

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
134. ÅRGANG · #10 · 2024



NSKs beste tilbud noensinne

Førsteklasses kvalitet du fortjener, til en uslåelig pris.

NSKs turbiner, vinkelstykker og teknologi for implantologi og munnhygiene velges av et stort antall tannleger verden over, takket være deres unike kombinasjon av høy prestasjon og kvalitet.

Den nye høstkampanjen gjør dette valget enda mer fordelaktig. Vi har blant annet senket prisene på den populære **Z-serien** for å gi flere muligheten til å teste markedets kraftigste turbin! I tillegg kan du også bli eier av en **luksuriøs Sonos-høytaler**, uten ekstra kostnad, ved kjøp av turbiner eller vinkelstykker.

Les om dette og mye mer i det nyeste kampanjebladet!

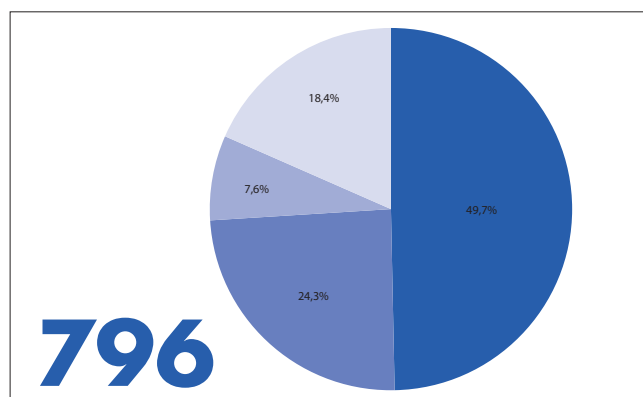


1 SEPTEMBER TIL
31 DESEMBER 2024

Musikk til din klinikk!

Skann QR-koden for å finne
ut hvordan du kan få med
luksuriøse Sonos-høytalere
uten ekstra kostnad!



789–924**790** Siste nytt først**793** Leder

Bli hørt, da vel

795 Presidenten har ordet

Et mulighetsrom

796 Vitenskapelige artikler**796** Mari Brekke Holden, Irene Skau, Jostein Grytten:

Forbruket av tannhelsetjenester i voksenbefolkningen

20–70 år – mye kontroller og mindre behandling

808 Elias Ødmann Borgmo, Sophie Elise Djupevåg, Karin Goplerud Berge, Ingfrid Vaksdal Brattabø Anne Nordrehaug

Åstrøm: Hvorfor unnlater tannhelsepersonell å utøve meldeplikten – en undersøkelse i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge

818 Melody Moezzi og Bjørn Hofmann: Kan endringer i en tannleges arbeidsvilkår forandre tannlegerollen? En etisk refleksjon**830** Ardita Aliko, Trine Lise Lundekvam Berge, Kathrine Skarstein, Anita Bergstø, Birgitte Fos Lundekvam og Lars Björkman: Orale lichenoides kontaktlesjoner – en oversikt**840** Kasuistikk**840** Ole Kristian Lobekk, Frode Øye og Vilde Riiser Bøtun:

Nekrotiserende gingivitt hos en ung kvinne

844 Aktuelt fag**844** Elisabeth Aurstad Riksen: Ny forskrift om rekvirering

og utlevering av legemidler

849 Bivirkningsskjema**860** Aktuelt**860** Ryddig prosess endte i enighet om behovet for stor trinnvis reform**864** Tannhelsekjede satser bredt på bærekraft**866** Nordisk gjennomslag i Istanbul**874** OSKE?**876** Kunstige biomaterialer kan øke beinmengden i kjeven**881** Kommentar og debatt**881** Bør tannleger også reguleres av offentlig finansiering? (Tiril Willumsen og Gunnar Bovim)**882** Svar til Willumsen og Bovim: Bør tannleger også reguleres av offentlig finansiering? (Heming Olsen-Bergem)**885** Fra NTF**886** En tannhelsetjeneste for alle**890** Hei, hvordan går det?**892** Suksess med digital tradisjon**896** Velkommen til Landsmøtefesten 2024**898** Velkommen til Nordental**907** Arbeidsliv: Forliksrådet**910** Spør advokaten: Honorar til oppdragstakere som har sluttet på klinikken**912** Oversikt over kollegahjelpere**913** Snakk om etikk: Tenke sjæl og mene, måtte stå for det du sa**915** Hva sier studentene? Det koster å utdanne gode tannleger!**916** Kurs- og aktivitetskalender**918** Notabene**918** Tilbakeblikk**923** Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Bedre oversikt over smittesituasjonen



Foto: Yay Images

De fire neste årene skal overvåkingen av smittsomme sykdommer ved FHI kraftig forbedres i et prosjekt som er delfinansiert av EUs helseprogram. Myndigheter og helsetjenesten skal få et mer aktuelt og detaljert bilde av smittesituasjonen.

Overvåkingen for smittevernet dreier seg om å forstå smittesituasjonen. Data samles inn, sammenstilles og analyseres for å gi nyttig informasjon som helsetjenester og myndigheter kan benytte som grunnlag for smittevernarbeidet.

– Vi tar med oss erfaringen fra pandemien for å bygge et varig, moderne system som både letter innrapporteringsbyrden for legene og gir bedre situasjonsoversikt for helsetjenesten og helsemyndigheter i stat og kommuner. Vi gyver nå løs på en del tekniske og juridiske utfordringer for å få dette til, sier Aavitsland.

Overvåkingen innen smittevernet har en del svakheter. Beslutningstakere i stat og kommune og helsepersonell får nå ikke tilstrekkelig informasjon for sitt smittevernarbeid. Datakilder utnyttes ikke godt nok. Fremdeles må mange meldinger om smittsomme sykdommer sendes på papir.

– Uten et godt bilde av smittesituasjonen nasjonalt og lokalt risikerer man å innføre feil smitteverntiltak for feil gruppe på feil tidspunkt eller på feil sted, sier Preben Aavitsland, fagdirektør for overvåking ved FHI og prosjektleder for NORSURV.

Under pandemien opprettet FHI et tidsbegrenset beredskapsregister, hjemlet

i helseberedskapsloven, for å kunne forsyne myndighetene og helsetjenesten med et situasjonsbilde.

– Dette prosjektet kan bidra til å styrke helseberedskapsen og er viktig for vår strategiske satsing på dette feltet, sier Mirela Slomic, koordinator for prosjektbidragene fra Helsedirektoratet.

Dette er bakgrunnen for det fireårige NORSURV-prosjektet som starter ved FHI 1. oktober 2024. I prosjektet skal det bygges en infrastruktur som legger til rette for rask, automatisert, sikker og digital innsamling og kobling av informasjon fra flere helseregistre i normale tider og under kriser. Prosjektet involverer FHI og Helsedirektoratet. I tillegg blir det samarbeid med mange brukere av overvåkingsresultater.

NORSURV har et budsjett på 7 millioner euro, hvorav 60 prosent er støtte fra EUs helseprogram

Ny strategi mot antimikrobiell resistens

Antimikrobiell resistens (AMR) er én av verdens største helseutfordringer. Nå lanserer regjeringen Norges nye 10-årige tverrsektorielle én-helse AMR-strategi. Den skal bidra til å redusere risikoen for at AMR øker og utvikler seg til et uhandterlig problem i Norge. Strategien har en gjennomgående tilnærming der folkehelse, dyrehelse, plantehelse og miljø sees i sammenheng.

– Selv om utgangspunktet i Norge er godt, er det viktig å gjøre enda mer for å være i forkant av utfordringene knyttet til antimikrobiell resistens, som kan være livsfarlig. Med denne strategien forsterker vi innsatsen for en bedre forskrivning av antimikrobielle midler, øke det forebyggende arbeidet for å redusere infeksjoner hos mennesker, dyr og skadegjørere hos planter, samt redusere forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner, sier helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre.

Den nye strategien «Nasjonal én-helse strategi mot antimikrobiell resistens» gjelder for perioden 2024 – 2033, og har seks overordnede mål.

– Det er allerede gjort et godt stykke arbeid gjennom et tverrsektorielt samarbeid for å få og bevare den gode AMR-statusen vi har i dag. Godt smittevern og lite sykdom hos matproduserende dyr og kjæledyr bidrar til at den gode dyrehelsen bevares og at folkehelsen sikres. Den nye strategien har som mål å styrke dette samarbeidet både innad i landbruket og på tvers av sektorene, sier landbruks- og matminister Geir Pollestad.

Det er en sterk sammenheng mellom folkehelse, dyrehelse, plantehelse og miljø som krever at AMR må sees i sammenheng. Derfor legger regjeringen en «én-helse»-tilnærming til grunn. Strategien angir regjeringens mål for arbeidet, både nasjonalt og internasjonalt. Dette er avgjørende for at antimikrobielle midler kan bevares, videreutvikles og være tilgjengelige for kommende generasjoner. Som oppfølging av strategien vil det utarbeides sektorspesifikke handlingsplaner der dette er hensiktsmessig.

Vestre og Pollestad mener også at denne strategien er viktig for å sikre en fremtid for både mennesker og dyr, og der vi har effektive og livreddende antimikrobielle midler slik at vi kan begrense sykdom og dødsfall.

Strategien er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Klima- og miljødepartementet og Utenriksdepartementet.

Overordnede mål

- Styrke det tverrsektorielle AMR-samarbeidet
- Forsterke forebyggingen av AMR
- Sikre restriktiv og forsvarlig bruk av antimikrobielle midler
- Sikre tilgang til nødvendige antimikrobielle midler
- Øke og nyttiggjøre ny kunnskap om AMR
- Være en aktiv pådriver i den globale kampen mot AMR.

Livsstilsråd hjelper ikke på folkehelsen



Foto: iStock

Gå en tur hver dag, spis sunnere, sov bedre og vær sosial. Slike råd får vi av helsepersonell. Men hjelper det? Endrer vi livsstilen vår når helsepersonell råder oss til det?

Det er sannsynligvis sjeldent at rådene hjelper folk, ifølge lege og forsker Minna Johansson ved Sahlgrenska akademien på Gøteborgs universitet.

I en ny studie gikk Johansson og kollegaer gjennom håndbøker og retningslinjer om livsstilsrådgivning for helsepersonell. Der står det hvilke livsstilsråd de bør gi pasientene for ulike sykdommer.

Det britiske National Institute for Health and Care Excellence har 57 slike retningslinjer med til sammen 379 livsstilsråd.

Forskerne understreker at det mye fornuft i rådene. For det er jo selvsagt bra for folk om de spiser sunnere og trimmer mer.

Men det hjelper ikke om rådene er aldri så gode. Folk følger dem ikke.

Det finnes svært lite forskning som viser at rådene har noen effekt på pasientenes atferd.

For bare tre prosent av 379 råd i den britiske studien finnes det solid vitenskape-

lig dokumentasjon på at folk endrer adferd når de får disse rådene av legen. 13 prosent av rådene har noe dokumentasjon.

– Vi var veldig rause da vi tolket det vitenskapelige grunnlaget for rådene, sier Minna Johansson til forskning.no.

Om de fant studier som viste at å få et råd fører til bare litt endring i adferd hos pasienter, så krysset forskerne av for at rådet har beviselig effekt.

– Egentlig burde vi hatt bevis for at adferdsendringen varer lenge nok og er stor nok til at den faktisk forbedrer helsen, som for eksempel forebygge hjerteinfarkt, forklarer Johansson.

Det rådet med sterkest vitenskapelig grunnlag er røykeslutt.

– Selv korte råd om røykeslutt kan ha en viss effekt, selv om det ikke hjelper de fleste til å slutte å røyke. Men det er sterke bevis for at de som faktisk slutter å røyke, opplever positive helseeffekter, forteller Johansson.

Legene overvurderer ofte nytten av rådgivningen sin. De overser at det ikke finnes dokumentasjon på om et råd fører til adferdsendring.

De vurderer heller ikke hvor krevende eller kostbart det er å gjennomføre livsstilsendring, skriver forskerne i studien.

Også en norsk studie fra 2018 viste at livsstilsråd kan være bortkastet.

Fastlege og forsker Anne Jølle undersøkte virkningen av råd til folk med høy risiko for å utvikle diabetes type 2.

2 400 personer deltok i et møte der de fikk livsstilsråd. De fikk høre om kosthold, fysisk aktivitet og motivasjon. Deretter ble de fulgt opp med rådgivning tre ganger i løpet av to år.

Ti prosent av deltakerne utviklet diabetes 2 i løpet av de to årene. Det er like

stor andel som blant de med høy risiko som ikke har fått råd om livsstilsendring.

– Det tyder på at strategien med rådgivning ikke er effektiv for å minske risikoen for å få diabetes type 2, sier Jølle i en artikkel fra NTNU: <https://www.forskning.no/diabetes-partner-ntnu/enkle-livsstilsrad-reducerer-ikke-diabetes/1240561>.

En internasjonal studie fra 2022 peker på at legenes rådgivning har en bakside.

Det kan oppleves vondt for folk å få råd de ikke har bedt om. Folk med usunne vaner må kunne oppsøke legen med et helseproblem uten å få uønskede og urelaterte livsstilsråd, skriver forskerne i studien.

Råd om livsstilsendring kan særlig bli en byrde for pasienter som har flere sykdommer, er kronisk syke eller går på flere typer medisiner.

Dessuten er ikke livsstilsråd effektive på samfunnsnivå, ifølge den nye studien.

– Det er både dyrt og ineffektivt å forsøke å forbedre folkehelsen ved å gi livsstilsråd til én person om gangen. Sannsynligvis ville det være bedre å bruke ressursene på samfunnsrettede tiltak som gjør det lettere for oss alle å leve sunt, uttaler Minna Johansson i en pressemelding fra Gøteborgs universitet.

REFERANSER:

1. Minna Johansson mfl: Guidelines Recommending That Clinicians Advise Patients on Lifestyle Changes: A Popular but Questionable Approach to Improve Public Health. *Annals of Internal Medicine*, september 2024.
2. Loai Albarqouni mfl: Evaluation of evidence supporting NICE recommendations to change people's lifestyle in clinical practice: cross sectional survey. *BMJ Medicine*, 2022.

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

Fra tvil til overbevisning

Gunnar Amundsen og Tannhelsehuset Haugesund tar tannlegepraksisen til nye høyder med innovasjonen Grasp Aware.

Da Gunnar Amundsen først ble introdusert for Grasp Aware, var han i utgangspunktet skeptisk. Som mange tannleger lurte han på om et digitalt verktøy virkelig kunne forbedre en allerede veletablert klinisk praksis. Men, etter noen måneder med systemet i bruk, har han blitt en overbevist tilhenger.

“Jeg må innrømme at jeg var tvilende til å begynne med», forteller Gunnar med et smil. «Som tannlege er jeg vant til å stole på egne evner, og jeg var usikker på om teknologi kunne tilføre noe av betydning”

Men, Grasp Aware viste seg å være mer enn bare et digitalt hjelpemiddel – det representerte et paradigmeskifte i hvordan tannleger kan overvåke og følge opp pasientene sine. Systemet samler inn og analyserer data fra pasientene i sanntid, noe som gir tannlegene en unik innsikt.

Bedre kommunikasjon med pasientene

Et sentralt aspekt som Gunnar setter stor pris på, er hvordan Grasp Aware forbedrer kommunikasjonen med pasientene.

“Pasientene rapporterer økt grad av kontroll og trygghet i tannlegestolen. Og, det er jo dette det i bunn og grunn handler om”, sier haugesunderen engasjert.

En lys fremtid for tannlegeyrket

I dag ser Gunnar Amundsen på Grasp Aware som et viktig verktøy i en moderne tannlegepraksis.

“Denne teknologien gjør oss ikke bare mer effektive – den gjør oss bedre. For tannlegeyrket representerer Grasp Aware en spennende utvikling, og jeg tror vi bare har sett begynnelsen.”



Gunnar Amundsen er tannlege ved Tannhelsehuset Haugesund og en stor tilhenger av Grasp Aware som han her viser frem på bildet

Han har ett råd til andre tannleger:

“Vær åpen for det. Teknologi som dette kan virke overveldende i starten, men når du ser resultatene – både for pasienten og for deg som tannlege – vil du forstå hva det handler om.”



Grasp Aware – rask vekst og stor suksess

Grasp Aware har raskt blitt en favoritt blant mange tannklinikker, med nærmere 40 klinikker som allerede bruker løsningen både privat og offentlig. Samtidig tar flere og flere pasienter kontakt med spørsmål om dette kan være noe for dem. Ønsker du å teste Grasp Aware i din klinikk? Ta kontakt med oss direkte eller kom innom oss på Nordental.



Skann og les mer!



**FORSIDEILLUSTRAJON**

@heiaklubben / Marius Pålerud

REDAKSJON**Ansvarlig redaktør:**

Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:

Asbjørn Jokstad

Dipak Sapkota

Redaksjonssjef:

Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:

Linda Z. Arvidsson, Morten Enersen, Jostein Grytten,

Anne M. Gussgard, Gro Eirin Holde, Tine M. Søland,

Marit Øilo

Redaksjonskomité:

Malin Jonsson, Eli-Karin Bergheim, Odd Bjørn Lutnæs

ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 500,-

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: 6 450, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: Aksell AS

Grafisk design: Aksell AS

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

PRESSENS
FAGLIGE UTVALGTRYKT I
NORGE
NO - 1470Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERTMEDIEHUSET TIDENDES
OM MEDIA - 2041 0379

Bli hørt, da vel



Foto: Kristin Adley Opdan

Endelig vet vi hva Tannhelseutvalget er kommet til. NOUen (Norges offentlige utredninger) *En universell tannhelsetjeneste – Harmonisering, styring og økt offentlig støtte* foreligger, og foreslår en stor trinnvis reform.

Seks dager senere er den sendt ut på høring, med lang frist, akkurat som statsråden antydte da han fikk rapporten i hendene 26. september.

Utvalgslederen er godt fornøyd med det utvalget har levert, og med at de har svart godt på et stort og bredt mandat. Ikke minst er utvalgslederen tilfreds med at utvalget, som besto av 13 personer, har evnet å komme til enighet om det aller meste. I 34 av 40 forslag er det oppnådd enstemmighet. Og utvalgslederen er likevel ikke helt fornøyd med alt. Hun fikk seg en stor overraskelse da hun fikk greie på at data fra privat tannhelsetjeneste er svært mangelfulle, og at det faktisk er behov for flere utredninger før en har hele bildet.

– Vi trenger mer kunnskap om tannhelsetjenesten og behovene for tannhelsetjenester blant folk. Jeg er veldig glad for at vi i dag har fått på plass et viktig kunnskapsgrunnlag, sa Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre.

– Vi satte ned tannhelseutvalget for å få god kunnskap om hvordan vi kan utvikle tannhelsetjenesten fremover. Jeg gleder meg til å sette meg inn i forslagene og fortsette arbeidet med å videreutvikle velferdstilbudet. Dette er et kunnskapsgrunnlag som bør være utgangspunkt for en bred debatt om hvilken retning utviklingen av tannhelsetjenesten skal ta. Nå blir rapporten sendt på høring, slik at ulike aktører og organisasjoner kan komme med sine innspill, sa Vestre, da han fikk NOUen.

Departementet ber om høringsinstanse-nes syn både på utvalgets vurderinger og forslag. 15. mars er fristen satt til, så nå er det bare å mene og sende inn høringsvar, alle som vil. Alle som ønsker det, kan sende inn høringsuttalelse, selv om de ikke er ført opp på listen over høringsinstanser. Du trenger ikke være hverken aktør eller organisasjon for å delta i en åpen høring. Og sjansen for å bli hørt på øker sannsynligvis hvis det du mener blir del av uttalelsen til en organisasjon som vil bli hørt på, som NTF – som ber om å få høre medlemmenes mening nå.

Bruk gjerne Tidende til å si din mening også. Om Tannhelseutvalgets utredning, eller andre ting.

Det er sånn det er i et demokrati. Alle kan bli hørt. Og ikke alle blir hørt på. Det er noe annet.

Alle som ønsker det, kan sende inn høringsuttalelse i en åpen høring. Alle kan altså bli hørt – og ikke alle blir hørt på.

Andre steder i verden er det langt fra så vel. Jeg lar være å nevne det aller verste akkurat nå.

