nov	**Gardermoen**	Pasientsikkerhetskonferansen
24.–25. nov	**Gardermoen**	NTFs representantskapsmøte
5. des	**Oslo**	Møte NTFs etikkråd
7.–8. des	**Oslo**	Møte NTFs fag- og etterutdanningsutvalg
11.–23. jan	**Oslo**	KS I kurs
8.–9. feb	**Oslo**	NOFOBI Vinterseminar

Klokka 0000 på utgivelsesdato

www.tannlegetidende.no

Høsten 2023 holdes følgende TSE-moduler

Modul	Sted	Tid
Modul 7 Restorativ behandling	Romerike / Lillestrøm	29. og 30. september 27. og 28. oktober
Modul 9 Endodonti	Buskerud / Sundvolden	18. og 19. september 10. og 11. oktober
Modul 10 Periodontale sykdommer	Aust-Agder / Fevik	21. og 22. september 19. og 20. oktober

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

HUSK NTFs NETTKURS!

Kursene er gratis og teller 2 timer i NTFs etterutdanningssystem

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

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



NTFs NETTKURS

Tidende-appen virker ikke for alle lenger

Med virkning fra 1. november 2023 har Google Play gjort noen endringer i sin app-plattform. Dette får dessverre konsekvenser for Tidendes app.

Det vi er forespeilet er at appen vil slutte å fungere, helt eller delvis, på nyere Android-enheter (telefoner og nettbrett).

Enheter på IOS-plattformen berøres ikke av endringene.



tilbakeblikk

1923

Fra hovedstyrets forhandlinger

«Ekspederte skrivelser

Fra Oplandenes tandlægeforening hvori der henstilles til hovedstyret at søke konkursloven forandret, saa tandlægers fordringer kan bli prioritert i likhet med lægers, dyrlægers og jordmødres. Sekretæren hadde i anledning av denne sak konferert med overretssakfører Diesen, som uttalte at der ikke kan være tale om at fordringene er prioritert. Det eneste man har at gjøre er at la en slik sak gaa til høiesteret og faa fastslaat saken ved en dom. Der fattedes følgende enstemmige beslutning: I forekommende tilfælder av tandlægers krav i konkursboer vil eventuelt saksanlæg bekostes av foreningen.»

Fra Tidende nr. 8, oktober 1923

1973

Ved landsmøtet 1973

Beordringsloven opphevet

«Ved utløpet av et foreningsår faller det naturlig å gjøre opp en status. Utviklingen på de felter som N.T.F. særlig er opptatt med, går så raskt, at status i år på flere punkter ser ganske annerledes ut enn for et år siden.

Den største post på dette regnskap er opphevelsen av beordringsloven. Vi ville trodd, at denne begivenhet skulle markere at offentlig tannhelsetjeneste endelig kunne starte oppbyggingen uten å være hindret av tannlegemangel. Men det ser dessverre ut til at nu som byggestenene er til disposisjon, finner ikke myndighetene å kunne bygge allikevel.»

President i Tannlegeforeningen Walter Quale i sin tale til landsmøtet

Fra Tidende nr. 10, november 1973

2013

Tannhelsesekretærer med autorisasjon er mangelvare

«Utdanning av tannhelsesekretærer foregår over tre år i videregående skole på studieretning for Helse- og oppvekstfag.

… I mange fylker blir utdanningen nedlagt, og det er vanskelig både for offentlig tannhelsetjeneste og privatpraktiserende tannleger å få tak i sekretærer med autorisasjon. Nå vil NTF i samarbeid med Tannhelsesekretærenes Forbund (ThsF) gjøre noe med situasjonen.

… På litt lengre sikt har Johansen [*Gerd Bang Johansen, leder i Tannhelsesekretærenes Forbund. Red.anm.*] tro på at et felles skandinavisk prosjekt kan få betydning for utdanningen. Den 12. og 13. september møttes representanter for tannhelsetjenesten i Danmark, Norge og Sverige til et planleggingsmøte i Stockholm.»

Aktueltsak i Tidende nr. 10, november 2013

Forskningspris til Ingrid Beate Ringstad ved Universitetet i Oslo

Ingrid Beate Ringstad mottok i september European College of Gerodontology Research Award 2023 for sin studie på eldre pasienter innlagt på kommunal akutt døgnenhet (KAD) i Oslo. Prisen tildeles fremragende gerodontologisk forskning som gir viktig kunnskap om munnhelsen til eldre.

Tverrsnittstudien er første del av COOP II-studien, og ble gjennomført fra januar til september i år. Inkluderte pasienter var 70 år eller eldre, og innlagt på KAD i Oslo. Studien er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo Universitetssykehus, Helseetaten i Oslo Kommune og Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Oslo.