Og jeg kan nevne at vi har vært i Istanbul, i Tyrkia, for å dekke forhandlingene i World Dental Parliament. Bedre kjent som FDI, kan-skje. Der fikk vi ikke slippe inn. Det er noe nytt. Vi har vært der i en lang årrekke tidligere, men nå vil de ikke ha pressen til stede under forhandlingene. Mange syntes det var uhørt, og andre syntes ikke det var så rart. Avhengig av hvilket land de kom fra.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør



Plages du med sensitivt tannkjøtt?



1 Tannbørste 2 Tannkrem 3 Fluorskyll



LINDRER SENSITIVT
TANNKJØTT



HØYT
FLUORNIVÅ



ENKEL DOSERING

10ml

EKSKLUSIVT I APOTEKI!

Clinic by Jordan Gum Protector fluorskyll 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 etanol) 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*

Et mulighetsrom

NOUen (Norges offentlige utredninger) om tannhelse i Norge gir oss en viktig mulighet til å reflektere over vår nåværende praksis og hvordan både vi som helsepersonell og staten kan bidra til en mer helhetlig tilnærming til pasientbehandling. NTF har etterlyst en helhetlig gjennomgang i mange år, ettersom tidligere målrettede tiltak ikke har oppnådd de ønskede resultatene. Vi har erfart at manglende tilgang til digitale tjenester, fravær av munnhelse i vurderingene av medisinsk tilrettelegging for pasienter, og manglende kommunikasjon med helsetjenesten, har en direkte sammenheng med myndighetenes oppfatning av vår helsetjeneste. Vi har arbeidet målrettet for at tannleger skal ha direkte tilgang til oppdaterte helseopplysninger, samt informasjon om pågående behandlinger, noe som reduserer pasientrisikoen. For å oppnå dette må tannhelsetjenesten anerkjennes som en fullverdig del av helsesystemet av både samfunnet og politikerne.

Munnhelsen i Norge er god for mange, men ikke for alle, og vi er heller ikke best i Europa. Vitenskapelig litteratur viser tydelig at befolkningsrettede tiltak har størst innvirkning på munnhelsen. Når vi overfører dette til den norske konteksten, er innføringen av fluorid og tidlig tannpuss to svært viktige faktorer for vår gode munnhelse i dag. Disse tiltakene er selvsagt avhengige av at befolkningen har tilgang på tannleger og tannpleiere. Dessverre er disse områdene under press. Kostholds- og hygienevaner viser tegn til endring. Tannhelsetjenesten opplever en tydelig sentralisering, både i offentlig og privat sektor. Samtidig øker de sosioøkonomiske forskjellene. Mange nordmenn, spesielt de i sårbare grupper, opplever betydelige utfordringer med å få tilgang til tannhelsetjenester. Det er bekymringsfullt at utdanningsnivå og inntekt nå i stor grad påvirker hvem som oppsøker tannleger og hvilke behandlinger de har råd til. Usunn mat og drikke er ofte det billigste alternativet, noe som gjør at disse valgene blir mer vanlige blant de samme gruppene. Dette representerer en betydelig utfordring for fremtidens munnhelse i Norge.

Tannhelseutvalget mener at helhetlig statlig finansiering av tannhelse, lik den som eksisterer i helsetjenesten, er nødvendig for å sikre at de som trenger



Foto: Kristin Åknes

Målet er å utvikle en tannhelsetjeneste som både samarbeider og samhandler med all annen helse, både i fred, i kriser og i krig, til det beste for befolkningen.

tjenestene mest, også oppsøker dem. I tillegg er utvalget enige om at privat og offentlig tannhelsetjeneste må samarbeide, sammen med helsetjenesten og andre nærliggende tjenester. Dette er tanker som også vårt nåværende representantskap har uttrykt. Det har vist seg å være svært utfordrende å finne gode, målrettede tiltak som er relevante over tid, i et samfunn som endrer seg raskere enn noen gang, og som treffer de som trenger det mest.

Som fagpersoner er det avgjørende at vi gir politikerne gode, faglige råd å styre etter. Utvalget har foreslått en trinnvis tilnærming mot en helhetlig løsning. Tannhelse må styres etter de samme prioriteringskriteriene som helsevesenet ellers. Ressursene må brukes på de som trenger dem mest, og der de gir størst nytte, spesielt når det gjelder nødvendig tannbehandling. Hva dette begrepet «nødvendig tannbehandling» skal inneholde, har utvalget klokkelig overlatt til fagekspertisen. Dette representerer et omfattende og svært viktig arbeid som må gjøres uavhengig av hva politikerne bestemmer seg for om forslagene i NOUen.

Målet er å utvikle en tannhelsetjeneste som samarbeider med og samhandler med all annen helse, både i fred, i kriser og i krig, til det beste for befolkningen. For å oppnå dette må vi se på tannhelsetjenesten som en helhet, både offentlig og privat. Det er avgjørende at de som jobber i den offentlige sektoren har gode arbeidsforhold og ønsker å bli værende i stillingene sine. Myndighetene må utvikle gode betingelser slik at privat sektor ønsker å delta, og de må også oppdatere disse vilkårene over tid for å sikre at næringsdrivende tannleger ønsker å fortsette å være en del av systemet. Mulighetene er store for at dette kan bli noe svært positivt for alle tannleger, men fallhøyden er stor. Hvis myndighetene ikke lykkes med dette, risikerer vi økt sosial ulikhet på tannhelse i Norge. Dette har allerede NTF påpekt flere ganger overfor politikere og i media.

Les mer om NOUen lenger bak i dette Tidende. Bli med på Presidentens time. Bidra til vårt og ditt høringssvar til myndighetene. Kom med din mening og delta i demokratiet i NTF. Vi trenger deg!

Heming Olsen-Bergem
President i NTF

HOVEDBUDSKAP

- Hele 86 % av voksbefolkningen har vært hos tannlege i løpet av de to siste årene
- Utgiftene til tannbehandling er lave for flertallet av befolkningen
- Fyllingsterapi utføres på om lag en tredjedel av pasientene
- Det gjøres relativt lite krone-/broterapi, rotfyllinger, ekstraksjoner og periodontittbehandling
- I løpet av en 10-års periode er utgiftene redusert med ca. 20 % og forekomsten av alle typer behandlinger blitt markert lavere
- Fremtidens tannhelsetjeneste vil bestå av mest tannhelsekontroller, og relativt lite reparativ terapi

FORFATTERE

Mari Brekke Holden, seniorøkonom, master samfunnsøkonomi, Vista Analyse, Oslo

Irene Skau, forsker, cand. polit. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Jostein Grytten, professor, dr. philos. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Korresponderende forfatter: Jostein Grytten, e-post: josteing@odont.uio.no

Akseptert for publisering 15.08.2024

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:

Holden MB, Skau I, Grytten J. Forbruket av tannhelsetjenester i voksbefolkningen 20–70 år – mye kontroller og mindre behandling. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024; 134: 796-805.

MeSH: Tannhelsetjenester; Tannbehandling; Egenbetaling

Forbruket av tannhelsetjenester i voksbefolkningen 20–70 år

– mye kontroller og mindre behandling

Mari Brekke Holden, Irene Skau og Jostein Grytten

I denne studien kartla vi besøksmønsteret og forbruket av tannhelsetjenester i voksbefolkningen 20–70 år. Dataene ble innhentet ved en spørreundersøkelse til et representativt utvalg personer høsten 2023. Undersøkelsen ble sendt ut til 6 281 personer og den hadde en svarprosent på 48,4 % (n=3 045). 79 % av befolkningen hadde vært hos tannlege eller tannpleier i løpet av siste år. 86 % hadde vært til tannlege i løpet av de siste 2 årene. Kontaktmønsteret varierte med alder. I aldersgruppen 20–29 år ble litt over en tredjedel regelmessig innkalt, mot nesten 80 % i aldersgruppen 60–70 år. For de som hadde vært hos tannlege og/eller tannpleier siste året, var gjennomsnittsutgiftene 3 435 kroner. Utgiftene var lavest i aldersgruppen 20–29 år (2 273 kroner) og høyest i aldersgruppen 60–70 år (4 576 kroner). 74 % hadde utgifter 3000 kroner og lavere. Av de som hadde vært hos tannlege siste året, fikk 32 % en eller flere fyllinger. Den nest mest hyppige behandlingstypen var ekstraksjon – det ble utført hos 8,5 % av pasientene. Krone-/broterapi, rotfyllinger og periodontittbehandling ble utført hos ca. 7 % av pasientene. Sammenlignet med tilsvarende undersøkelse fra 2013 har det vært en markant reduksjon i utgifter og behandlinger som utføres.

Kunnskapen om forbruks- og besøksmønster av tannhelsetjenester i den norske voksenbefolkningen er mangelfull. Dette er langt på vei en konsekvens av at tilbudet av tannhelsetjenester er finansiert ved egenandeler der verken pasienter eller tannleger har rapporteringsplikt om omfang og type tjenester som leveres. Helsedirektoratet utgir rapporter om bruk av trygdeytelser. Omfanget av slike ytelser er imidlertid begrenset, noe som gjør det vanskelig å trekke slutninger om hvor mye og hvilke typer tannbehandling som utføres på populasjonsnivå blant voksne.

Seksjon for samfunnsodontologi ved Universitet i Oslo har helt tilbake til 1973 og frem til 2013 utført nasjonale representative utvalgsundersøkelser der forbruksmønsteret av tannhelsetjenester i voksenbefolkningen har vært kartlagt (1-5). Undersøkelsene ble utført regelmessig med 2-3 års mellomrom. Et hovedfunn er at den reparative behandlingen (for eksempel ekstraksjoner, proteser kroner/broer) har avtatt, mens det har vært en økning i konsultasjoner hvor hovedinnholdet er tannrens/undersøkelse/profylakse (2-5). Dette er langt på vei et resultat av den bedrede tannhelsen blant barn og unge på slutten av forrige århundre, som etter hvert forplantet seg over i voksenbefolkningen (6-11). Av særlig betydning har reduksjonen i andelen tannløse vært (12). Når voksne beholder sine egne tenner, vil de også oppsøke tannlegen for regelmessige kontroller.

Det er ti år siden den siste nasjonale utvalgsundersøkelsen ble utført (5). Det er derfor ønskelig å oppdatere kunnskapsgrunnlaget om forbruks- og besøksmønsteret i voksenbefolkningen. Foruten å

være av ren informativ interesse, er slik kunnskap også viktig for å kunne ta veloverveide helsepolitiske beslutninger. Dette dreier som sentrale problemstillinger knyttet til finansieringsordninger og arbeidsmarkedsspørsmål som hvor mange tannleger det er behov for og arbeidsdelingen mellom tannlege, spesialist og tannpleier (13).

I denne studien belyser vi særlig befolkningens etterspørsel etter tannhelsetjenester, deres utgiftsnivå og behandlingsprofiler. Bruken av disse tjenestene kan variere utfra alder, vi presenterer derfor også aldersmessige fordelinger. Avslutningsvis vil vi, med utgangspunkt i undersøkelsen fra 2013, beskrive de mest sentrale endringer over en ti-års periode.

Materiale og metode

Utvalg

Datainnsamlingen ble gjort gjennom en spørreundersøkelse utført av Kantar Public høsten 2023. Totalt svarte 3 045 personer i alderen 20-70 år på spørreundersøkelsen. Datafilen ble overlevert til Vista Analyse for kvalitetskontroll og databehandling. Analysene i den foreliggende studien er utført i samarbeid mellom Vista Analyse og Seksjon for samfunnsodontologi, UiO.

Bruttoutvalget ble trukket fra Gallup Panelet, som består av 40 000 personer som jevnlig deltar i nettbaserte spørreundersøkelser. Panelet skal være representativt for den norske voksenbefolkningen. Bruttoutvalget som fikk tilsendt spørreundersøkelsen, ble tilfeldig trukket fra panelet. Undersøkelsen ble sendt ut til 6 281 personer og hadde en svarprosent på 48,4 %.

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget og representativitet. Andeler i prosent.				
Variabler		Befolkningen 20-70 år ¹⁾	Uvektet utvalg (n=3 045)	Vektet utvalg (n=3 045)
Kjønn				
	Kvinne	49,1	50,4	49,1
	Mann	50,9	49,6	50,9
Alder				
	Under 30 år	19,6	12,9	19,6
	30-44 år	31,4	21,0	31,4
	45-59 år	30,6	30,2	30,6
	60-70 år	18,4	36,0	18,4
Geografi				
	Oslo og omegn	26,8	25,0	26,6
	Resten av Østlandet	24,7	25,3	25,0
	Sør- og Vestlandet	30,9	31,7	30,9
	Trøndelag og Nord-Norge	17,5	18,1	17,5

¹⁾ Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken

For å kompensere for eventuelle skjevheter i nettoutvalget sammenlignet med den norske voksenbefolkningen, er det i analysene benyttet vektning, basert på den enkeltes kjønn, alder og geografisk tilhørighet. Med unntak av alder, er utvalget relativt representativt for totalbefolkningen (tabell 1). Derfor medførte vektningen først og fremst endringer i bakgrunnsvariabelen for alder.

Selv om representativiteten til utvalget anses som god, må det tas visse forbehold. Det er naturlig å anta at Gallup Panelet er underrepresentert for enkelte «svake» grupper i samfunnet, som rusmisbrukere, personer uten tilgang til internett eller e-post, mennesker med dårlige norskkunnskaper o.l. Vi kan derfor ikke hevde at resultatene fra denne spørreundersøkelsen er representativt for disse gruppene. Likevel kan man anta at resultatene fra analysen er representative populasjonsestimater for den resterende del av befolkningen mellom 20 og 70 år, men med den statistiske usikkerhet som er knyttet til ethvert slikt estimat (uttrykt ved 95 % konfidensintervaller).

Variabler

For å måle etterspørsel etter tannhelsetjenester ble respondentene spurt om de hadde vært hos tannlege og/eller tannpleier i løpet av det siste året og når de sist var hos tannlege. De ble også spurt om kontaktmønster: regelmessige eller ikke-regelmessige besøk, og om tiden mellom hvert regelmessige besøk. Forbruket av tannhelsetjenester ble kartlagt ved spørsmål om utgifter til tannbehandling (målt i kroner), og hvilken av følgende typer tannbehandling de

eventuelt hadde mottatt: tannrens, fyllinger, krone-/broterapi, rotfylling, tanntrekking, protese, tannregulering, implantatbehandling, råd om tannhygiene, periodontittbehandling og tannbleking. Som bakgrunnsvariabel brukte vi pasientens alder, målt i fem aldersgrupper, med ti års intervaller innenfor hver gruppe. Flere detaljer angående utformingen av spørsmålene kan fås ved å kontakte Vista Analyse.

Analysen

I de univariate fremstillingene bruker vi et 95 % konfidensintervall for å angi den statistiske usikkerheten rundt populasjonsestimatet. Testing mellom grupper ble gjort ved en chi-square test (kategoriske avhengige variabler) og ved en f-test (kontinuerlige avhengige variabler). Vi angir også et 95 % konfidensintervall for hver av undergruppene. Om konfidensintervallene ikke overlapper, er det forskjeller i de avhengige variabler utfra alder. Analysene ble utført i STATA.

Resultater

Etterspørsel etter tannhelsetjenester

Samlet sett oppgir 79 % av deltakerne i undersøkelsen at de har vært hos tannlege og/eller tannpleier i løpet av det siste året. 25 % oppgav at deres siste besøk var hos en kjede.

Årlige tannlegebesøk er mest vanlig blant de eldste (tabell 2). I aldersgruppen 60–70 år hadde 86 % vært hos tannlege i løpet av siste år. Tilsvarende andel i aldersgruppen 20–29 år var 61 %. For-

Tabell 2. Besøk hos tannlege siste år og siste 2 år fordelt på alder (n=3045). Andeler i prosent. 95 % konfidensintervaller i klammeparentes.

Alder	Vært hos tannlege siste år	Vært hos tannlege siste 2 år
20-29 år	61,0 [55 - 66]	81,5 [78 - 85]
30-39 år	65,8 [61 - 70]	77,8 [74 - 82]
40-49 år	73,2 [69 - 77]	87,3 [84 - 90]
50-59 år	83,9 [81 - 86]	90,1 [88 - 92]
60-70 år	85,7 [84 - 88]	93,2 [92 - 95]
I alt	74,3 [73 - 76]	86,1 [85 - 87]
Test ¹⁾	151,6	78,6
p-verdi	<0,0001	<0,0001

¹⁾ Testing er foretatt ved hjelp av chi-square test.

Tabell 3. «Hvordan kommer du i kontakt med tannlegen?» Andeler i prosent. 95 % konfidensintervaller i klammeparentes. (n=3 045)

Alder	Blir regelmessig innkalt	Bestiller time regelmessig	Bestiller time bare ved behov	Går ikke til tannlege	Vet ikke
20-29 år	35,2 [31 - 40]	26,3 [22 - 31]	31,5 [27 - 36]	4,4 [3 - 7]	2,6 [1 - 5]
30-39 år	54,4 [49 - 59]	12,8 [10 - 16]	26,0 [22 - 31]	5,6 [4 - 8]	1,3 [0,5 - 3]
40-49 år	65,5 [61 - 70]	11,0 [8 - 14]	19,2 [16 - 23]	4,1 [3 - 6]	0,3 [0,04 - 1,9]
50-59 år	75,7 [72 - 79]	7,1 [5 - 9]	13,3 [11 - 16]	3,8 [3 - 5]	0,1 [0,02 - 1]
60-70 år	79,0 [76 - 81]	8,0 [6 - 10]	10,8 [9 - 13]	2,0 [1 - 3]	0,1 [0,01 - 0,7]
I alt	62,4 [60 - 64]	12,8 [12 - 14]	19,9 [18 - 22]	4,0 [3 - 5]	0,9 [0,5 - 1,4]
Test ¹⁾	132,3	132,3	113,5	9,78	33,9
p-verdi	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,09	<0,0001

¹⁾ Testing er foretatt ved hjelp av chi-square test.

Tabell 4. Hyppighet av tannlegebesøk blant de som oppgir å gå regelmessig til tannlege. Andeler i prosent. 95 % konfidensintervaller i klammeparentes. (n=2 418)

Alder	Hyppighet					
	Hver 6.mnd eller oftere	Hver 7. til hver 12. måned	Hver 13. til hver 18. måned	Hver 19. til hver 24. måned	Hver annet år	Hvert tredje år eller sjeldnere
20-29 år	4,8 [3 - 8]	37,3 [32 - 43]	30,8 [25 - 37]	13,1 [9 - 18]	9,4 [6 - 14]	4,8 [3 - 8]
30-39 år	7,0 [4 - 11]	50,1 [44 - 56]	28,2 [23 - 34]	6,8 [4 - 11]	4,5 [3 - 8]	3,4 [2 - 6]
40-49 år	8,3 [6 - 12]	53,0 [48 - 58]	27,1 [23 - 32]	7,7 [5 - 11]	2,4 [1 - 5]	1,6 [0,7 - 4]
50-59 år	12,6 [10 - 15]	63,6 [60 - 67]	17,4 [15 - 21]	3,3 [2 - 5]	1,9 [1 - 3]	1,1 [0,5 - 2,4]
60-70 år	19,0 [17 - 22]	63,4 [60 - 66]	13,5 [11 - 16]	1,9 [1 - 3]	1,4 [0,8 - 2,3]	1,0 [0,5 - 1,8]
I alt	10,9 [10 - 12]	54,9 [53 - 57]	22,4 [21 - 24]	6,0 [5 - 7]	3,6 [3 - 5]	2,2 [1,6 - 3]
Test ¹⁾	61,4	89,1	62,4	61,4	53,9	22,8
p-verdi	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,0013

¹⁾ Testing er foretatt ved hjelp av chi-square test.

skjellen var statistisk signifikant, dvs. konfidensintervallene overlappet ikke. Om man studerer besøk innenfor en 2 års periode er forskjellen mellom aldersgruppene mindre. Andelen i den yngste aldersgruppen som hadde vært hos tannlege i løpet av de siste 2 år var da 82 %. I den eldste aldersgruppen hadde 93 % vært hos tannlege i løpet av de 2 siste år. Selv om forskjellen mellom de yngste og eldste nå er mindre, er forskjellen fortsatt statistisk signifikant.

Kontaktmønsteret varierer også med alder (tabell 3). I den yngste aldersgruppen er det bare litt over en tredjedel som blir regelmessig innkalt, mot nesten 80 % i den eldste gruppen. Blant de yngste er det nesten en tredjedel som går bare når de har behov. Helt opp til 50 års alderen er andelen som går bare når de har behov relativt høy: 26 % i gruppen 30–39 år, og 19 % i gruppen 40–49 år.

Tiden mellom hvert regelmessige besøk varierer også med alder (tabell 4). Det er en tydelig gradient fra relativt lange intervaller blant de yngste til kortere intervaller blant de eldste. I den yngste gruppen har 31 % et intervall på 13–18 måneder, mot bare 13 % i den eldste gruppen. Forskjellen var statistisk signifikant, det vil si konfidensintervallene overlappet ikke. I aldersgruppen 40–49 år hadde 27 % et intervall på 13–18 måneder.

Forbruk av tannhelsetjenester

Gjennomsnittlig tannbehandlingsutgifter, blant de som hadde vært hos tannlege og/eller tannpleier det siste året, var 3 435 kroner, med et 95 % konfidensintervall fra 3 166 til 3 703 kroner (figur 1). Det er en tendens til at utgiftene er høyest i den eldste aldersgruppen og lavest i den yngste gruppen. For noen av aldersgruppene er imidler-

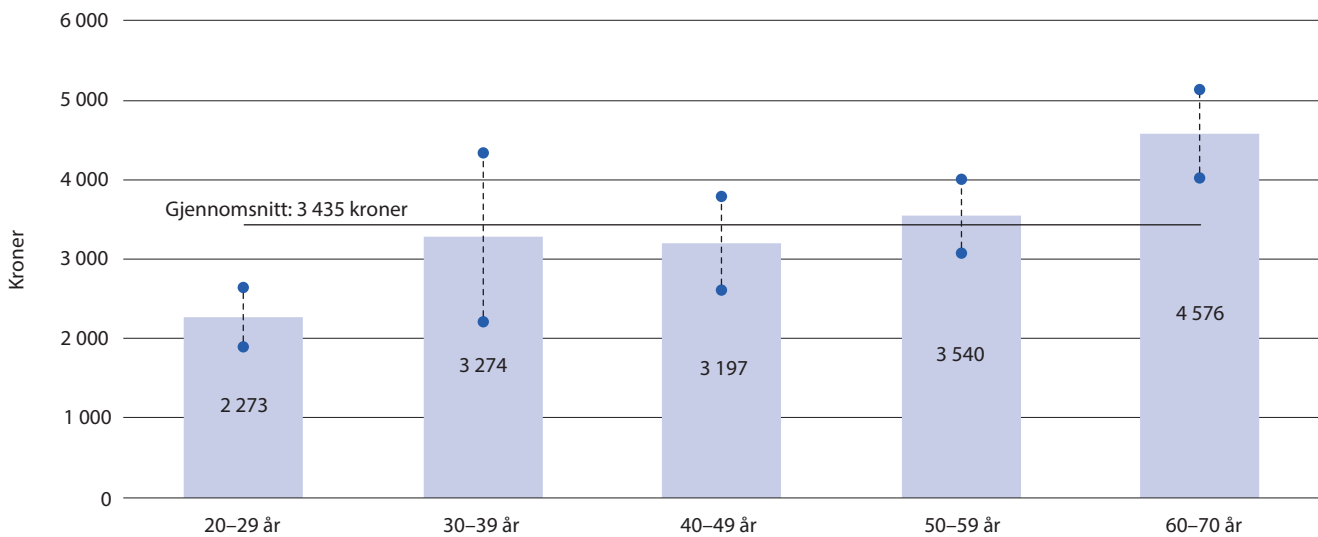
tid konfidensintervallene brede og overlappende, noe som tilsier at vi ikke her kan tolke aldersforskjellene som statistisk signifikante. Innenfor disse aldersgruppene er det relativt stor variasjon i utgiftene, noe som leder til upresise estimater. Konfidensintervallet overlappet imidlertid ikke for den yngste og eldste gruppen.

Førtiseks prosent hadde utgifter under 1 501 kroner, 60 % under 2 001 kroner og 74 % under 3 001 kroner (tabell 5). Nesten 3 % hadde utgifter over 15 001 kroner.

Av de som hadde vært hos tannlege siste året, fikk 32 % en eller flere fyllinger (tabell 6). Den nest mest hyppige behandlingstypen

Tabell 5. Utgifter til tannbehandling siste år.
Omfatter respondenter som har vært hos tannlege siste år (n=2 487).
Andel respondenter i prosent.

Utgift siste år	Prosent	Kumulativ prosent
< =500 kroner	6,1	6,1
501 - 1000 kroner	15,0	21,1
1 001 - 1 500 kroner	24,9	46,0
1 501 - 2 000 kroner	14,4	60,4
2 001 - 3 000 kroner	13,7	74,1
3 001 - 4 000 kroner	7,0	81,1
4 001 - 6 000 kroner	8,1	89,2
6001 -10 000 kroner	5,1	94,3
10 001 - 15 000 kroner	2,8	97,1
15 001 - 50 000 kroner	2,5	99,6
> 50 000 kr	0,4	100,0



Figur 1. Gjennomsnittlig utgift til tannbehandling siste år etter alder. 95% konfidensintervall angitt med punkter. (n=2 487, F-verdi=12,4, p-verdi<0,0001)

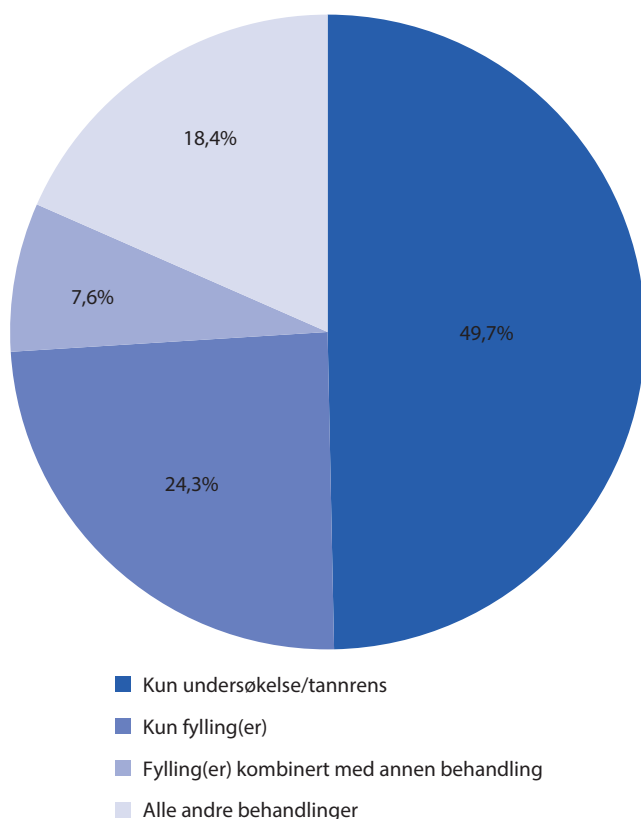
var ekstraksjon – det ble utført hos 8,5 % av pasientene. Krone-/broterapi, rotfyllinger og periodontittbehandling ble utført hos ca. 7 % av pasientene. En lav andel fikk laget proteser, tannregulering og tannbleking. Behandlingsprofilene varierte lite utfra alder, og for de fleste behandlingstyper overlappet konfidensintervallene for de ulike aldersgrupper.

Halvparten av respondentene som hadde vært hos tannlege i løpet av det siste året fikk bare undersøkelse og eventuelt tannrens, uten annen behandling (figur 2). Om lag hver fjerde pasient fikk kun fyllingsterapi, ytterligere 8 % fikk fyllingsterapi kombinert med annen behandling.

Tabell 6. Type behandling utført hos tannlegen siste år. Andeler i prosent. 95 % konfidensintervaller i klammeparentes. (n=2 295)

Alder	Alder						Test ¹⁾	p-verdi
	Alle (n=2 295)	20-29 år (n=232)	30-39 år (n=236)	40-49 år (n=311)	50-59 år (n=599)	60-70 år (n=917)		
Undersøkelse med røntgen	87,8	80,1	87,7	91,7	88,4	89,6	28,1	0,0003
	[86 - 89]	[74 - 85]	[83 - 91]	[88 - 94]	[86 - 91]	[87 - 91]		
Undersøkelse uten røntgen	7,1	9,2	9,0	4,9	7,0	5,8	8,7	0,1497
	[6 - 8]	[6 - 14]	[6 - 13]	[3 - 8]	[5 - 9]	[4 - 7]		
Tannrens	74,1	64,5	73,5	77,2	76,1	76,5	22,9	0,0014
	[72 - 76]	[58 - 70]	[67 - 79]	[72 - 82]	[72 - 79]	[73 - 79]		
Fylling	31,9	25,3	31,5	32,1	32,9	35,7	10,9	0,0736
	[30 - 34]	[20 - 31]	[26 - 38]	[27 - 38]	[29 - 37]	[33 - 39]		
Krone-/broterapi	6,7	4,9	4,0	4,1	7,9	10,5	23,9	0,0013
	[6 - 8]	[3 - 8]	[2 - 7]	[2 - 7]	[6 - 10]	[8 - 13]		
Rotfylling	6,5	5,9	6,8	7,4	6,1	6,6	1,0	0,9211
	[6 - 8]	[3 - 10]	[4 - 11]	[5 - 11]	[4 - 8]	[5 - 8]		
Tanntrekking	8,5	14,0	5,9	9,5	5,9	8,7	23,9	0,0010
	[7 - 10]	[10 - 19]	[4 - 10]	[7 - 13]	[4 - 9]	[7 - 11]		
Protese	1,6	1,7	1,2	2,7	1,0	1,4	5,1	0,3875
	[1 - 2]	[0.7 - 4]	[0.4 - 4]	[1 - 5]	[0.4 - 2]	[0.8 - 2]		
Tannregulering	0,7	0,8	0,8	1,5	0,2	0,3	8,1	0,1519
	[0.3 - 1]	[0.2 - 3]	[0.2 - 3]	[0.5 - 4]	[0.02 - 1]	[0.1 - 1]		
Implantatbehandling	1,6	1,3	0,9	1,9	1,3	2,6	5,3	0,4027
	[1 - 2]	[0.4 - 4]	[0.2 - 3]	[0.7 - 4]	[0.6 - 3]	[2 - 4]		
Råd om tannhygiene	13,3	21,7	20,5	13,8	8,5	7,4	67,9	<0,0001
	[11 - 15]	[17 - 28]	[16 - 26]	[10 - 18]	[6 - 11]	[6 - 9]		
Periodontittbehandling	6,7	3,8	4,5	4,3	7,1	11,8	32,7	0,0001
	[6 - 8]	[2 - 7]	[2 - 8]	[3 - 7]	[5 - 9]	[10 - 14]		
Tannbleking	0,3	0,0	0,8	0,4	0,2	0,1	6,3	0,2770
	[0,1 - 0,7]	-	[0,2 - 3]	[0,05 - 3]	[0,02 - 1]	[0,01 - 0,7]		

¹⁾ Testing er foretatt ved hjelp av chi-square test.

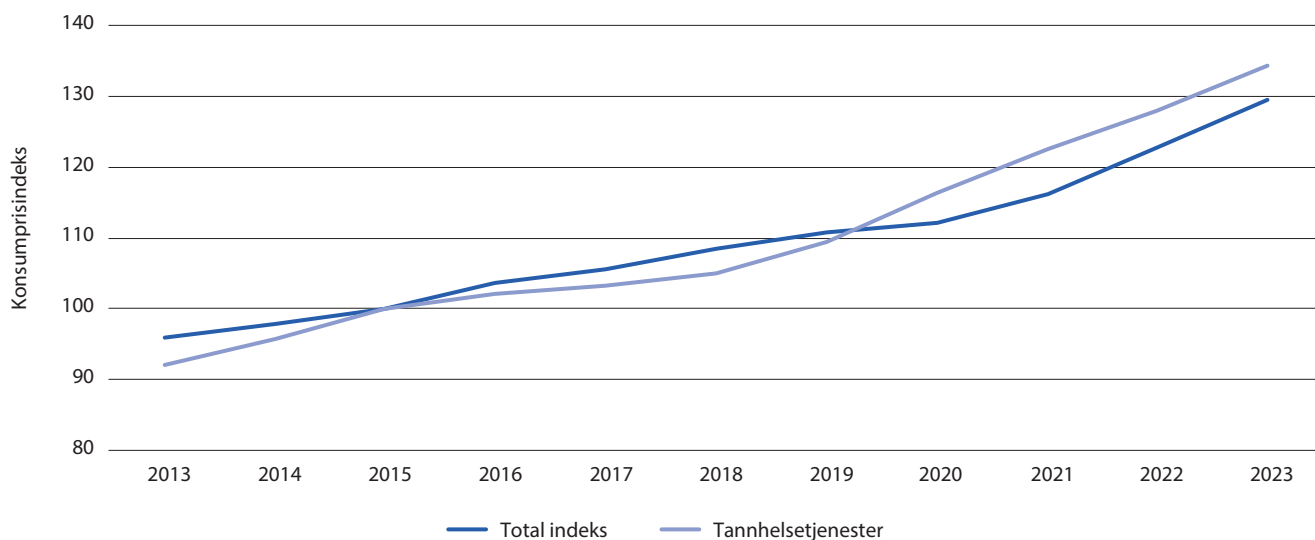


Figur 2. Type behandling utført hos tannlege siste år. Andeler i prosent (n= 2 295).

Diskusjon

Funnene viser at en høy del av den voksne befolkning etterspør tannhelsekontroller og tannbehandling hos tannpleiere og tannleger. Dette understrekes av at nesten 90 % av voksenbefolkningen har vært hos tannlege i løpet av de siste 2 årene, noe som er vesentlig høyere enn i flere andre europeiske land (14). Dette kan forklares ved tre forhold. For det første, barn og unge blir opplært til å ha regelmessige kontroller og tilsyn gjennom det oppsøkende tilbudet i Den offentlige tannhelsetjenesten. Dette atferdsmønsteret videreføres over til voksentannpleien. For det andre, tannlegetettheten i Norge er høy, og blant den høyeste i den vestlige verden (15). De private tannlegene har derfor god kapasitet, også til å se pasientene regelmessig. Dette understrekes av at ventetiden for time hos tannlegen er kort og befolkningen er godt tilfredse med tilgjengeligheten til tjenesten (5, 16). For det tredje, honorarene for tannbehandling er relativt lave i Norge, noe som kan forklares med at tannlegetettheten er høy, med påfølgende konkurranse om pasientene (17). I løpet av de siste 10 årene har prisutviklingen for tannhelsetjenester sammenfalt med den øvrige prisutviklingen for varer og tjenester i Norge (figur 3) (18).

Det er likevel grunn til å påpeke at kontaktmønsteret er forskjellig mellom unge og eldre pasienter. Det er særlig verdt å merke seg at nesten en tredjedel av de yngre melder seg til tannlegen bare ved behov. For de som går til regelmessige kontroller, er også re-call intervallet vesentlig lengre for yngre enn for eldre. Den bedre tann-



Figur 3. Konsumprisindeks for alle varer og tjenester og for tannhelsetjenester (2015=100). 2013–2023. Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken.

helsen blant unge voksne tilsier lavere sykdomsrisiko og dermed mulighet til å forlenge intervallene mellom kontroller (7-11).

Det kan bli spennende å se om de unge voksnes kontaktmønster fremover vil forplante seg oppover i de eldre aldersgruppene. Den private tannlegepraksis kan da påvirkes på minst to måter. For det første, etterspørselen etter tannlegenes tjenester vil reduseres, noe som kan føre til en ytterligere pasientmangel blant privatpraktiserende tannleger. Allerede tilbake i 2015, i en nasjonal praksisundersøkelse, oppga nesten 40 % av privatpraktiserende tannleger at de manglet pasienter (6). For det andre, usikkerheten i etterspørselen og dermed praksisinntektene vil øke. Regelmessige innkallinger administrert av den enkelte tannlege/praksis gir forutsigbarhet, og planmessighet i pasientstrømmen (17). Mer pasientstyring, ved at pasienten selv bestemmer sitt kontaktmønster, kan være effektivt for konkurransen, men vil kunne skape usikkerhet i økonomien knyttet til praksisdriften. Særlig vil dette ramme de tannlegene som har for få pasienter og hvor praksisinntektene allerede er lave (6). Dette kan medføre overbehandling, noe som peker i retning av alternative avlønningsmodeller (19-21). Typisk vil dette være modeller hvor stykkprisavlønningen utgjør en liten del av tannlegenes inntekter. Aktuelle modeller er fastlønn og/eller per capita avlønn. Studier fra Norge har vist at per capita avlønning ivaretar hensynet til både kvalitet og effektivitet i de tannhelsetjenester som tilbys (22, 23).

Utgiftsnivået er relativt lavt. En forklaring er den høye andelen pasienter som går regelmessig til tannlegen eller som selv melder seg ved behov. Tannsykdom kan da oppdages på et tidlig tidspunkt, og behandling kan iverksettes før skaden er blitt for omfattende. Dette demper utgiftsnivået. En liten andel av pasientene har høye utgifter, fortrinnsvis i de eldste aldersgrupper. Dette er som forventet, gitt de akkumulerte behandlingene de eldre har mottatt i løpet av livsløpet. De tilhører fyllingsgenerasjonen med mange gamle restaureringer. Disse har begrenset levetid, noe som tilsier behov for mye reparasjoner senere i livet. Gjennomsnittsutgiftene blant de yngste er om lag halvparten av det de eldste har. Dette samsvarer godt med at tannhelsen blant unge voksne er god (7-11). I tillegg, de få fyllingene unge voksne måtte ha er ennå ikke er så utslitte at de trenger å skiftes, og da ofte med større og mer omfattende restaureringer.

Klassiske behandlinger som er forbundet med utøvelsen av tannlegeyrket er krone-/broterapi, rotfyllinger, ekstraksjoner og periodontittbehandling. Hver for seg blir disse behandlingene utført på vel under 10 % av pasientene. Tannlegene tilbyr i dag først og fremst konsultasjoner som har et tjenesteytende preg, som undersøkelse, tannrens og rådgiving om tannhygiene. Omfanget av kosmetisk behandling som tannregulering og tannbleking er lavt. Det

gjelder også mer spesialisert behandling som proteser og implantatbehandling. Bærebjelken i det reparative behandlingstilbudet er fortsatt fyllingsterapi, men dette gjøres nå på mindre enn en tredjedel av pasientene. Det lave antallet behandlinger som avdekkes i denne undersøkelsen fra Kantar Public samsvarer med tilsvarende funn fra Praksisundersøkelsen fra 2015. Vi fant der at en gjennomsnittstannlege hadde vel under 2 pasienter per uke hvor det ble utført krone-/broterapi, rotfyllinger, ekstraksjoner eller periodontittbehandling. Siden dette var gjennomsnittsbetraktninger og siden variablene var skjevfordelte mot null, er det grunn til å anta at noen tannleger i dag bare sporadisk utfører en eller flere av de klassiske tannbehandlingene.

Avslutningsvis er det betimelig å kommentere resultatene i denne undersøkelsen i lys av de foregående nasjonale utvalgsundersøkelsene. Allerede i 1997, basert på analyser av data fra Gallup undersøkelsene 1973–1995, ble det dokumentert en klar dreining av forbruksmønsteret fra reparativ behandling tidlig på 1970 tallet til en tjeneste med mer tjenesteytende preg på midten av 1990 tallet (2). Våre resultater bekrefter at denne utviklingen har fortsatt, hovedsakelig på grunn av den markante bedringen i barns og voksnes tannhelse over de siste 50 år. Trenden i retning av mindre behandling har fortsatt fra 2013 til 2023. Over denne tiårs perioden har andelen pasienter som mottok de klassiske tannbehandlingene blitt halvert, og andelen som har mottatt fyllinger redusert fra 50 % til litt over 30 % (5). Kanskje viktigst - utgifter per pasient er redusert. I 2013 var utgiftene per pasient 3 237 kroner, som tilsvarer 4 235 kroner i 2023 kroner (justert med konsumprisindeksen for tannhelsetjenester (18)). Dette tilsvarer en reduksjon i utgifter per pasient på nesten 20 % fra 2013 til 2023.