– På KAD treffer vi tidligere hjemmeboende eldre som opplever akutt forverring av helsen. De fleste er i overgangen mellom å være friske og selvhjulpne til å bli syke og pleietrengende. Vi må vite hvordan det står til med de hjemmeboende eldre, hvilke plager de har og på lang sikt hvordan vi kan tilrettelegge helsetjenester for å sikre en god alderdom. Munnen må ikke glemmes, både for eldre og for befolkningen ellers er det å opprettholde en frisk munnhule viktig for den generelle helsen og god livskvalitet, forteller Ringstad

Forskningsgruppen i COOP II-studien er tverrfaglig og består av et medisinsk team og et team av tannleger. Prosjektleder er geriater Torgeir Bruun Wyller, i tett samarbeid med professor Janicke Liaaen Jensen.



Ingrid Beate Ringstad blir tildelt prisen av daværende president for ECG, Dr. Inger Wårdh, Foto: Privat.

Det er innsamlet en rekke medisinske og dentale parametre, og alle er gjennomført på pasientrom eller ved pasientens sengekant.

– Pasientene i studien er syke eldre med redusert evne til å gjennomgå omfattende helseundersøkelser og spørreskjemaer. Arbeidet med å velge ut hvilke parametre vi skal inkludere som ikke påfører en ytterligere belastning for pasienten, har vært viktig, forklarer Ringstad.

Innsamling av data er nå avsluttet, og totalt ble 382 pasienter inkludert i studien. Foreløpig resultat viser at størsteparten av pasientene bor alene i sitt eget hjem. Polyfarmasi, skrøpelighet og hyposalivasjon fremstår hyppig i populasjonen.

– Foreløpig resultat viser store individuelle forskjeller mellom pasientene, og dette belyser et viktig poeng om at alderdommen ikke er lik for noen. Jeg gleder meg til vårt videre arbeid og å dykke dypere ned i resultatene, sier Ringstad til odont.uio.no.

Klokka 0000 på utgivelsesdato

www.tannlegetidende.no

tidende

Frister og utgivelsesplan 2023

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
~~11~~	~~13. oktober~~	~~17. oktober~~	~~16. november~~
12	9. november	14. november	14. desember

Frister og utgivelsesplan 2024

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	6. desember '23	11. desember '23	18. januar
2	11. januar	16. januar	15. februar
3	8. februar	13. februar	14. mars
4	6. mars	11. mars	18. april
5	8. april	11. april	16. mai
6–7	3. mai	13. mai	13. juni
8	5. juni	10. juni	15. august
9	15. august	20. august	19. september
10	12. september	17. september	17. oktober
11	10. oktober	15. oktober	14. november
12	7. november	12. november	12. desember

STILLING LEDIG

RONG I ØYGARDEN

Søker engasjert, dyktig og utadvendt tannlege med erfaring fra privatpraksis til min trivelige tannklinikk på Rong i Øygarden, nabokommune til Bergen.

Stillingen gjelder å begynne med en til to dager i uken, med muligheter for utvidelse etter hvert som jeg trapper ned. Startdato kan diskuteres, men helst innen januar 2024.

Norsk autorisasjon samt gode kunnskaper i norsk muntlig og skriftlig er nødvendig.

Søknad sendes sammen med cv til:
post@villarosa.no

MORTENSRUD TANNLEGESENTER

søker tannlege i ca 50% stilling som vikar for vår kollega som går ut i barselpermisjon.

Forventet oppstart februar 2024 med forventet varighet ut 2024 med mulighet for forlengelse.

Vi holder til i bydel Søndre Nordstrand rett ved Mortensrud T-bane stasjon.

For mer informasjon kontakt oss på post@mortensrudtannlege.no eller pr tlf. 22616002

TANNLEGE 100% FAST STILLING HOS TANNLEGE KYNSVEEN AS I SANDNESSJØEN

Tannlege Kynsveen AS søker tannlege i 100% fast stilling, som vil være med å videreutvikle en tradisjonsrik bedrift med trygt fotfeste i Sandnessjøen.
Om oss:
Tannlege Kynsveen AS består av to allmenntannleger, en tannpleier og to tannhelsesekretærer. Vi er en ny og moderne klinikk som er samlokalisert med kjeveortoped i Helgeland Tannhelse.

Vi ser etter deg som:
• Er selvstendig, engasjert og har gode samarbeidsevner.
• Besitter norsk autorisasjon og har en god forståelse av norsk, både skriftlig og muntlig.

Vi tilbyr:
• Gode betingelser og et trivelig miljø for den rette søkeren.
Tiltredelse og lønn etter avtale.

Vi oppfordrer interesserte kandidater til å ta kontakt på post@tannlegekynsveen.no. Send gjerne CV og referanser. Søknader vil bli vurdert fortløpende.

TANNLEGE SØKES TIL RAULAND TANNLEGEKONTOR

Stillingstittel: Tannlege 80–100%
Frist: Snarest
Ansettelsesform: Vi søker en effektiv, selvstendig og dyktig leietannlege som er engasjert. Vi oppfordrer både du som har flere års erfaring og nyutdannede til å søke. Vi har en veletablert privat tannlegepraksis utstyrt med OPG, 2 uniter, 2 behandlingsrom, venterom, kjøkken, og garderobe med dusj.

Hos oss får du:
- Faglig utfordringer.
- God tilgang på pasienter
- Veldrevet faglig klinikk med dyktige tannhelsesekretærer
- Hyggelig og inkluderende miljø
- Konkurransedyktige betingelser.