Forbruksmønsteret som avdekkes i vår studie er i samsvar med funn fra andre internasjonale studier (24-28). Allerede på slutten av forrige århundre ble det påpekt at forbruket av tannhelsetjenester ville komme til å avta grunnet tannhelseforbedringene i flere vestlige land. En generell oppfatning var at dette burde lede til en reduksjon i antall tannlegeårsverk, gitt at det ikke var udekket behov for behandling. Den offentlige politikken i Norge har imidlertid vært å utdanne flere tannleger, og det selv i et marked hvor det udekkede tannhelsebehovet er lavt (5, 10, 29, 30). Hovedargumentet har vært fordelingspolitikk – det må utdannes mange tannleger for å få spredt dem utover. I tillegg til en antatt bedre geografisk spredning av tannlegene, kan en høy utdanningskapasitet av tannleger lede til mer konkurranse tannlegene mellom om pasientene (17). Dette vil igjen kunne øke tilgjengeligheten til tjenesten, og gi lavere honorarer. Motstykket er at det kan utføres for mye eller unødige behandlinger, noe det fins støtte for i Praksisundersøkelsen fra 2015 (31). Omfanget er imidlertid ikke høyt. Selv om noen tannleger, de som

har for lite å gjøre, kompenserer ved å tilby litt mer (unødvendig) behandling viser undersøkelsen fra Kantar Public, sammenholdt med de tidligere nasjonale undersøkelser, at dette ikke er tilstrekkelig for å kompensere for den underliggende fallende etterspørselen etter ulike typer behandlinger. En implikasjon av våre funn, er at utdanningskapasiteten av tannleger i Norge må reduseres, eventuelt at dette gjøres i kombinasjon med lavere import av utenlandske tannleger. Denne diskusjonen bør påbegynnes nå siden det tar flere år å fatte en slik beslutning, og når beslutningen først er fattet tar det minst fem år til før den får noe betydning for antall tannleger som utdannes.

Konklusjon

Hovedinntrykket er at forbruksmønsteret av tannhelse tjenester i den norske voksenbefolkningen er i endring. Færre unge og midlaldrende personer har årlige tannhelsekontroller, og de velger i større grad selv å bestemme sitt kontaktmønster med tannlegen. Andelen pasienter som mottar de klassiske tannbehandlinger er redusert over de siste ti-år. Funnene utfordrer sentrale tannhelsepoli-

tiske spørsmål knyttet til arbeidsmarkedet for tannhelsepersonell, særlig hvor mange tannleger som trengs fremover, og arbeidsdelingen mellom tannpleiere, allmenntannleger og spesialister. Neste generasjon tannlegestudenter kan i sin fremtidige yrkeskarriere komme til å bli mer tannpleiere enn allmenntannleger. Pasientenes stilling utfordres også, særlig i form av mulig overbehandling i et marked med høy tannlegetetthet og avtagende behandlingsbehov. Det kan også bli krevende for fremtidens tannleger å opprettholde sin kliniske kompetanse, særlig på de teknisk krevende behandlingstyper.

Takk

Forfatterne takker Vista Analyse for tilgang til dataene. Dataene ble opprinnelig innhentet i forbindelse med et utredningsarbeid til Helse- og omsorgsdepartementet om tannhelseutgifter og forbruksmønster i voksenbefolkningen. Vista Analyse er ikke ansvarlige for analyser, innhold og konklusjoner i denne artikkelen. Forfatterne har ingen interessekonflikter mht. materiale og konklusjoner i artikkelen.

REFERANSER

- Grytten J, Holst D, Rossow I, Vassend O, Wang NJ. 100 000 flere voksne går til tannlegen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 1990; 100: 414-22.
- Holst D, Grytten J. Tannbehandling i Norge 1973 til 1995 – fra sykdomsbehandling til tjenesteyting? *Nor Tannlegeforen Tid.* 1997; 107: 554-9.
- Grytten J, Skau I, Holst D. Endring i utgifter og honorarer for tannbehandling 1995-2004. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2004; 114: 744-7.
- Holst D, Grytten J, Skau I. Den voksne befolknings bruk av tannhelse tjenester i Norge i 2004. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2005; 115: 212-6.
- Grytten J, Skau I, Holst D. Tannhelse tjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge – behandlingsprofler og tilgjengelighet til tannlegen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 176-83.
- Grytten J, Skau I. Improvements in dental health and dentists' workload in Norway, 1992-2015. *Int Dent J.* 2022; 72: 399-406.
- Dobloug A, Grytten J. A ten-year longitudinal study of caries among patients aged 14-72 years in Norway. *Caries Res.* 2015; 49: 384-9.
- Fardal Ø, Skau I, Rongen G, Heasman P, Grytten J. Provision of treatment of periodontitis in Norway in 2013 – a national profile. *Int Dent J.* 2020; 70: 266-76.
- Grytten J, Pervaiz M, Rongen G, Skau I. Endringer i de unge voksnes tannhelse – hvor stort er deres behandlingsbehov? En analyse av studenter som var pasienter hos SiO Helse Tannlege i perioden 2007–2018. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2020; 130: 904–12.
- Holst D, Schuller AA, Dahl KE. Bedre tannhelse for alle? Tannhelseutvikling i den voksne befolkning i Nord-Trøndelag fra 1973 til 2006. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2007; 117: 804–11.
- Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelse- nesten. <https://www.ssb.no/statbank/list/tannhelse> (lest 14.08.2024).
- Grytten J. How age influences expenditure for dental services in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1990; 18: 225-9.
- Grytten J, Skau I, Dobloug A, Barkvoll P. Fremtidig behov for tannleger: Trengs det 1500 flere om 20 år? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 384-8.
- Winkelmann J, Rossi JG, Schwendicke F, Dimova A, Atanasova E, Habicht T, et al. Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach. *BMC Oral Health.* 2022; 22: 65.
- Eurostat. Healthcare personnel statistics – dentists, pharmacists and physiotherapists 2021. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists (lest 14.08.2024).
- Grytten J. Effect of time costs on demand for dental services among adults in Norway in 1975 and 1985. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1991; 19: 190-4.
- Grytten J, Sørensen R. Competition and dental services. *Health Econ.* 2000; 9: 447-61.
- Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Konsumpris- indeksen. <https://www.ssb.no/statbank/table/03014/> (lest 14.08.2024).
- Grytten J. Payment systems and incentives in dentistry. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017; 45: 1-11.
- Grytten J. Models for financing dental services. A review. *Community Dent Health* 2005; 22: 75-85.
- Grytten J. Trygdepolitiske problemstillinger i tannhelse- tjenesten – en oversikt. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2010; 120: 308-15.
- Grytten J, Holst D, Skau I. Per capita remuneration of dentists and the quality of dental services. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013; 41: 395-400.
- Grytten J, Holst D, Skau I. Incentives and remuneration systems in dental services. *Int J Health Care Finance Econ.* 2009; 9: 259-78.
- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31(Suppl 1): 3-24.
- Eklund SA, Bailit HL. Estimating the number of dentists needed in 2040. *J Dent Educ.* 2017; 81: S146-52.
- Jordan RA, Krois J, Schiffner U, Micheelis W, Schwendicke F. Trends in caries experience in the permanent dentition in Germany 1997-2014, and projection to 2030: morbidity shifts in an aging society. *Sci Rep.* 2019; 9: 5534.
- Lagerweij MD, van Loveren C. Declining caries trends: are we satisfied? *Curr Oral Health Rep.* 2015; 2: 212-7.
- Rozier RG, White BA, Slade GD. Trends in oral diseases in the U.S. population. *J Dent Educ.* 2017; 81: e97-109.
- Hjemås G, Zhiyang J, Kornstad T, Stølen NM. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Rapporter 2019/11. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2019.
- Jiang N, Grytten J, Kinge JM. Inequality in access to dental services in a market-based dental care system: A population study from Norway 1975-2018. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022; 50: 548-58.
- Grytten J, Listl S, Skau I. Do Norwegian private dental practitioners with too few patients compensate for their loss of income by providing more services or by raising their fees? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2023; 51: 778-85.

ENGLISH SUMMARY

Holden MB, Skau I, Grytten J.

Use of dental services in the adult population 20-70 years of age – many check-ups, little treatment

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 796-805.

The purpose of this study was to map dental visits and consumption of dental services in the adult population 20-70 years of age. The data were collected using a questionnaire sent out to a representative sample of adults (n=6 281) in the autumn of 2023. The response rate was 48.4%. Seventy-nine percent of the population had visited a dentist or a dental hygienist during the last year. Eighty-six percent had visited a dentist during the last two years. The level of contact varied according to age. The mean cost for those who had visi-

ted a dentist or dental hygienist during the last year was NOK 3 435. The cost was lowest for the age group 20-29 years (NOK 2 273) and highest for the age group 60-70 years (NOK 4 576). Seventy-four percent had paid NOK 3000 or less. For those who had visited a dentist during the last year, 32 % had had one or more fillings. Extractions were the next most common type of treatment: 8.5% of the patients. About 7% of patients had received crowns, bridges, root fillings or periodontal treatment.



Vi har flyttet inn i nye, større lokaler, sentralt på Majorstuen – rett ved siden av vår gamle klinikk!

Fridtjof Nansens vei 19, 0369 Oslo
oralkirurgisk@orisdental.no | 23 19 61 90

39 år med oralkirurgi

Etter 20 år på Oralkirurgisk klinikk takker oralkirurg Dagfinn Nilsen for seg og går av med pensjon. Dagfinns tjeneste som oralkirurg har betydd mye for mange, med imponerende 20.000 behandlede pasienter.

Oralkirurgisk klinikk fortsetter å ta i mot henvisninger og behandle pasienter som tidligere. Vi forsterker nå teamet med Dagfinns sønn, Dag Petter Nilsen Tingvoll, som er spesialist i oral kirurgi og oral medisin.

Kollegene på Oralkirurgisk klinikk og i Oris Dental takker Dagfinn for mange fine år sammen.

Spesialister i oral kirurgi og oral medisin

Johanna Berstad
Erik Bie
Dag Petter Nilsen Tingvoll
Hauk Øyri

Spesialist i oral protetik

Dr.odont Jørn Aas



ORIS DENTAL
ORALKIRURGISK KLINIKK

*Vårt selskap med røtter så dype som trettifem år,
Vokser raskt, med kvalitetsklinikker fra Norges kyst til søte bror.*

*Vi søker eiere, som vil selge med trygghet og ro,
Slik at deres klinikk kan blomstre og gro.*

*Hos oss får du faglig styrke og utvikling hvormed,
Din fremtid er i trygge hender, et sikkert steg.*

*Og for tannleger og sekretærer, vi tilbyr et hjem,
Et miljø som inspirerer, der kunnskapen blomstrer frem.*

*På Nordental står vi klar, med åpne dører og tid,
For en prat på vår stand, om din spennende fremtid.*

**Finn ut mer om hvordan en
fremtid med OC Tannklinikker
rimer med dine ambisjoner på
Nordental 2024**

Velkommen til stand B04 - 29

OC Tannklinikker er en del av Oral Care Sverige.
Oral Care er en av Sveriges største private tannhelseaktører.



TANNKLINIKKER

Norge | Sverige | Nederland

HOVEDBUDSKAP

- Helsepersonelloven pålegger tannhelsepersonell i Norge å melde til barnevernet ved begrunnet mistanke om omsorgssvikt
- I Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge oppgir en tredjedel av tannleger og tannpleiere at de har unnlatt å utøve meldeplikten
- Over halvparten av disse har unnlatt å utøve meldeplikten mere enn en gang
- Samtidig oppgir over halvparten å ha positive holdninger til barnevernet, mens ett fåtall oppgir negative holdninger
- Bekreftede årsaker til unnlatelse av meldeplikten som «usikkerhet på egne vurderinger» og «redsel for å ta feil», er hyppig rapportert særlig blant ansatte med negative holdninger til barnevernet
- Kunnskapsnivået om barnemishandling og meldeplikt til barnevernet må styrkes i Den offentlige tannhelsetjenesten

FORFATTERE

Elias Ødmann Borgmo, odontologistudent. Institutt for klinisk Odontologi, Universitetet i Bergen

Sophie Elise Djupevåg, odontologistudent. Institutt for klinisk Odontologi, Universitetet i Bergen

Karin Goplerud Berge, ph.d., seniorforsker. Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vestland

Ingfrid Vaksdal Brattabø, ph.d., seniorforsker. Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vestland.

Anne Nordrehaug Åstrøm, professor emerita. Institutt for klinisk odontologi, UiB, og seniorforsker ved Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vestland

Korresponderende forfatter: Anne Nordrehaug Åstrøm. E-post: anne.astrom@uib.no

Akseptert for publisering 02.05.2024

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:

Borgmo E, Djupevåg SE, Berge KG, Brattabø IV, Åstrøm AN. Hvorfor unnlater tannhelsepersonell å utøve meldeplikten? En undersøkelse i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2024; 134: 808-16.

MeSH: children, welfare, services, oral health, maltreatment

Artikkelen er basert på masteroppgave i odontologi ved Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, 2024

Hvorfor unnlater tannhelsepersonell å utøve meldeplikten?

En undersøkelse i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge

Elias Ødmann Borgmo, Sophie Elise Djupevåg, Karin Goplerud Berge, Ingfrid Vaksdal Brattabø og Anne Nordrehaug Åstrøm

Helsepersonell i Norge har en lovmessig forpliktelse å melde til barnevernet dersom det foreligger begrunnet mistanke om omsorgssvikt. Globalt er det ca. 40 millioner barn som har erfart omsorgssvikt, men underrapportering til barnevernet er betydelig. Denne studien baseres på data fra prosjektet «Barn i risiko og oral helse» <https://www.barnirisikoogoralhelse.no/> ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland og søker svar på følgende spørsmål; Hvor stor andel av tannleger og tannpleiere bekrefter årsaker til unnlatelse av meldeplikten og hvordan varierer årsaksstrukturen med holdninger til barnevernet? I 2019 deltok 1 270 tannleger og tannpleiere ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten i en elektronisk spørreundersøkelse. En tredjedel bekreftet unnlatelse av meldeplikten, og 57 % bekreftet positive holdninger til barnevernet. De hyppigst oppgitte enkeltårsaker til unnlatelse var «usikkerhet på egne vurderinger» og «redsel for å ta feil», mens «redsel for hvordan barnevernet ville håndtere meldingen» var mindre hyppig. Årsaksmønsteret varierer mellom ansatte med positive og negative holdninger til barnevernet. Enkeltårsakene «redd for hva som kunne skje med barnet», «redd for hvordan barnevernet håndterer meldingen», «manglende rutiner for å sende melding» og «manglende kunnskap om barnemishandling»,

var hyppigst bekreftet blant deltakerne med negative holdninger. Resultatene antyder at kunnskapsnivået om barnemishandling og omsorgssvikt bør styrkes i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge har en lovmessig forpliktelse til å gi regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og unge fra fødsel til 18 års alder (1). De fleste barn og unge i Norge bruker Den offentlige tannhelsetjenesten og i 2022 ble ca. 700 000 (av de ca. en million under offentlig tilsyn) barn og unge mellom tre og 18 år undersøkt og behandlet der (2). Den regelmessige kontakten med barn og unge og deres foreldre/foresatte innebærer at tannhelsepersonell er i en unik posisjon til å kunne oppdage omsorgssvikt. Verdens Helseorganisasjon har definert omsorgssvikt slik «Child abuse or maltreatment constitutes all forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child's health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power» (3,4). Her skiller man mellom flere hovedformer; emosjonell-, fysisk-, og seksuell mishandling og forsømmelse/vanskjøtsel. «Dental neglect» eller «oral vanskjøtsel» brukes i tilfeller der barnet ikke oppfyller kriterier for god oral helse (5,6). Det anbefales å skille mellom bevisst og ikke bevisst forsettlig omsorgssvikt og omsorgssvikt som kan være resultat av utilsiktet forsømmelse grunnet forhold som lav sosioøkonomisk status, odontofobi og sosial isolasjon (6). Omsorgssvikt defineres som en betydelig forsømmelse av ivaretagelsen av barns grunnleggende behov og mangel på tannhelsemessig hjelp kan regnes som medisinsk omsorgssvikt (7). Etter helsepersonelloven (paragraf 33) er alt helsepersonell i Norge pålagt å melde til barnevernet dersom det foreligger begrunnet mistanke om en eller flere former for omsorgssvikt (8). Barnevernloven pålegger i sin tur barnevernet å gi tilbakemelding til offentlig melder om at bekymringsmelding er mottatt og om det eventuelt er åpnet sak i det enkelte tilfelle (9).

Omsorgssvikt er internasjonalt anerkjent som et utbredt og alvorlig menneskerettighets- og folkehelseproblem (6,10). De fleste tilfeller skjer i familiesammenheng, mens færre tilfeller skjer i skolen og andre institusjoner for barn (6). Ifølge en dansk befolkningsundersøkelse har man funnet at forskjellige typer omsorgssvikt hos barn under 12 år varierer fra 3 til 5 % (11). Videre har man funnet at forekomsten av seksuelle overgrep er 6 % og 1,6 % blant henholdsvis norske jenter og gutter (12). Det er påvist sammenheng mellom mobbing og utsatthet for fysisk vold i barndommen og en nyere undersøkelse viser at en av fem rapporterer at de har vært utsatt for mobbing i oppveksten (13). I en nyere norsk undersøkelse (Ung HUNT 4) ble det påvist sammenheng mellom ulike

typer av omsorgssvikt og uregelmessig munnhygiene og høy karieserfaring (14). En systematisk oversikt anslår at forekomsten av omsorgssvikt med konsekvenser for tannhelsen varierer mellom 34 % og 56 % (5). En skotsk studie har vist at blant barn mistenkt for fysisk mishandling hadde 59 % manifestasjoner i hode- hals regionen i form av blåmerker på ansikt, hode og nakke, skrubbsår i ansikt, hode og nakke, rifter i ansikt og hode, bitt og brannsåre, og avrevet labialt frenulum (15). Søkelys på ulike aldersgrupper, bruk av forskjellige metoder og måleinstrumenter varierer mellom de ulike studiene og gjør det vanskelig å sammenligne resultatene. Ulike definisjoner på hva mishandling/omsorgssvikt innebærer har også ført til stor variasjon i de epidemiologiske funnene (5,6).

Sammenlignet med barn i den generelle populasjonen har barn og ungdom som har vært utsatt for omsorgssvikt større problemer med å motta tannbehandling, høyere frekvens ikke møtt til oppsatt tannlege time, større forekomst av ubehandlet tannsykdom og lesjoner i tennenes støttevev og i ansiktsregionen. De har også en økt risiko for karies sammenlignet med befolkningen ellers (16,17,18). Lav sosioøkonomisk status hos foreldre og foresatte, tannbehandlingsangst og manglende ivaretagelse av melketenner er eksempler på risikofaktorer for omsorgssvikt (5,6).

Forekomsten av utøvelse av lovpålagt meldeplikt fra tannhelsepersonell til barnevernet varierer fra land til land og er beregnet til mellom 3–47 % (19). I perioden 2015–2019 så man en gradvis økning av antall bekymringsmeldinger sendt til barnevernet fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge (20). Ifølge innrapporterte tall til SSB har det i perioden 2019–2022 vært en nedgang i antall bekymringsmeldinger sendt fra tannhelsetjenesten (21). En tidligere norsk undersøkelse fra 2014 viste at 60% av tannleger og tannpleiere bekreftet at de hadde erfaring med å melde mistanke om omsorgssvikt til barnevernet (22). Fem år seinere, i 2019, ble det observert en økning i utøvelse av meldeplikten hos tannhelsepersonell på 18,5% (23). Liknende økninger i meldeplikten over tid er rapportert internasjonalt (16).

Skandinaviske studier har også vist at det er et vedvarende gap mellom helsepersonellens mistanker om mishandling og aktuell rapportering til barnevernet (24,25,26,27). Både internasjonal og nasjonal forskning viser stor grad av underreportering til barnevernet (24–27). I Danmark var det kun 34 % av dem som hadde mistanke om omsorgssvikt som bekreftet at de hadde sendt melding til barnevernet (11,12). I en norsk studie oppga ca. 1/3 av ansatte i Den offentlige tannhelsetjenesten at de ikke hadde rapportert til barnevernet til tross for begrunnet mistanke om omsorgssvikt (22). Unnlatelse av meldeplikten kan få alvorlige konsekvenser for barnet som istedenfor å bli tilbudt profesjonell hjelp kan få en oppvekst under svært ugunstige forhold. Brattabø og medarbeidere

(22) fant at tannhelsepersonellens beslutning om å utøve meldeplikten hadde sterkest sammenheng med deres holdning til slik rapportering. Andre studier har identifisert forklaringsfaktorer for underreportering, som for eksempel manglende kompetanse om omsorgssvikt, usikkerhet angående meldeplikten, usikkerhet om regelverket, barnevernets måte å jobbe på og bekymring angående negative konsekvenser av rapportering (24-27).

I 2014 identifiserte Bjørknes og medarbeidere (26) forskjellige årsaker til hvorfor tannhelsepersonell i Norge unnlater å rapportere mistanke om omsorgssvikt til barnevernet. Den foreliggende studien bygger på en oppfølgingsundersøkelse i Den offentlige tannhelsetjenesten gjennomført i 2019. Studien har som mål å fremskaffe ny informasjon om tannhelsepersonellens årsaker til manglende rapportering. I tillegg ønsker vi å se på om tannhelsepersonellens holdninger til barnevernet har sammenheng med underrapporteringens årsaksmønster. Følgende spørsmål søkes besvart: Hvor stor andel av tannleger og tannpleiere bekrefter ulike årsaker til unnlatelse av meldeplikten og hvordan varierer årsaksstrukturen etter sosiale og demografiske karakteristika, holdninger til barnevernet og hyppighet av unnlatt meldeplikt?

Metode

Den foreliggende studien bygger på data hentet fra prosjektet «Barn i risiko og oral helse» <https://www.barnirisikoogoralhelse.no/> ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland. Formålet med forskningsprosjektet er å fremskaffe informasjon som kan føre til en beste praksis når det gjelder barn som er utsatt for mishandling og eller andre former for omsorgssvikt. I 2019 ble det utført en tverrsnittsundersøkelse blant alle tannleger og tannpleiere ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. Totalt mottok 1 791 tannleger og tannpleiere invitasjon om å delta i en elektronisk spørreundersøkelse og 1 270 ga samtykke til deltagelse (70,9 %). Rekruttering av deltakere foregikk gjennom fylkestannlegene som bidro med oppdaterte navnelister, stillingstitler og e-postadresser. Deltakelse var frivillig og basert på informert samtykke. Spørreskjema ble administrert via internettplattformen Survey Xact. Prosjektet er meldt inn til Regional etisk komite, og er vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og personvernombud i Hordaland fylkeskommune.

Følgende variabler ble målt i analysene-

Unnlatelse av å utøve meldeplikten ble målt med følgende spørsmål: «Har du noen gang i løpet av den tiden du har arbeidet i Den offentlige tannhelsetjenesten unnlatt å sende bekymringsmelding selv om du har hatt mistanke om barnemishandling eller omsorgssvikt?» Svarkategoriene var Ja =1, Nei =2. For de som svarte bekref-

tende ble spørsmålet ble fulgt opp med følgende: «Hvor mange ganger har du unnlatt å sende bekymringsmelding?» Svarene ble kategorisert som 1= en gang og 2= flere enn en gang.

Holdninger til barnevernet ble målt med spørsmålet – « Sett under ett hvor misfornøyd eller fornøyd er du med barnevernet» – svaralternativer (1) svært misfornøyd, (2) misfornøyd (3) hverken misfornøyd eller fornøyd (4) fornøyd (5) svært fornøyd. Variabelen ble tredelt til (1) negativ holdning, (2) nøytral holdning, (3) positive holdning.

Blant de som bekreftet å noensinne ha unnlatt å utøve meldeplikten ble 20 årsaker til unnlatelse målt med spørsmålet «Hva var grunner til at du unnlot å sende bekymringsmelding til barnevernet i de tilfellene du hadde mistanke om barnemishandling eller omsorgssvikt?» Svarene ble gitt ved at respondentene krysset av på faste svaralternativer. Eksempel: «Jeg var usikker på egne vurderinger» – med svaralternativer «stemmer helt» (1), «stemmer litt» (2), «stemmer ikke» (3), «vet ikke» (4). I analysene ble kategorien 1 og 2 slått sammen til (1) stemmer, (2) stemmer ikke, mens kategori 4 ble utelatt fra analyse.

Sosiale og demografiske variabler ble målt ved kjønn, alder, yrkeskategori, landsdel og antall år ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Analyse

Data er lagt til rette for analyse i SPSS, 22 (IBM Corporation, NY, USA). Bivariate analyser er utført med krystabeller og Kji-Kvadrat. Eksplorativ faktoranalyse ble utført for å redusere 20 enkeltårsaker for unnlatelse av meldeplikt til enkeltfaktorer. ANOVA analyser og «independent sample t – test» er brukt for å sammenligne gjennomsnitt av årsaksfaktorer etter sosiale og demografiske karakteristika, antall ganger unnlatt å sende melding til barnevernet og holdning til barnevernet.

Resultat

Tabell 1 viser prosentfordeling av deltakernes sosiale og demografiske karakteristika, unnlatelse av meldeplikten og holdninger til barnevernet i det totale utvalget (n=1270) og i underutvalget av deltakere som bekreftet å ha unnlatt å sende bekymringsmelding (n=389). Tabellen viser at underutvalget (n=389) ikke skiller seg stort i forhold til det totale utvalget i 2019. Totalt oppga 32,9 % i det totale utvalget at de hadde unnlatt å utøve meldeplikten. Blant de som bekreftet å ha unnlatt å utøve meldeplikten oppga 57,6 % at de hadde unnlatt dette mere enn en gang og 3,5 %, 37,7 % og 58,8 % bekreftet henholdsvis negative, nøytrale og positive holdninger til barnevernet. I det totale utvalget var den tilsvarende fordelingen av holdninger til barnevernet 3,4 %, 39,9 % og 56,7 %.

Tabell 2 viser frekvens unnlatelse av meldeplikten (unnlatt å melde en gang/ unnlatt å melde mer enn en gang) og holdninger til barnevernet etter sosiale og demografiske karakteristika. Totalt oppga 46,0 % versus 66,7 % ($p<0,001$) av de med henholdsvis kort

(0-8 år) og lang (>8 år) ansettelse i tannhelsetjenesten at de hadde unnlatt å sende melding til barnevernet flere ganger. Videre oppga 51,7 % yngre versus 64,8 % eldre deltakere ($p<0,05$) at de hadde

Tabell 1. Utvalgsprofil – tannhelsepersonellens sosiale og demografiske karakteristika i utvalget totalt (n=1270) og i et underutvalg - blant de som bekrefter å ha unnlatt å utøve meldeplikten (n=389)

	Totalt utvalg (n=1270)	Underutvalg (n=389)
Sosio-demografiske faktorer	% (n)	% (n)
Kvinner	85,8 (945)	90,9 (320)
Menn	14,2 (157)	9,1 (32)
Yngre (20-39)	52,6 (579)	43,9 (154)
Eldre (>39)	42,4 (522)	56,1 (197)
Tannpleier	32,2 (397)	36,4 (141)
Tannlege	67,8 (837)	63,6 (246)
Vest Norge	24,5 (219)	26,4 (75)
Mitt/Nord-Norge	24,8 (222)	27,1 (77)
Sør-øst Norge	50,7 (453)	46,5 (132)
Ansatt 0-8 år	47,7 (525)	36,5 (128)
Ansatt 9-47 år	52,3 (576)	63,5 (223)
Unnlatt å utøve meldeplikten	32,9 (389)	-
Unnlatt å melde mere enn en gang	-	57,6 (209)
Negative holdninger til barnevernet	3,4 (39)	3,5 (13)
Nøytrale holdninger til barnevernet	39,9 (456)	37,7 (139)
Positive holdninger til barnevernet	56,7 (648)	58,8 (217)

Tabell 2. Antall ganger unnlatt å sende bekymringsmelding og holdninger etter sosiale og demografiske karakteristika blant de som har unngått å sende meldeplikt (n=389)

	Unnlatt å sende en gang % (n)	Unnlatt å sende mere enn en gang % (n)	Negative holdninger til barnevern % (n)	Nøytrale holdninger til barnevern % (n)	Positive holdninger til barnevern % (n)
Kvinne	41,7 (126)	58,3 (176)	3,0 (11)	37,8 (121)	58,8 (188)
Mann	37,9 (11)	62,1 (18)	6,3 (2)	31,3 (10)	62,5 (20)
Tannpleier	43,0 (55)	57,0 (73)	3,0 (4)	32,6 (44)	64,4 (87)
Tannlege	41,6 (97)	58,4 (136)	3,9 (9)	40,9 (95)	55,2 (128)
Region vest	40,0 (28)	60,0 (412)	2,7 (2)	44,0 (33)	53,3 (40)
Region mitt/nord	54,7 (41)	45,3 (34)	3,9 (3)	39,0 (30)	57,1 (44)
Region sør	39,8 (49)	60,2 (74)	3,0 (4)	29,5 (39)	67,4 (89)
Ansatt 0-8 yr	54,0 (68)	46,0 (58)	5,5 (7)	36,7 (47)	57,8 (74)
Ansatt >8 yrs	33,3 (68)	66,7 (136)**	2,7 (6)	37,7 (84)	59,6 (133)
Yngre (20-39)	48,3 (73)	51,7 (78)	4,5 (7)	37,7 (58)	57,8 (89)
Eldre (>39)	35,2 (63)	64,8 (116)*	3,0 (6)	37,1 (73)	59,9 (118)

** $p<0,001$, * $p<0,05$

unnlatt å sende melding flere ganger. Holdninger viste liten variasjon etter sosiale karakteristika.

Tabell 3- viser andelen av deltakere som bekreftet 20 årsaker til unnlatelse av meldeplikten totalt og etter kjønn og yrkeskategori. Den hyppigst bekreftede årsak til unnlatelse av meldeplikten i utvalget totalt (n=389) var «usikkerhet på egne vurderinger» (86,2 %), etterfulgt med synkende frekvenser av «redsel for å ta feil» (74,9 %), «redsel for foreldrenes reaksjon» (54,5 %), «ubehagelig å melde siden ikke anonym» (53,9 %), «hadde ikke nok kunnskap om barnemishandling» (37,7%), «usikkerhet på hvordan dokumentere funn» (35,9 %), «redsel for at barnet slutter på klinikken» (35,3 %) «redsel for hva som kunne skje med familien» (34,1 %) , «redsel for trusler» (32,9 %) og «redsel for hva som kan skje med barnet» (30,5 %). De øvrige årsakene hadde frekvenser fra 23,4 % («redsel for hvordan barnevernet håndterer melding») til 7,2 % («usikkerhet ang hvor

melding skal sendes»). Årsakene varierte lite over kjønn og yrkeskategori. Totalt oppga 57,1 % kvinner versus 27,3 % (p<0.05) menn at de var redde for foreldrenes reaksjon.

Som vist i tabell 4, bekreftet en lavere andel av de med positive enn de med nøytrale og negative holdninger til barnevernet følgende årsaker til unnlatelse; redsel for hva som kunne skje med barnet, «redsel for hvordan barnevernet håndterer meldinger», «manglende rutiner for å sende», «ikke nok kunnskap om barnemishandling». Totalt bekreftet 66,7 %, 40,3 % og 23,4 % (p<0.05) av deltakere med negative, nøytrale og positive holdninger redsel for hva som kunne skje med barnet, mens 66,7 %, 33,9 % og 13,8 % bekreftet «bekymring for hvordan barnevernet håndterte meldingene». Totalt oppga 16,7 % av deltakerne med negative holdninger versus 7,4 % av deltakerne med positive holdninger «manglende rutiner for å utøve meldeplikten». Blant deltakeren som hadde unnlatt mel-

Tabell 3. Andelen som bekrefter årsaker til unnlatelse av meldeplikten totalt og etter kjønn og yrkeskategori. (n=389)

	Total % (n)	Kvinne % (n)	Mann % (n)	Tannpleier % (n)	Tannlege % (n)
Redd for hva som ville skje med barnet (10) ^a	30,5 (51)	32,7 (48)	27,3 (3)	28,1 (16)	31,8 (35)
Redd for hva som ville skje med foreldrene	19,8 (33)	21,1 (31)	18,2 (2)	17,5 (10)	20,9 (23)
Redd for hva som kunne skje med familien (8) ^a	34,1 (57)	35,4 (52)	45,5 (5)	29,8 (17)	36,4 (40)
Redd for foreldrenes reaksjon(3) ^a	54,5 (91)	57,1 (84)	27,3 (3)*	56,1 (32)	53,6 (59)
Redd for å få trusler (9) ^a	32,9 (55)	36,1 (53)	18,2 (2)	33,3 (19)	32,7 (36)
Redd for hvordan barnevernet håndterer bekymringsmeldingen	23,4 (39)	24,5 (26)	9,1 (1)	15,8 (9)	27,3 (30)
Ubehagelig å melde siden en ikke kan være anonym (4) ^a	53,9 (90)	56,5 (83)	45,5 (5)	54,4 (31)	53,6 (59)
Redd for at barnet slutter på tannklinikken (7) ^a	35,3 (59)	37,4 (55)	18,2 (2)	29,8 (17)	38,2 (42)
Redd for klinikken sitt rykte	10,2 (17)	10,2 (15)	9,1 (1)	7,0 (4)	11,8 (13)
Usikker på hvordan sende melding	14,4 (24)	36,1 (53)	45,5 (5)	10,5 (6)	16,4 (18)
Usikker på hvor sende melding	7,2 (12)	6,1 (9)	27,3 (3)*	1,8 (1)	10,0 (11)
Usikker på hvordan dokumentere funn (6) ^a	35,9 (60)	14,3 (21)	27,3 (3)	28,1 (16)	40,0 (44)
Hadde ikke rutiner for å sende melding	13,2 (22)	12,9 (19)	27,3 (3)	14,0 (8)	12,7 (14)
Manglet støtte fra klinikkssjef	9,0 (15)	9,5 (14)	9,1 (1)	10,5 (6)	8,2 (9)
Manglet støtte fra kollega	12,0 (20)	12,2 (18)	18,2 (2)	14,0 (8)	10,9 (12)
Usikker på egne vurderinger (1) ^a	86,2 (144)	86,4 (127)	81,8 (9)	86,0 (49)	86,4 (95)
Redd for å ta feil (2) ^a	74,9 (125)	75,5 (111)	63,6 (7)	70,2 (40)	77,3 (85)
Hadde ingen å diskutere bekymringsmelding med	12,6 (21)	13,6 (20)	9,1 (1)	5,3 (3)	16,4 (18)
Hindret av taushetsplikten	8,4 (14)	8,8 (13)	9,1 (1)	12,3 (7)	6, (7)
Hadde ikke nok kunnskap om barnemishandling og omsorgssvikt (5) ^a	37,7 (63)	38,1 (56)	63,6 (7)	40,4 (23)	36,4 (40)

*p<0,05

^a De 10 hyppigst forekommende årsakene i parentes

deplikten flere ganger oppga 62,4 % at de var redd for foreldrenes reaksjon. Tilsvarende prosentandel blant de som hadde unnlatte meldeplikten en gang var 42,4 % ($p < 0.05$).

Resultater fra en eksplorativ faktoranalyse viste at 13 enkeltårsaker kunne samles i tre faktorer. Faktor 1 ble kalt «Bekymring for negative reaksjoner mot seg selv eller klinikken» og bestod av enkeltårsakene, «ubehagelig å sende melding», «redd for foreldres reaksjon», «redd for at barnet slutter på klinikken», «redd for trusler», «redd for klinikkens rykte». Faktor 2 ble kalt «bekymring for negative konsekvenser for barnet og familien» og bestod av enkeltårsakene, «ingen å diskutere bekymringsmeldinger med», «redd for konsekvensene for familien», «redd for hva som kan skje med familien», «redd for hva som kan skje med barnet». Faktor 3 ble kalt

«manglende kunnskaper og rutiner angående utøvelse av meldeplikten» og bestod av enkeltårsakene: «usikker på hvordan sende melding», «usikker på hvor sende melding», «mangler rutiner», «har ikke nok kunnskap om barnemishandling». For videre analyser ble det konstruert sumskårer av enkeltårsakene tilsvarende faktor 1, 2 og 3.

Tabell 5 viser gjennomsnitt for årsaksfaktorene totalt og etter antall unnlatelser og holdninger til barnevernet. Svakest gjennomsnitt hadde faktor 1 (8.1, sd 1.6) etterfulgt av faktor 3 (7.2, sd 1.1) og faktor 2 (7.0 sd 1.3). om vist hadde deltakere med negativ holdning en lavere skår på faktor 3 sammenlignet med deltakere med positiv holdning. De som hadde unnlatte å melde flere ganger skåret lavere på årsaksfaktor 1 enn de som hadde unnlatte å melde en gang.

Tabell 4. Andelen som bekrefter årsaker til unnlatelse av meldeplikten etter holdninger til barnevernet og etter antall unnlatelser av meldeplikten (n=389)

	Negative holdninger	Nøytrale holdninger	Positive holdninger	Unnlatt en gang	Unnlatt flere ganger
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Redd for hva som kunne skje med barnet (10) ^a	66,7 (4)	40,3 (25)	23,4 (22)*	28,8 (19)	31,7 (32)
Redd for hva som ville skje med foreldrene	16,7 (1)	27,4 (17)	16,0 (15)	16,7 (11)	21,8 (22)
Redd for hva som kunne skje med familien (8) ^a	50,0 (3)	40,3 (25)	30,9 (29)	30,3 (20)	36,6 (37)
Redd for foreldrenes reaksjon (3) ^a	66,7 (4)	61,3 (38)	51,1 (48)	42,4 (28)	62,4 (63)*
Redd for trusler (9) ^a	33,3 (2)	40,3 (25)	29,8 (28)	28,8 (19)	35,6 (36)
Redd for hvordan barnevernet håndterer	66,7 (4)	33,9 (21)	13,8 (13)**	21,2 (14)	24,8 (25)
Ubehagelig å melde siden en ikke kan være anonym (4) ^a	83,3 (5)	54,8 (34)	53,2 (50)	50,0 (33)	56,4 (57)
Redd for at barnet slutter på tannklinikken (7) ^a	16,7 (1)	43,5 (27)	31,9 (30)	30,3 (20)	38,6 (39)
Redd for klinikken sitt rykte	0,0 (0)	12,9 (8)	8,5 (8)	9,1 (6)	10,9 (11)
Usikker på hvordan sende melding	16,7 (1)	22,6 (14)	9,6 (9)	12,1 (8)	15,8 (16)
Usikker på hvor sende melding	0,0 (0)	12,9 (8)	4,3 (4)	6,1 (4)	7,9 (8)
Usikker på hvordan dokumentere funn (6) ^a	50,0 (3)	37,1 (23)	35,1 (33)	28,8 (19)	40,6 (41)
Hadde ikke rutiner for å sende melding	16,7 (1)	22,6 (14)	7,4 (7)*	7,6 (5)	16,8 (17)
Manglet støtte fra klinikkens sjef	33,3 (2)	9,7 (6)	7,4 (7)	10,6 (7)	7,9 (8)
Manglet støtte fra kollega	33,3 (2)	15,5 (9)	9,6 (9)	13,6 (9)	10,9 (11)
Usikker på egne vurderinger (1) ^a	100,0 (6)	87,1 (54)	85,1 (80)	80,3 (53)	90,1 (91)
Redd for å ta feil (2) ^a	100,0 (6)	80,6 (50)	70,2 (66)	71,2 (47)	77,2 (78)
Hadde ingen å diskutere bekymringsmelding med	16,7 (1)	19,4 (12)	8,5 (8)	12,1 (8)	12,9 (13)
Hindret av taushetsplikten	0,0 (0)	9,7 (6)	8,5 (8)	9,1 (6)	7,9 (8)
Hadde ikke nok kunnskap om barnemishandling og omsorgssvikt (5) ^a	83,3 (5)	45,2 (28)	31,9 (20)*	36,4 (24)	38,6 (39)

** $p < 0.001$, * $p < 0.05$

^a De 10 hyppigst forekommende årsakene i parentes

Tabell 5. Gjennomsnitt og standardavvik for Komponenter av årsaker til å unnlate meldeplikten totalt og etter antall unnlatelser og holdninger til barnevernet (n=389).