Vi ønsker da at du sender oss din CV og en kort søknadstekst

Telefon 481 90 600
E-post: post@rauland-tannlegesenter.no

PERIODONTIST OG ENDODONTIST TIL DRAMMEN

Moderne tannlegesenter i Drammen søker spesialist innenfor Periodonti og Endodonti.

Drammen er en by i vekst og behovet for spesialister i den private tannhelsetjenesten er stort.

Ved interesse send mail til: tannlege00@gmail.com

ÅROS

Assistenttannlege søkes til 80% stilling med mulighet for utvidelse.

Vi er en veletablert klinikk i Åros, ca. 45 min utenfor Oslo som søker en positiv, engasjert og kvalitetsbevisst tannlege, helst med erfaring.
Søker må ha norsk autorisasjon og beherske norsk skriftlig og muntlig.
Vi kan tilby travle dager med stor variasjon i behandling. Stillingen vil overta en etablert pasientliste.
Personlige egenskaper vektlegges.

For spørsmål ta kontakt på 90154979. Søknad og CV sendes til tannlegeneaaros@gmail.com

TANNHELSE ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no.



TANNLEGENE MNTF i meierigården
Kongens gate 43, 7713 Steinkjer

Tannlegene i Meierigården Steinkjer søker tannlege eller tannpleier til vikariat

Har du lyst til å arbeide i privat praksis?
Vi søker en tannlege eller tannpleier i 80-100% vikariat fra januar 2024 grunnet svangerskapspermisjon. Vi leter etter en hyggelig og kvalitetsbevisst kollega som behersker norsk både muntlig og skriftlig.
Praksisen ligger i Steinkjer sentrum og består av 4 tannleger og 4 assistenter.
Vi har OPG og digital scanner.
Søknad og CV sendes til: tvekseth@yahoo.no

ENSJØ TANNKLINIKK

Vi søker en tannlege til 60% stilling (kveldsvakt to dager i uken og dagvakt én dag) fra 01.01.24. Vi er en moderne klinikk med alt av utstyr (OPG, CBCT, mikroskop, 3shape). Vi søker en kvalitetsbevisst tannlege som bidrar til et godt miljø. Send gjerne CV til post@ensjotannklinikk.no

KJØP OG SALG

OSLO SENTRUM – PORTEFØLJE/PASIENTKARTOTEK

Vi ønsker å kjøpe portefølje til attraktiv klinikk i Oslo sentrum.

Ta kontakt på pasientkartotek@gmail.com

SALG AV TANNKLINIKK I SANDVIKA

Vi vurderer salg av vår tannklinikk sentralt i Sandvika i løpet av 2024.

Svært god lokalisasjon, moderne og i full drift.

Vi er flere allmenntannleger og noen spesialister.

Eier ønsker å trappe ned pga. alder og ønske om mer fritid; dog vil nåværende eier jobbe noen år til.

God omsetning og god tilgang av pasienter.

Vi ønsker kun seriøse henvendelser; fortell om deg selv/ dere og hvilke planer/ ønsker som kan vurderes ved et kjøp.

Ta kontakt på klinikksalg@outlook.com

TANNLEGEPRAKSIS I GRENLAND

Stathelle
Etablert tannlegepraksis til salgs.
Salg: Aksjer
Allmennpraksis
Omsetning: ca. 2 mNOK.
Stoler: 1 (mulighet for 2)
Recallpasienter: ca. 900
Selges da eier flytter fra området.

Se også tannlegeportalen.no, eller kontakt:
Luqman Chaudhari
902 45 541

OSLO

Tannlegepraksis i daglig drift selges.
Sentralt Oslo sentrum med gangavstand til buss, trikk, T-bane.
Beliggenhet nær Regjeringskvartalet, Juss-studentene og Oslo Met.

Henvendelse: e-post: smarten@broadpark.no

Grasp Aware

Connecting patient and dentist

En ny standard for mestring og kommunikasjon under pasient-behandling er etablert. Vi kunne ikke drømt om en bedre mottakelse under verdenspremieren vår på Nordental. Takk til alle som ønsker å ta i bruk vår unike løsning. Fikk du ikke med deg premieren? Ta kontakt for lanseringstilbud til din klinikk.

Fantastisk verdenspremiere



Grasp

ingvald@grasp.global
(+47) 928 87 997

tormod@grasp.global
(+47) 952 60 583

per@grasp.global
(+47) 930 68 585

www.grasp.global

#whnordic
wh.com

”WORKHORSE”



NYHET

W&H presenterer et nytt vinkelstykke med lav hastighet og sjelden kraft.
Høy effekt og nytt design gjør dette instrumentet
Til en ekte arbeidshest i alle materialer som skal kuttes eller separeres, men hovedsakelig i f.eks zirkonium.
Kobles til en standard lavhastighetsmotor.

Giret 1:4
20 % høyere effekt
Keramiske kulelager
Varmesperre – forhindrer oppvarming av trykknappen

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

Produksjon: Aksell AS