	Unnlatt en gang	Unnlatt flere ganger	Negativ holdning	Nøytral holdning	Positiv holdning	Total
	Gj.snitt (sd)	Gj.snitt (sd)	Gj.snitt (sd)	Gj.snitt (sd)	Gj.snitt (sd)	Gj.snitt (sd)
Faktor 1	8,3 (1,5)	7,9 (1,5)*	8,0 (1,2)	7,8 (1,5)	8,2 (1,5)	8,1 (1,6)
Faktor 2	7,1 (1,2)	6,9 (1,3)	6,5 (1,0)	6,7 (1,4)	7,2 (1,2)*	7,0 (1,3)
Faktor 3	7,3 (1,0)	7,2 (1,1)	6,8 (1,0)	6,9 (1,2)	7,4 (1,0)*	7,2 (1,1)

Faktor 1 ble kalt 'Bekymring for negative reaksjoner mot seg selv eller klinikken'

Faktor 2 ble kalt 'Bekymring for negative konsekvenser for barnet og familien'

Faktor 3 ble kalt 'Manglende kunnskaper og rutiner angående utøvelse av meldeplikten' og består

Jo lavere skåre dess sterkere bekreftet årsak til unnlatelse av meldeplikten

Diskusjon

Den overordnede målsetting med denne studien var å identifisere forekomst av årsaker til unnlatelse av meldeplikten og deres sammenheng med sosiale og demografiske faktorer, holdninger til barnevernet og antall ganger unnlatelse av meldeplikten har forekommet. Resultatene fra undersøkelsen i 2019 viser at en betydelig andel norske tannleger og tannpleiere (ca. 33 %) bekrefter å, noen gang gjennom sin yrkeskarriere, ha unnlatt å utøve meldeplikten til tross for mistanke om omsorgssvikt. Over halvparten (57,6%) av disse hadde også unnlatt å utøve meldeplikten mere enn en gang. Over halvparten av alle deltakerne (56,7 %) og også de som bekreftet å ha unnlatt å utøve meldeplikten (58,8 %) hadde positive holdninger til barnevernet. Holdninger til barnevernet var ikke påvirket av tannhelsepersonellens sosiale og demografiske karakteristika. Andelen som hadde unnlatt meldeplikten mere enn en gang var størst blant eldre deltakere og de som hadde lengst ansettelse i tannhelsetjenesten (>8 år). Lang fartstid i tannhelsetjenesten betyr kontakt med et større antall pasienter og større mulighet for å ha unnlatt å utøve meldeplikten til tross for mistanke om omsorgssvikt. Andelen som hadde unnlatt meldeplikten flere enn en gang var mindre blant yngre enn eldre tannleger. Yngre tannleger og tannpleiere med kortere erfaring i yrket er de som har fått mest informasjon om meldeplikten under sin utdanning da dette temaet først i senere tid er tatt inn i utdanningsinstitusjonene.

De hyppigst bekreftede enkeltårsaker til unnlatelse av meldeplikten var «usikkerhet på egne vurderinger» og «redsel for å ta feil», mens «redsel for hvordan barnevernet ville håndtere meldingen» og «usikkerhet på hvor en skal sende melding» var mindre hyppige. Enkeltårsaken «redd for foreldrenes reaksjon» var hyppigere valgt som korrekt blant kvinner enn menn, mens «redd for hva som kunne skje med barnet», «redd for hvordan barnevernet håndterer saken», «manglende rutiner for å sende melding» og «man-

glende kunnskap om barnemishandling», var hyppigere valgt som korrekt blant deltakerne med negative enn positive holdninger til barnevernet. Fordelingen av enkeltårsaker etter sosiodemografiske karakteristika, holdninger og antall unnlatelser ble reflektert i fordelingen av årsaksfaktorer. Faktor 1- «ubehagelige konsekvenser for klinikken» hadde et lavere gjennomsnitt hos kvinner enn menn og lavere hos de som hadde unnlatt meldeplikten flere ganger, det vil si at denne årsaksfaktoren var hyppigst valgt som korrekt blant kvinner og blant de med flere unnlatelser av meldeplikten. Faktorene 2 og 3 – «ubehagelige konsekvenser for barnet og familien» og «manglende rutiner» var hyppigst valgt som korrekt hos de med negativ holdning til barnevernet.

Listen av enkeltårsaker som ble evaluert er hentet fra tidligere internasjonale studier og studier i Norge (19,26,28). Den hyppigst oppgitte årsaken «usikkerhet på egne vurderinger» ble bekreftet av over 80 % av deltakerne. Dette er noe lavere enn de 90 % som valgte årsaken som korrekt i undersøkelsen fra 2014 (26), men overensstemmer med resultater fra studier i Danmark og Skottland (11,19) der omtrent 80 % av tannhelsepersonellet sa seg enig i denne årsaken. I den foreliggende studien valgte 75 % «redsel for å ta feil» og ca. 38 % «ikke nok kunnskap om barnemishandling». Disse funn støtter funn i en oversiktsartikkel som konkluderer at det er vanskelig for tannhelsepersonell å identifisere «dental neglect», det vil si at barnets omsorgspersoner bevisst ikke sikrer barnets orale helse noe som reflekterer vannskjøtsel og omsorgssvikt (6,29). «Dental neglect» kan også reflekteres ved at avtaler i tannhelsetjenesten ikke blir fulgt opp, noe som kan resultere i alvorlig tannsykdom hos barnet. Det er en utfordring for tannhelsepersonell å kunne vite om slike observasjoner skyldes mangel på omsorgssvikt eller andre utilsiktede forhold som for eksempel kultur, utviklingsforstyrrelser eller tannlegeskrekk. At majoriteten av tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten har etablert rutiner for å utøve meldeplikten indike-

res ved at årsakene «hindret av taushetsplikten, manglet støtte fra klinikkssjef, hadde ikke rutiner for å melde», var mindre hyppig valgt som korrekt. Den foreliggende studien fra 2019 er i samsvar med 2014-undersøkelsen både når det gjelder de årsaker som er hyppig og mindre hyppig valgt som korrekte av tannhelsepersonellet. Variasjonen over tid på individnivå er ikke evaluert, men resultatene fra denne studien indikerer at årsaksmønsteret når det gjelder unnlatelse av meldeplikten er ganske stabilt over tid i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge.

En større andel kvinner enn menn oppga den hyppigste enkeltårsaken «usikkerhet på egne vurderinger». Videre var det en større andel av deltakerne med positiv (85 %) enn med negativ (6 %) holdning til barnevernet som valgte denne årsaken som korrekt. Å overbelaste barnevernet med bekymringsmeldinger kan uintendert lede til unødvendig mye administrasjon og mindre tid til alvorlige tilfeller. En mulig forklaring kan være at de med positive holdninger og tillitt til barnevernet er mest lydhøre overfor alle signaler fra barnevernet. På den annen side var andelene som rapporterte årsakene; «redd for hva som kunne skje med barnet», «redd for hvordan barnevernet håndterte meldinger», og «manglende kunnskap om barnemishandling» størst blant deltakerne med negative holdninger. Således tyder resultatene på at årsaksmønsteret skiller seg mellom de med positive og negative holdninger til barnevernet. I den senere tid kan kritikk mot barnevernet ha ført til negative holdninger og mistillit noe som kan føre til tvil hos helsepersonell angående i hvilken grad barnevernet kan hjelpe barnet (30).

Strukturen med tre årsaksfaktorer viste at faktor 2 (ubehagelige konsekvenser for barnet og foreldre) hadde den laveste gjennomsnitt skåren noe som tilsier at det var den i gjennomsnitt som var hyppigst valgt som korrekt etterfulgt av faktor 3 (manglende kunnskap/rutiner angående meldeplikt) og faktor 1 (ubehagelige konsekvenser for klinikken). Faktor 3 var i gjennomsnitt sterkere hos menn enn hos kvinner mens faktor 1 var sterkst hos kvinner. Ellers var faktor 2 og 3 mindre sterk blant de med positive- sammenlignet med de med negative holdninger til barnevernet.

Resultatene i denne studien må sees i lys av muligheten til skjevheter på grunn av manglende hukommelse og det vi kaller sosialt

ønskerverdige svar, det vil si at deltakerne (tannleger og tannpleiere) svarer det de mener er det korrekte svaret og ikke nødvendigvis det som overensstemmer med virkeligheten. Studiens tverrsnittdesign tillater heller ikke at man kan dra slutninger om retningen på de observerte sammenhenger, for eksempel at negative holdninger til barnevernet skulle være en årsak til faktor 2 eller vise versa. Studien skal forstås som en beskrivende/eksplorerende studie der de sammenhenger som er identifisert kan føre til hypotesedannelse og i sin tur testes med korrekte studiedesign. En fordel med studien er at den gir et bilde av det norske tannhelsepersonellens vaner og motivasjon når det gjelder å utøve meldeplikten til barnevernet. Forespørsel om deltakelse gikk ut til hele populasjonen av tannleger/tannpleiere ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge og svarprosenten var høy. Den sosiale og demografiske fordelingen for deltakerne avviker i liten grad fra den tilsvarende fordelingen i populasjonen. Videre var den sosiale og demografiske fordelingen på underutvalget (de som bekrefter å ha unnlatt å utøve meldeplikten) som ble analysert i denne studien i liten grad forskjellig fra tilsvarende fordeling av alle deltakerne (tabell 1). Vi kan på denne bakgrunn anta at resultatene er representative for tannleger og tannpleiere ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge i 2019.

På bakgrunn av funn fra tverrsnittsundersøkelsen i 2019 konkluderes det med at kunnskapsnivået om barnemishandling og omsorgssvikt bør styrkes hos tannhelsepersonell i Den offentlige tannhelsetjenesten. Majoriteten av tannhelsepersonell er positive til barnevernet. Økt informasjon om barnevernets arbeidsprosedyrer og håndtering av meldinger om omsorgssvikt vil kunne bidra til en ytterligere styrking av holdninger til barnevernet.

Takk

Forfatterne retter en takk til tannleger og tannpleiere i Den Offentlige Tannhelsetjenesten for deres deltagelse i spørreundersøkelsen i 2019

Studien som denne masteroppgaven bygger på er delvis finansiert fra Norges Forskningsråd. Prosjektnummer 331950.

REFERANSER

1. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54/KAPITTEL_1#%C2%A71-3a
2. 11961: Pasientbehandling i tannhelsetjenesten, etter pasientgruppe, statistikkvariabel, år og region <https://www.ssb.no/statbank/table/11961/tableViewLayout1/>
3. World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva, Switzerland: 1999.
4. Khalid G, Metzner F, Pawlis S. Prevalence of dental neglect and associated factors in children and adolescents – a systematic review. *Int J Paediatric Dent.* 2022; 32: 436-446.
5. Mele F, Introna F, Santoro V. Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. *JFOS.* 2023; 41: 2-21.
6. Haugen LE, Bergerud-Wickstrøm M, Myhre MC. Omsorgssvikt og tannhelse- en oppsummering av forskning og publikasjoner på området samt en beskrivelse av praksis ved barnehus. Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og traumatisk stress. 2023-https://www.nkvts.no/content/uploads/2023/11/NKVTS_Notat-Omsorgssvikt-og-tannhelse.pdf
7. Kvello Ø. Utredning av atferdsvansker omsorgssvikt og mishandling. Oslo: Gyldendal. 2010.
8. Helsepersonelloven. Lovdata (2023). § 33. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6
9. Barnevernloven Når barnevernet får en bekymringsmelding <https://www.bufdir.no/barnevern/nar-barnevernet-far-en-bekymringsmelding/> (lest 21.07.23)
10. Dale MTG, Aakvaag HF, Strøm IF, Augusti E_M, Skaug AD. Omgang av vold og overgrep i den norske befolkningen. https://www.nkvts.no/content/uploads/2023/11/NKVTS_Rapport_1_23_Omfang_vold_overgrep.pdf
11. Christoffersen MN, Armour C, Lasgaard M. The prevalence of four types of childhood maltreatment in Denmark. *Clin Epidemiol Ment Health.* 2013; 9:149-156.
12. Schou L, Dyb G, Graff-Iversen S. Voldsutsatt ungdom i Norge- resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. Folkehelseinstituttet 2007, Rapport nr 8. .
13. Birkeland MS, Skar AM, Jensen TK. Understanding the relationship between trauma type and individual posttraumatic stress symptoms: A cross-sectional study of a clinical sample of children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2022; 63: 1496-1504.
14. Myran L, Sen A, Willumsen T, Havnen A, Kvist T, Rønneberg A, et al. Associations of adverse childhood experience with caries and toothbrushing in adolescents. The Young HUNT4 Survey. *BMC Oral Health.* 2023; 14:760-
15. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2005.00661.x>
16. Kvist T, Annerback EM, Dahlløf G. Oral health in children investigated by social services on suspicion of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 2018; 76: 515-523.
17. Masullo C, Rossi ED, Carbone GA, Imperatori C, Ardito RB, Adenzato M, et al. Child maltreatment, abuse and neglect: An umbrella review of their prevalence and definitions. *Child Neuropsychiatry.* 2023;20: 72-99.
18. Augusti EM, Myhre MC, Wentzel-Larsen T, Hafstad GS. Violence and sexual abuse rates before and during the Covid-19 pandemic: A prospective population-based study on Norwegian youth. *Child Abuse Negl.* 2023;
19. Harris CM, Welbury R, Cairns AM. The Scottish dental practitioners' role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J.* 2013; 214
20. <https://www.ssb.no/statbank/table/12074/chartViewColumn/28.02.2023.kl.17:05.4>
21. <https://www.ssb.no/statbank/table/11961/chartViewColumn/28.02.2023.kl.17:10.5>
22. Brattabø IV, Bjørknes R, Åstrøm AN. Reasons for reporting suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare – a cross sectional study of Norwegian public dental health personnel. *BMC Oral Health.* 2018; 18(1):29.
23. Åstrøm AN, Goplerud Berge K, Brattabø IV. Reporting suspicion of child maltreatment – a 5 yr follow up of public dental health care workers in Norway. *Acta Scand Odontol.* 2022;80: 169-76.
24. Lauritzen C, Vis SA, Fossum S. factors that determine decision making in child protection investigations: A review of the literature. *Child & family Social Work.* 2018;23: 743-56.
25. Kvist T, Wickstrøm A, Miglis I, Dahlløf G. The dilemma of reporting suspicion of child maltreatment in pediatric dentistry. *European J Oral Sci.* 2014; 122: 332-338.
26. Bjørknes R, Iversen AC, Åstrøm AN, Brattabø IV. Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare services among public dental healthcare personnel. *Health Soc Care Community.* 2019;27:871-79.
27. Rønneberg A, Nordgarden H, Skaare AB, Willumsen T. barriers and factors influencing communication between dental professionals and child welfare services in their every day work. *Int J Paediatric Dent.* 2019; 29: 684-91.
28. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Pediatric Dent.* 2005; 15: 310-18.
29. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Temest V, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *Journal of Dentistry.* 2014;42: 229-39.
30. Skivenes M, Thoburn J. Citizens' views in four jurisdictions on placement policies for maltreated children. *Child Fam Soc Work.* 2017;22:1472-79.

ENGLISH SUMMARY

Borgmo E, Djupevåg SE, Berge GK, Brattabø IV, Åstrøm AN.

Why do public dental health care personnel avoid to report suspected child abuse to the child welfare center?

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 808-16.

Health personnel in Norway are mandated to report suspected child maltreatment to the Child Welfare Services, CWS. Globally about 40 million children experience maltreatment annually, but child maltreatment is underestimated and underreported. This study is based on data from the project 'Children at risk and oral health' <https://www.barnirisikoogoralhelse.no/at> the Oral Health Center of Expertise in Western Norway and has the following questions – What is the prevalence of dental health care workers' reported reasons for not sending a report of concern to the CWS and how does those reasons vary according to socio-demographic factors and attitudes towards the CWS. In 2019, a total of 1 270 employees in the public dental care services completed an electronic

questionnaire survey. About one third and more than one half confirmed not having sent a report of concern and positive attitudes towards CWS, respectively. The most frequent reason were 'unsure about own evaluations' and 'being afraid for failure', whereas being afraid of how the CWS handle reports were less frequent. Being afraid of making a mistake and lack of knowledge about child maltreatment were most frequent among those with negative attitudes. Knowledge about child maltreatment should be strengthened among health personnel and reduction of negative attitudes towards CWS achieved through increased information about the working routines in the CWS.

Bytt til banken med de mest fornøyde bankkundene.

Visste du at du har medlemsfordel i banken med Norges mest fornøyde bankkunder? De aller mest fornøyde kundene i landet finner du i Handelsbanken. Det viser ferske resultater fra Norsk Kundebarometer 2024.

Sjekk ut medlemsfordelene dine på handelsbanken.no



HOVEDBUDSKAP

- Ved hjelp av en systematisk modell for etikkrefleksjon (SME) viser vi hvordan man kan håndtere en konkret moralsk utfordrende arbeidssituasjon for tannleger.
- Vi ser hvordan samfunnsendringer, som markedskrefter som påvirker private tannhelsetjenester, og økt konkurranse spesielt i storbyene, påvirker tannlegers arbeidsvilkår og yrkesrolle og skaper moralske dilemmaer.
- Å tenke gjennom disse utfordringene på en systematisk etisk måte er nyttig. Det kan bidra til å opprettholde tillit i samfunnet, sikre god kvalitet på tjenestene, beskytte tannlegenenes faglige frihet, opprettholde gode arbeidsforhold og bevare en helseprofesjonell integritet.

FORFATTERE

Melody Moezzi, tannlege, forsker. Senter for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og Lilleaker tannklinikk, Oslo. ORCID: 0009-0009-2776-6739
Bjørn Hofmann, professor. Senter for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og Institutt for helsevitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Gjøvik. ORCID: 0000-0001-6709-4265

Korresponderende forfatter: Melody Moezzi, E-post: post@lilleaker-tannklinikk.no

Akseptert for publisering 04.06.2024

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:
Moezzi M, Hofmann B. Kan endringer i en tannleges arbeidsvilkår forandre tannlegerollen? En etisk refleksjon. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2024; 134: 818-27.

Nøkkelord: Etikk, arbeidsliv, selvstendignæringsdrivende, oppdragstaker, ansatt, arbeidsmiljø

Kan endringer i en tannleges arbeidsvilkår forandre tannlegerollen? En etisk refleksjon

Melody Moezzi og Bjørn Hofmann

Hvordan kan en tannleges arbeidsvilkår påvirke de moralske beslutningene som tannlegen tar i klinikken? Dette er hovedspørsmålet i denne artikkelen, der vi tar utgangspunkt i en moralsk utfordrende situasjon i arbeidslivet. Ved å anvende en systematisk modell for etikkrefleksjon (SME) forsøker vi å belyse og besvare spørsmålet. Vi ønsker å vise hvordan man kan komme frem til godt begrunnede beslutninger i en vanskelig arbeidssituasjon. Ved å sette søkelyset på økt etisk bevissthet ønsker vi å bidra til at tannleger kan bevare sin faglige integritet og autonomi. Valgene man tar, også i arbeidslivet, kan være førende for hvordan man som tannlege praktiserer yrket.

Denne artikkelen er den andre i en serie artikler som viser anvendelsen av en systematisk modell for etikkrefleksjon (SME-modellen) for å håndtere konkrete problemer tannleger kan støte på i arbeidslivet. Den tar utgangspunkt i en situasjon der endringer i en assistenttannleges (heretter kalt oppdragstannlege) arbeidsvilkår, kan bidra til å styre de etiske valgene hen tar i sin arbeidshverdag. Situasjonen belyser aspekter som er moralsk utfordrende, og tidsaktuelle for mange tannleger i dag.

Kasuistikk ved endringer av arbeidsvilkår for oppdragstannlege

Etter å ha jobbet som selvstendig næringsdrivende oppdragstannlege i flere år i en privatklinikk opplever du at klinikken får en ny eier. Tidligere har du hatt en ordning med frihet under ansvar. Du har styrt arbeidstidene dine selv, har hatt et godt samarbeid og en god kommunikasjon med praksiseier. Avvikling av ferier har vært avtalt i god tid og du har opplevd at du kontrollerte din egen arbeidstid og faglige beslutninger. Det har vært gjensidig lojalitet og dere har stilt opp for hverandre under for eksempel sykdom og lignende. Du føler deg som en del av et team hvor alle bidrar til å drive tannbehandlingsklinikken med pasienten i fokus. Det har ført til en nær relasjon mellom deg og praksiseier med en opplevelse av et demokratisk arbeidsmiljø, hvor dere har hatt likeverdighet og dialog som verdigrunnlag.

Fra å ha hatt en flat ledelsesstruktur opplever du nå at situasjonen er blitt endret.

Du tilbys ny kontrakt av ny praksiseier. Denne er svært begrensende i forhold til din tidligere avtale. Kontrakten inneholder geografiske klausuler dersom du skal slutte i jobben. Din prosentandel av omsetningen er satt ned, men du kan få høyere prosentandel dersom du øker din omsetning, altså såkalt progressiv akkord. Jo mer du tjener, desto høyere fortjeneste kan du få. Praksiseier mener dette er en konkurransedyktig og rettferdig ordning i dagens marked. Du må forplikte deg til å være på arbeidsplassen selv om det ikke er pasienter i timeboka, da du skal følge tannbehandlingsklinikkens åpningstider. Dersom du er syk eller må være borte fra jobb forplikter du deg til å betale en angitt sum daglig for fraværet. Du får også klar beskjed om at du går for mye på kurs og må begrense dette i arbeidstiden. Videre må du forholde deg til et utvalg av spesialister som praksiseier ønsker du skal henvise til. Dette gjelder også samarbeid med tanntekniker. Dersom omgjøringer skal gjøres, er dette ditt ansvar å korrigere og skal utføres på din regning uten økonomisk tap for praksiseier. Den nye praksiseieren, som ikke er tannlege selv, har gitt beskjed om at det ikke er økonomisk rom for raushet, og at hen derfor må ha en mer styrende lederstil enn det som har vært vanlig tidligere.

Den nye praksiseieren vil også benytte seg av markedsføring i form av tilbud og kuponger for å tiltrekke flere pasienter. Aspekter ved markedsføringen blir ikke diskutert med oppdragstannlegen, men bestemt av praksiseier.

Det er også innført to ulike kategorier av hygienetillegg, det vil si et høyt og et lavt. Velges det høye får du det med i omsetningen din, men velges det lave, betaler pasienten mindre, men beløpet vil ikke inngå i din omsetning.

Etter skiftet av praksiseier er det blitt en tydelig økning i sykefraværet blant klinikkpersonalet som bidrar til å skape ustabile arbeidsrutiner i tannbehandlingsklinikken.

Du er kjent med at den nye praksiseieren har tatt opp et stort lån for å kjøpe klinikken. Du ønsker at hen skal lykkes med videre drift, men i dialog med praksiseier føler du deg ikke hørt. Du har jobbet lenge ved denne arbeidsplassen og trives med de øvrige ansatte og de andre tannlegene som jobber der. I tillegg føler du et ansvar for de pasientene du har behandlet gjennom mange år.

Oppdragstannlegen står i et vanskelig dilemma. Valgene som oppdragstannlegen må ta stilling til vil ha konsekvenser både for fremtidig arbeidsrelasjon med praksiseier, oppdragstannlegens faglige autonomi og moralske beslutninger, samt pasientsikkerheten fremover. Hvordan skal vedkommende gå frem? Er det mulig å komme til en beslutning som begge parter kan være tilfredse med?

Fremgangsmåte

En modell for systematisk etikkrefleksjon kan hjelpe for å komme frem til veloverveide beslutninger. Modellen kan presisere problemstillingene og synliggjøre de viktigste etiske utfordringene, de ulike interessentenes synspunkter, hvilke normer og verdier som er relevante for den konkrete saken og hva lover og forskrifter sier. Vi vil beskrive hvordan en etisk refleksjonsmodell i seks trinn som ofte blir kalt SME-modellen (Systematisk Modell for Etikkrefleksjon) (1) kan anvendes for å komme frem til en veloverveid løsning (2).

De seks trinnene er:

1. Hva er det etiske problemet?
2. Hva er fakta i saken?
3. Hvem er de berørte parter, og hva er deres syn og interesser?
4. Hvilke verdier, etiske prinsipper, normer, regler og lover er aktuelle?
5. Hvilke relevante handlingsalternativer finnes (og hvordan støttes de av ulike prinsipper, normer, verdier, regler og lover)?
6. Helhetsvurdering.

Det kan være mange verdier, normer og prinsipper som er relevant i den konkrete situasjonen, men fire etiske prinsipper er ofte relevant for mange situasjoner:

Ikke-skade-prinsippet:

Helsepersonell har plikt til å ivareta pasientens helse, herunder en plikt til å vurdere risiko ved ulike behandlingsalternativer og unngå skade der dette er mulig.

Velgjørenhetsprinsippet:

Helsepersonell skal primært handle til beste for pasienten (og ikke for praksiseier eller tannlegen selv). Det handler blant annet om tannlegers samfunnsoppdrag som helsepersonell i form av å behandle sykdom, gi omsorg og fremme god tannhelse.

Rettferdighetsprinsippet:

Tannhelsetjenestene skal være rettferdig fordelt og pasienter skal behandles likeverdig (likt når forholdene er like og ulikt når forholdene er ulike).

Autonomiprinsippet:

God informasjon om tannhelse og behandlingsalternativer, frivillighet og beslutningskompetanse er forutsetninger for pasientautonomi. I dette tilfellet er også oppdragstannlegens faglige autonomi og praksiseierens styringsrett relevant. En begrensning i en tannleges faglige autonomi begrenser også pasientens selvbestemmelse.

Før vi anvender den etiske refleksjonsmodellen, skal vi kort klargjøre noen av premissene for vurderingen, slik som forskjellen mellom ulike tilknytningsformer innen arbeidslivet (3).

Tilknytningsformer

I arbeidslivet deles de sysselsatte inn i tre hovedtyper av tilknytningsformer (4):

- Arbeidstager – fast eller midlertidig ansatt
 - Ikke-ansatt lønsmottager (frilanser eller oppdragstaker)
 - Selvstendig næringsdrivende
- Kategoriseringen er basert på lovverket, hvor både arbeidsrett og trygde- og skatterett spiller inn.
- De viktigste forskjellene mellom ansatte, ikke-ansatte lønnstakere og selvstendig næringsdrivende er vist i tabell 1 (3).

FAKTABOKS

Det taler for et ansettelsesforhold når:

- En må underordne seg oppdragsgivers ledelse og kontroll av arbeidet.
- En er bundet til å følge virksomhetens arbeidstid.
- Oppdragsgiver bærer risikoen for sluttresultatet.
- En får betalt for arbeidstiden en stiller til rådighet, ikke for resultatet.
- Arbeidsoppgavene ikke er klart avgrensede, men egnet for løpende instruksjon.
- Oppdragstaker ikke kan sette bort arbeidet til andre.
- Oppdragstaker ikke holder egne redskaper, materialer eller arbeidsrom.
- En bare har én oppdragsgiver.

Tabell 1. Oversikt over rettigheter og plikter ut fra tilknytningsform.

Oversikt over rettigheter og plikter – ut fra tilknytningsform				
ARBEIDSMILJØLOVEN*	BETALING	SKATT	SYKEPENG	DAGPENG**
1. Arbeidstaker: «enhver som utfører arbeid i en annens tjeneste» (aml § 1-8)				
Omfattes	Betalt lønn og krav på feriepenger	Arbeidsgiver trekker og betaler	100 % dekning	Ja
2. Frilanser / ikke-ansatt lønsmottaker: en som mottar honorar for enkeltstående oppdrag uten å være ansatt				
Omfattes i hovedsak ikke	Honorar for hvert enkelt oppdrag. Ikke rett på feriepenger	Arbeidsgiver trekker og betaler	Ingen dekning første 16 dager, men 100 % dekning f.o.m. 17. dag	Ja
3. Selvstendig næringsdrivende: en som driver for egen regning og risiko				
Omfattes ikke	Betaling for hvert enkelt oppdrag/salg	Selv ansvarlig for dette	Ingen dekning første 16 dager. 75 % dekning f.o.m. 17. dag	Som hovedregel ikke

Den norske tannlegeforenings advokater har satt søkelys på denne problemstillingen fra et juridisk perspektiv, og det har vært flere kronikker om temaet i Tidende (5,6,7).

I denne artikkelen skal vi vise hvordan SME-modellen kan brukes på etiske problemstillinger i arbeidslivet. Målet er å sette søkelys på etisk refleksjon i en tid hvor tannlegeyrket er i rask endring. Flere tannleger kombinert med bedre tannhelse i befolkningen har gitt større konkurranse om pasientene. I tillegg er det kommet, endrede eierstrukturer, mer aggressiv markedsføring og økt fokus på inn-tjening, noe som gjør tematikken viktigere enn noen gang tidligere (8).

Hva er det etiske problemet?

Kasuistikken reiser en del etisk relevante spørsmål.

Kan den nye praksiseieren bestemme hvem en tannlege kan henvise til eller samarbeide med?

Kan praksiseier kreve at oppdragstannlegen skal være til stede selv uten pasienter og kreve fastsatt arbeidstid?

Bør man gå med på praksiseiers bestemmelser, selv om det strider mot medisinsk-etiske prinsipper eller faglig forsvarlighet?

I dette tilfellet: kan praksiseier bestemme og bruke kuponger i markedsføringen uten samtykke fra behandlende tannlege?

Hva kan en progressiv akkordmodell gjøre med en tannleges faglige beslutninger?

Hvordan balansere oppdragstannlegens trygghetsbehov og praksiseiers økonomiske interesser best innenfor lovverket?

Disse spørsmålene kan oppsummeres i et grunnleggende etisk problem: Hvordan skal oppdragstannlegen avveie motstridende interesser: ønske om å beholde pasientgrunnet som er opparbeidet over tid og å fortsette og arbeide sammen med kjente og kjære arbeidskolleger, men med dårligere arbeidsvilkår og opplevd tap av faglig autonomi?

(Se tabell 2.)

Hvem er de berørte parter og hva er deres interesser?

De ulike partene er involvert i problemstillingen på ulike måter og har ulike perspektiver og interesser, som det er viktig å ta hensyn til.

Oppdragstannlegen ønsker å bevare sin autonomi både som fagperson og som selvstendig næringsdrivende. Å drive på egen regning og risiko skal også gi en del friheter, som å styre sin arbeidstid og sine egne samarbeidspartnere. Flere forhold har også ført til økende grad av moralsk stress hos oppdragstannlegen. I paragraf 1 i Tannlegeforeningens etiske regler står det at: «En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å ivareta sine

pasienters helse. Hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn» (10). Oppdragstannlegen opplever at situasjonen som hen har blitt satt i, gjør det vanskelig å alltid sette pasientens hensyn først. Hen føler seg tvunget til å gå på akkord med egne idealer gjennom arbeidshverdagen. Bekymringer av økonomisk art kan gjøre at man kan føle seg presset til å oppfordre til og gjennomføre behandling man føler er på kanten eller feil. Dette skaper en økende grad av moralsk stress (11) som over tid kan føre til utbrenthet (12).

Skal man jobbe fortere, se flere pasienter på kortere tid og på denne måten kompensere for inntektstapet? Kan man arbeide mer effektivt med samme krav til kvalitet? Eller bør man behandle mer aktivt? Der man tidligere valgte å observere, skal man nå heller gi en aktiv behandling? For eksempel, bytte en fylling versus observere den? Dette er viktige og vanskelige spørsmål der oppdragstannlegen må veie effektivitet mot faglig kvalitet (og forsvarlighet).

Tannlegen har autonomi ved at vedkommende kan velge å slutte, men valget oppleves ikke helt fritt, da det får følger for arbeidshverdagen (en annen klinikk og andre pasienter).

Praksiseier sitter med mye ansvar. Det er flere ansatte (tannhelsesekretærer) som skal ha lønn og et stort lån skal betjenes. Praksiseier har en mer transaksjonell holdning til pasientene og ser mer på dem som kunder (8). Praksiseier ønsker ikke lekkasje av pasienter fra klinikken dersom oppdragstannlegen velger å slutte i jobben.

De ansatte (sekretærene) opplever et klart skifte i arbeidsmiljøet. Det er mer usikkerhet for fremtiden. Styringsformen er endret til en mer hierarkisk form. Dette merkes i form av at de ansatte ikke har like mye påvirkningskraft. Det reiser spørsmålet om hva som skaper en helsefremmende arbeidsplass. Ifølge Arbeidstilsynet er formålet med arbeidsmiljøloven å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfull arbeidssituasjon. Denne skal gi full sikkerhet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og ha en velferdsmessig standard som til hver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utviklingen i samfunnet (13). Økningen i sykefraværet blant sekretærene etter eierskiftet, kan tyde på at sekretærene opplever dette som psykisk vanskelig og krevende og opplever en forverring i arbeidsmiljøet. Det kan tenkes at sekretærene opplever rollekonflikt, mellom den nye praksiseiers regler og oppdragstannlegens lojalitet. Rollekonflikt handler om opplevelsen av å møte ulike krav i arbeidet som ikke lar seg forene (14,15). Dette kan være krav som stilles fra ledelsen eller krav som kommer fra din egen samvittighet. Begge deler kan gi helseproblemer (14).

Samfunnet ønsker god tannhelse, men også ivaretagelse av ansatte i arbeid og opprettholdelsen av arbeidsplasser. Hvis arbeidsmiljøet

Tabell 2. SME-modellen utfylt basert på kasuistikken.

Hva er de(t) etiske problem(et)?	Hva er fakta i saken?	Hvem er berørte parter og hva er deres interesser og syn?	Hvilke normer, verdier, prinsipper, perspektiver, lover og retningslinjer er relevante for saken?	Hvilke handlingsalternativer finnes?	Helhetsvurdering
Det etiske problemet for oppdragstannlegen er å avveie sitt ønske om å beholde det opparbeidede pasientgrunnlaget og samarbeidet med kjente og kjære kolleger mot de endrede arbeidsforholdene og tapet av autonomi.	Det er satt store begrensninger for oppdragstannlegen, slik som faste arbeidstider og valg av samarbeidspartnere. Oppdragstannlegen er selvstendignæringsdrivende. Ny praksiseier har tatt opp lån som de må betjene og trenger økt inntekt.	Oppdragstannlegen: Oppdragstannlegen ønsker ikke å gå ned i lønn og vil gjerne beholde den samme andelen av inntekten som fra før overtakelsen. Vedkommende ønsker å ha kontroll over sin arbeidstid og faglige beslutninger (autonomi). Å behandle pasienter til redusert pris (via kuponger) betyr mindre inntekt for oppdragstannlegen per pasient. Sammen med praksiseiers forventninger om økt inntjening, skaper dette moralsk stress for oppdragstannlegen (se utdypelse i teksten). Praksiseier ønsker økt inntjening for å betjene lånet som er tatt opp og for å oppnå et overskudd. Praksiseier ønsker å være konkurransedyktig i det aktuelle markedet og ønsker en rimeligere oppdragstannlege for å oppnå ønsket fortjeneste. Praksiseier ønsker en lederstil med mer styring og kontroll. Praksiseier ønsker ikke lekkasje av pasienter fra klinikken dersom oppdragstannlegen velger å slutte i jobben.	Ikke skade prinsippet: Ved økt fokus på inntjening kan oppdragstannlegen føle seg presset til å velge å styre behandlingen mot dyrere eller mer omfattende alternativer. Dette vil kunne påføre pasienten skade i form av overbehandling og økt sjanse for videre komplikasjoner. Velgjørhetsprinsippet: Dersom oppdragstannlegen skal kompensere sin nedgang i inntekt ved å omsette for mer slik det er oppfordret av progressiv akkord-modellen, kan dette gå på bekostning av pasientene. Andre hensyn enn pasientens beste og faglig forsvarlighet kan prioriteres for å kompensere for inntektstapet. Hvis tannlegens inntektsbehov går foran faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, kan det bryte med velgjørhetsprinsippet. Autonomiprinsippet: oppdragstannlegen ønsker faglig frihet til å velge sine egne samarbeidspartnere. Hvilke spesialister å henvise til eller hvilken tanntekniker vedkommende ønsker å samarbeide med. Praksiseier frarøver oppdragstannlegen denne faglige autonomien, samtidig som oppdragstannlegen skal være ansvarlig for alt arbeidet som utføres. En begrensning i en tannleges faglige autonomi påvirker også pasientens selvbestemmelse.	Oppdragstannlegen: 1. Si opp arbeidsavtalen og finne seg en annen arbeidsplass på grunn av det høye nivået av moralsk stress og tap av autonomi. 2. Snakke med praksiseier om de etiske dilemmaene som oppstår når man velger å benytte seg av tilbud og kuponger. Samt problematisere den oppadstigende prosentandelen av omsetningen. Håpe på å bli hørt. 3. Be om å bli ansatt, da praksiseier ønsker styringsrett tilsvarende et ansettelsesforhold. Konsultere Avdeling for jus og arbeidsliv og Etikkrådet i NTF for råd, veiledning og bistand. Praksiseier: 1. Si opp kontrakten med oppdragstannlegen og skaffe seg en ny og rimeligere oppdragstannlege eller tannpleier. En som er villig til å godta de aktuelle betingelsene.	Helhetsvurderingen av både oppdragstannlegens og praksiseiers alternativer: Alternativ 1 støttes minst av de etiske prinsipper og faglige og profesjonsetiske retningslinjer. Alternativ 2 ivaretar de fleste etiske prinsippene. Alternativ 3 støttes av de fleste prinsippene, normene og verdiene, men kan resultere i at praksiseier får økte utgifter. På sikt kan det likevel svare seg, da praksiseier unngår lekkasje av pasienter dersom oppdragstannlegen slutter, samt at den faglige kvaliteten kan være ivarettatt. Alternativ 1 synes derfor som det klart dårligste alternativet mens alternativ 2 kan være akseptabelt, og alternativ 3 synes å være best begrunnet for å imøtekomme kravene til begge parter. (Se utdypelse i teksten)

Tabell 2. SME-modellen utfylt basert på kasuistikken.

Hva er de(t) etiske problem(et)?	Hva er fakta i saken?	Hvem er berørte parter og hva er deres interesser og syn?	Hvilke normer, verdier, prinsipper, perspektiver, lover og retningslinjer er relevante for saken?	Hvilke handlingsalternativer finnes?	Helhetsvurdering
	De ansatte (sekretærene): Ønsker en trygg arbeidsplass med et godt arbeidsmiljø, men føler seg i en skvis mellom den nye sjefen og lojaliteten til oppdragstannlegen som de har hatt som kollega over mange år. Merker endring i ledelsesstil og føler på usikkerhet. Samfunnet: Ønsker ivaretagelse av arbeidsplasser og ansatte i arbeid (ikke sykemeldinger).	Rettferdighetsprinsippet: Pasientene vil ikke få samme tilbud som tidligere (eller som andre pasienter som går til andre tannleger). Dermed behandles pasienter ikke likt. Lover, forskrifter og regler: Selv om selvstendig næringsdrivende ikke er omfattet av arbeidsmiljøloven, er ikke oppdragsgiver fratatt sitt ansvar. Paragraf 2-2 i arbeidsmiljøloven sier at arbeidsgiver må sørge for at også innleide eller selvstendige oppdragstakere er sikret et fullt forsvarlig arbeidsmiljø (9,4). Ved å pålegge oppdragstannlegen faste arbeidstider og faglig styring, bruker oppdragstager styringsrett ut over hva som er forventet av en oppdragstaker (9,4). Helsepersonelloven, paragraf 4, sier at behandlingen skal være faglig forsvarlig. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt å sørge for tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (18). NTFs etiske regler: En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å ivareta sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn. 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. Overflødig eller unødig kostbar behandling må ikke finne sted. (10) § 1-3 Ivareta egen autonomi: Tannlegen skal følge forsvarlighetsprinsippet. Tannlegen skal ikke la seg presse til å utføre behandling som hen ikke kan forsvare faglig eller etisk. (10)	2. Møte oppdragstannlegen halvveis. Komme til enighet. Få til en samarbeidskontrakt som ivaretar oppdragstannlegen som oppdragstager samt adressere oppdragstannlegens bekymringer. Få hjelp av juridisk avdeling og etisk råd i NTF. 3. Foreslå ansettelsesforhold, med tilsvarende goder det innebærer, men med de betingelsene som praksiseier ønsker. (se utdypelse i teksten).		

utarmes, kan det føre til sykemeldinger av både de ansatte (sekretærene) og oppdragstannlegen.

Hvilke normer, verdier, prinsipper, perspektiver, lover og retningslinjer er relevante for saken?

De involverte partene har ulike verdier ut fra sine ulike roller og interesser (16). Dessuten gjør en rekke verdier, normer, prinsipper og regler seg gjeldende for den etiske problemstillingen som den konkrete kasuistikken reiser.

De fire medisinske etiske prinsippene kan brukes til å belyse dette nærmere.

Ikke skade prinsippet: Dersom oppdragstannlegen skal kompensere sin nedgang i inntekt ved å omsette for mer, kan dette gå på bekostning av pasientsikkerheten i arbeidet. Sterke økonomiske intensiver som progressiv akkord kan være uheldig. Ved økt fokus på inntjening kan oppdragstannlegen føle seg presset til å velge å styre behandlingen mot det mest omfattende og/eller dyreste alternativet. Dette vil kunne påføre pasienten skade i form av mulig overbehandling og økt sjanse for videre komplikasjoner samt økte kostnader. Samarbeidsavtalen med oppadstigende prosent etter omsetning skal forsøke å motivere til økt inntjening, men kan ha en ulempe ved at andre hensyn enn pasientens beste og faglig forsvarlighet kan prioriteres. Dette vil ikke bare være skadelig for pasienten, men også for profesjonens tillitt i samfunnet og et klart brudd med samfunnskontrakten (8).

Velgjørenhetsprinsippet: Som eksplisitt gitt både i helsepersonelloven (8) og Tannlegeforeningens etiske regler (10), skal pasientens beste gå foran andre hensyn. Når tannleger presses av andre (økonomiske, logistiske) hensyn, kan det gå på bekostning av hensynet til pasientens beste. Pasienten som tredjepart kan bli skadelidende, når målet blir inntjening og ikke pasientens beste. Dersom du får betalt for hvor mye behandling du gjør og prosentandelen din er avhengig av volum og omsetning, kan det bli vanskelig å bare ha pasientens beste for øyet.

Autonomiprinsippet: Oppdragstannlegen opplever tap av autonomi på grunn av flere forhold og må underordne seg praksiseiers ledelse og kontroll av arbeidet i form av:

- Valg av henvisende spesialister, tanntekniker.
- Må følge klinikkens arbeidstid
- Kan ikke gå på kurs i klinikkens arbeidstid
- Må være på klinikken selv om det ikke er pasienter
- Må behandle pasienter på kupong/ salgsløsninger

Praksiseieren har styringsrett (og derved autonomi) gjennom sitt eierskap. Pasienter kan styrke sin autonomi, dersom de får større frihet i tjeneste, kvalitet og pris, men kan også miste den dersom valgfriheten begrenses av at oppdragstannlegen begrensede muligheter.

Rettferdighetsprinsippet: Dersom oppdragstannlegen klarer å yte samme kvalitet og sikkerhet på tjenestene, men til lavere pris, vil dette være bra for pasientene. Samtidig kan det skape ulikhet i tjenestetilbudet dersom krav til kvalitet og sikkerhet senkes (sammenlignet med andre eller tidligere tjenester).

Fra 1 januar 2024 ble arbeidsmiljøloven endret for å styrke arbeidstakernes vern. Nå defineres arbeidstaker som «enhver som utfører arbeid for og underordnet en annen», jf. aml. § 1-8 første ledd. I vurderingen av om vedkommende kan klassifiseres som arbeidstaker skal det blant annet legges vekt på om vedkommende løpende stiller sin personlige arbeidskraft til disposisjon og om vedkommende er underordnet gjennom styring, ledelse og kontroll. I bestemmelsens første ledd tredje punktum leser vi: dersom det er rimelig tvil om vedkommende skal anses som arbeidstaker eller oppdragstaker, er det en presumsjon for at det foreligger et arbeidstakerforhold med mindre arbeidsgiver kan sannsynliggjøre at det foreligger et oppdragsforhold. Konsekvensen av lovendringen blir at man i tvilstilfeller skal konkludere med arbeidstagerstatus. Dette innebærer at det kun er der det er en tydelig selvstendighet i oppdraget, at vedkommende vil klassifiseres som oppdragstaker. Dette for å klargjøre grensen mellom arbeidstager og oppdragstager (9, 17).

70 % av norske tannleger jobber i den private tannhelsetjenesten i Norge, de aller fleste er oppdragstagere, tidligere kalt oppdragstannleger (8,16). Disse inngår samarbeidskontrakter med oppdragsgiveren (praksiseier) for salg av tannhelsetjenester (17).

Lover, forskrifter og regler: Det er flere lover og etiske regler som kan benyttes for å belyse situasjonen.

Helsepersonelloven, paragraf 4

Helsepersonelloven, paragraf 4, sier at behandlingen skal være faglig forsvarlig. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt å sørge for tillitt til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (18). Dersom andre intensiver, kommer i forkant av faglig forsvarlighet og kvalitet kan tilliten til oppdragstannlegen bli brutt.

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), paragraf 2-2

Arbeidsgiver må sørge for at også innleide eller selvstendige oppdragstakere er sikret et fullt forsvarlig arbeidsmiljø (9). Arbeidsgiver har med andre ord et HMS-ansvar også for andre enn egne ansatte (4).

Det er tydelig at oppdragstannlegen ikke trives i sin nye arbeidshverdag.

Arbeidsmiljøloven § 1-8 første ledd fra januar 2024

Etter definisjon av oppdragstager og arbeidstager faller oppdragstannlegen klart under definisjonen som arbeidstager etter loven.

NTFs etiske regler

En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å ivareta sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn.

NTFs etiske regler har blitt revidert på tampen av 2023 og følger nå de medisinske prinsippene, autonomi, ikke gjøre skade, velgjørenhet og rettferdighet. Et annet punkt er også: sannferdighet. Tannleger har en plikt til å være ærlige i alle sine samhandlinger med andre. Dette betyr at man må kommunisere åpent og uten å villedde.

§ 1-3 Ivareta egen autonomi: Tannlegen skal følge forsvarlighetsprinsippet. Tannlegen skal ikke la seg presse til å utføre behandling som hen ikke kan forsvare faglig eller etisk (10).

Under ikke-skade-prinsippet, sier § 2-2 Ikke overbehandle; Overflødig eller unødig kostbar behandling må ikke finne sted, og minimalinvasive prinsipper skal danne grunnlaget for behandlingsplanleggingen. For all behandling skal det foretas vurdering av risiko og mulige komplikasjoner.

Under § 3 Gjøre godt (velgjørenhetsprinsippet) er spesielt § 3-1; tilby riktig behandling, § 3-8 velge tanntekniker ut fra hva som er det beste for pasienten. Disse paragrafene er svært relevante (10).

Situasjonen som oppdragstannlegen nå befinner seg i kan gjøre det vanskelig å følge disse lovene og reglene.

Hvilke handlingsalternativer finnes?

Ett alternativ (alternativ 1) er å avslutte arbeidsforholdet (enten fra oppdragstannlegen eller praksiseier). Oppdragstannlegen kan finne seg en annen jobb ut fra høy grad av moralsk stress og tap av autonomi. Praksiseier kan på sin side si opp kontrakten med oppdragstannlegen og skaffe seg en ny og rimeligere oppdragstannlege eller tannpleier, en som er villig til å godta betingelsene.

Ett annet alternativ (alternativ 2) kan være at partene igjen forsøker igjen å snakke sammen om de moralske dilemmaene som oppstår på grunn av den nye ledestilen; implementering av kupongløsninger, progressiv akkord og tap av faglig autonomi pålagt oppdragstannlegen. Er det mulig å ha en åpen dialog? Er det mulig for forhandlinger eller endringer for å gjøre situasjonen bedre? Partene kan komme til enighet og få til en samarbeidskontrakt som ivaretar både oppdragstannlegen som selvstendig næringsdrivende med en viss grad av frihet og praksiseiers behov for forutsigbarhet og rimelig inntjening. Dette kan foregå med eller uten NTFs assistanse. På denne måten vil partene ivareta og opprettholde kontinuiteten i omsorgen for pasientene.

Ett tredje alternativ (alternativ 3) kan være at partene blir enige om et ansettelsesforhold. Også dette kan foregå med eller uten veiledning fra NTFs juridiske avdeling.

Oppdragstannlegen blir da sikret fast lønn, med alle de godene en ansettelse medfølger. Praksiseier får økt styring og kontroll som ønsket.

I utgangspunktet er avtaler mellom næringsdrivende som påvirker handel og konkurranse forbudt. Det norske konkurransetilsynet har uttalt at de kommer til å følge EUs nye retningslinjer, og vil legge disse til grunn for sin håndheving av konkurranseloven. Det betyr at selvstendig næringsdrivende uten ansatte nå kan forhandle kollektivt med sine oppdragsgivere for å bedre sine lønns- og arbeidsvilkår (19). Både praksiseier og oppdragstannlegen kan ta initiativ til forhandlinger om oppdragstannlegens arbeidsvilkår og regulere disse i kollektive avtaler (19).

Helhetlig vurdering

Alternativ 1 er det alternativet som ivaretar færrest av de etiske prinsippene. Samlet sett synes dette også å være det dårligste alternativet både for oppdragstannlegen (som må forlate kjente kollegaer og pasienter) og for praksiseier (som kan miste kunder). Dessuten kan det gå ut over pasientene, ved at kontinuiteten i omsorgen og behandlingen som de har fått over mange år, blir brutt.

Alternativ 2 ivaretar de fleste etiske prinsippene, dersom partene blir enige om en løsning som ikke går ut over pasientene og som begge kan leve med. Det gir en rimelig balanse mellom faglig autonomi og økonomisk bærekraft.

Alternativ 3 støttes av de fleste prinsippene, normene og verdiene, men det kan resultere i at praksiseier får økte utgifter. På sikt kan det likevel svare seg, da praksiseier unngår lekkasje av pasienter dersom oppdragstannlegen slutter. Den faglige kvaliteten og kontinuiteten i omsorgen for pasientene kan bli godt ivaretatt, men det kan også føre til økte kostnader for pasientene.

I en reell situasjon vil valget bero på mer informasjon enn det som er gjengitt i denne artikkelen, men slik saken er fremstilt og drøftet her, fremstår alternativ 1 som det dårligste alternativet mens alternativ 2 kan være akseptabelt og alternativ 3 fremstår best begrunnet for å imøtekomme kravene til begge parter, etisk sett.

Diskusjon

Vi har i denne artikkelen anvendt den etiske refleksjonsmodellen for å analysere et arbeidsrelatert forhold, til forskjell fra en konvensjonell analyse av et pasient-behandler-forhold. Det betyr at ikke bare den (eller de) helseprofesjonelle er aktør, men også praksiseieren. Vi viser med det at refleksjonsmodellen er anvendelig ikke bare for rene pasient-tannlege-forhold, men i en bredere sammenheng som inkluderer andre vurderinger av normer, verdier og prinsipper.

Det er flere problemstillinger i denne kasuistikken som ikke har blitt diskutert, inkludert aspekter som klausuler, hygienetillegghonorarer og kupongløsningene. Dette viser hvor komplekst et slik arbeidsforhold kan være. En vurdering av arbeidsvilkår i en tannbehandlingsklinikk kan gi mange utfordringer spesielt for yngre kolleger som har lite erfaring med å navigere i et slikt farvann.

Mer kunne ha vært skrevet om ulike ledelsesstiler. I denne kasuistikken opplevde oppdragstannlegen å gå fra frihet under ansvar til en mer kontrollerende/hierarkisk lederstil, fra transformasjonsledelse til og transaksjonsledelse. Hvilke ledelsesformer som er best egnet, er helt klart et stort og relevant tema. Vi har derimot valgt å konsentrere oss om de etiske problemstillingene i denne omgang.

Man kan si at alt var enklere før, da man hadde mindre tannbehandlingssklinikker der eldre praksiseiere ofte fungerte som mentorer for yngre kolleger som deretter tok over praksisen. Med dagens situasjon kjennetegnet av kjededannelser, konsolidering og investoreide selskaper, møter vi et mer komplekst bilde (8). Spesielt i de store byene hvor de fleste yngre tannleger har lyst til å bosette seg, kan dette by på utfordringer.

Vi har bevisst ikke fokusert på denne delen av problematikken, da etiske problemstillinger kan oppstå på alle arbeidsplasser uavhengig av om man jobber i en kjede eller på en mindre klinikk. Det

er ledelsen, arbeidsmiljøet og hva slags kultur det er på arbeidsplassen som kan være avgjørende (14, 15).

Kasuistikken reiser både etiske og fagpolitiske spørsmål. Vi har konsentrert oss om de etiske. Selv om de etiske utfordringene primært er av profesjonsetisk art, får de også implikasjoner for den (tann)medisinske etikken.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi utforsket en moralsk utfordrende situasjon som oppstår på grunn av endrede arbeidsvilkår for tannleger. Situasjonen kan ha etiske konsekvenser både for tannlegens arbeidspraksis og forholdet til pasientene. Ved å bruke den etiske refleksjonsmodellen har vi demonstrert hvordan samfunnsmessige faktorer som endringer i arbeidsmiljøloven (9), markedskrefter som påvirker den private tannhelsetjenesten og økt konkurranse (8), har ført til betydelige endringer i tannlegers rolle i privat praksis.

Den norske tannlegeforening kan i fremtiden spille en mer aktiv rolle i fremtiden ved å bistå både praksiseiere og oppdragstannleger i forhandlinger om arbeidsvilkår. Det er viktig å opprettholde balanse i forhandlingsstyrken mellom disse partene, da oppdragstannlegers behov for beskyttelse må opprettholdes (19). Vi har vist hvilke konsekvenser ubalanser kan ha, både for oppdragstannlegers faglige autonomi, pasienters sikkerhet og profesjonens fremtidige kvalitet.

Disse endringene bringer med seg etiske utfordringer, og vi erkjenner at situasjonen er kompleks og kontekstuell og krever ytterligere undersøkelser. Ved å bruke etisk refleksjon og modellen for systematisk etisk refleksjon (SME) som verktøy, har vi ønsket å vise hvordan ulike løsninger kan utforskes for å møte denne utfordrende arbeidssituasjonen.

Med denne artikkelen håper vi at vi har belyst noen aktuelle utfordringer og at gjennomgangen kan gi økt oppmerksomhet rundt etisk refleksjon på arbeidsplassen og gjøre at praksiseiere og oppdragstannleger i samarbeid kan levere gode tannhelsetjenester for pasientene.

REFERANSER

1. 6-trinnsmodellen for etikrefleksjon i helse- og omsorgstjenestene. URL: - <https://www.ks.no/globalassets/Veiledere-til-6-trinnmodellen-for-etisk-refleksjon-pdf.pdf> (lest 26.03.2024).
2. Lillemoen L, Gjerberg E, Nortvedt P. Refleksjon over klinisk-etiske dilemma. I: Etik i helsetjenesten, red. Magelssen, Førde, Lillemoen og Pedersen. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2020. kap. 20.
3. Slik kan du vite om du skal være næringsdrivende eller ansatt, Fri Fagbevegelse. URL: <https://frifagbevegelse.no/loaktuelt/slik-kan-du-vite-om-du-skal-vare-naringsdrivende-eller-ansatt-6.158.304431.dfc15d1be3> (lest 26.03.2024).
4. Dine rettigheter som ansatt, frilanser eller selvstendig, Arbeidslivet.no <https://www.arbeidslivet.no/arbeid/ansattelsesformer/dine-rettigheter-som-ansatt-frilanser-eller-selvstendig> (lest 26.03.2024).
5. Kielland-Nilsen D. Arbeidsliv: Ansatt arbeidstaker eller selvstendig næringsdrivende? Nor Tannlegeforening Tid. 2023; 133, 249-51.

6. Galaasen T. Spør advokaten: Gyldighet av etableringsrestriksjon (konkurranseklausul) når samarbeid avsluttes etter kort tid på grunn av pasientmangel. Nor Tannlegeforening Tid. 2023; 133, 252.
7. Galaasen T. Arbeidsliv: Et arbeidsliv i endring. Sterkere vern av arbeidstakere og klargjøring av grensen mot oppdragstakere. Nor Tannlegeforening Tid. 133, 2023; 70-1.
8. Moezzi M, Hofmann B. Helsepersonell eller selger? En analyse av tannlegeyrkets rolle i lys av kontraktteori og normativ etikk. Nor Tannlegeforening Tid. 2023; 133, 192-200.
9. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62> (lest 26.03.2024).
10. NTFs etiske regler – Tannlegeforeningen <https://www.tannlegeforeningen.no/fag-og-politikk/etikk/ntfs-etiske-regler.html> (lest 28.03.2024).
11. Hauge MS. Snakk om etikk: Moralsk stress. Nor Tannlegeforening Tid. 2020; 131, 1082-3.
12. VID:Open: Omsorg under press - Hvorfor oppstår moralsk stress og utbrenthet blant sykepleiere, og hvordan kan det forebygges? <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/2673987?show=full> (lest 28.03.2024).
13. Helsefremmande arbeidsplassar (arbeidstilsynet.no), <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/helsefremmande-arbeidsplassar/#:~:text=Ein%20helsefremmande%20arbeidsplass%20inneber%20at%20arbeidet%20blir%20organisert,gir%20grunnlag%20for%20ein%20helsefremmande%20og%20meningsfull%20arbeidssituasjon.> (lest 28.03.2024).
14. Krav og kontroll på arbeidsplassen (dagensmedisin.no), <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/krav-og-kontroll-pa-arbeidsplassen/101977> (lest 28.03.2024).
15. Motstridende krav i jobben - spiller det noen rolle? - STAMILov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) – Lovdata, <https://stami.no/motstridende-krav-i-jobben-spiller-det-noen-rolle/> (lest 28.03.2024).
16. Nortvedt P. Omtanke: innføring i sykepleieetikk. 2021, 3 utgave.
17. Nilsen DK. Arbeidsliv: Røde flagg i oppdragstakerkontrakter? Nor Tannlegeforening Tid. 2023; 133, 862-4.
18. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) – Lovdata, <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (lest 28.03.2024).
19. Nilsen DK. Spør advokaten: Kollektive forhandlinger for næringsdrivende. Nor Tannlegeforening Tid. 2023; 133, 366-7.

ENGLISH SUMMARY

Moezzi M, Hofmann B.

How can the working conditions of a dentist affect the moral decisions a dentist makes in the clinic?

Nor Tannlegeforening Tid. 2024; 134: 818-27.

How can the working conditions of a dentist affect the moral decisions a dentist makes in the clinic? This is the main question in this article, where we start with a specific morally challenging case from a dentist's workplace. By applying a systematic model of ethics reflection (SME), we attempt to elucidate and answer the question. We

want to show how to arrive at well-founded decisions in a difficult work situation. By focusing on increased ethical awareness, we want to help dentists maintain their professional integrity and autonomy. The choices one makes, also in everyday working life, can determine how one as a dentist practice one's profession.

E. CHRISTIANSEN AS

Vaskedesinfektor

- Fleksible løsninger, effektive, pålitelige og validerbare resultater.

Tannlege/medisinsk behandling

Integrerte løsninger for steriliseringsprosedyrer i dentalpraksis

Vi er på Nordental, stand 801-37



Når dybde og bredde spiller på lag

Dybdejournalistikken trenger breddemediene for å spre budskapet, og breddemediene trenger dybdejournalistikken for faglig tyngde. Det siste året har Fagpressens medlemsmedier blitt sitert over 700 ganger av NTB og deltatt i samfunnsdebatten mange ganger daglig.

Se mer på fagpressen.no/dybde

MECTRON COMBI TOUCH



TECHNOMEDICS

**Elegant og pålitelig
profylaksemaskin!**

mectron



Tlf: 69 88 79 20

E-post: post@technomedics.no

HOVEDBUDSKAP

- Orale lichenoid kontaktlesjoner er blant de vanligste bivirkningene av odontologiske biomaterialer og er oftest sett i forbindelse med amalgamfyllinger.
- Utredning av orale lichenoid kontaktlesjoner krever god kunnskap om differensialdiagnostikk og baseres hovedsakelig på kliniske funn, eventuelt supplert med histologisk vurdering og allergitestning (epikutantesting).
- Restaureringer som forårsaker orale lichenoid kontaktlesjoner bør fjernes og erstattes av et annet materiale etter at fordeler og ulemper er drøftet med pasienten. Ved manglende tilheling etter utskifting av restaureringsmateriale bør diagnosen revurderes.
- Orale lichenoid forandringer generelt oppfattes av Verdens helseorganisasjon som potensielt maligne tilstander, på grunn av økt risiko for malignitetsutvikling. Det er omdiskutert hvorvidt dette gjelder for orale lichenoid kontaktlesjoner.
- Alle mistenkte bivirkningsreaksjoner bør rapporteres til Bivirkningsgruppen.

FORFATTERE

Ardita Aliko, forsker II, spesialtannlege. Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, NORCE
 Trine Lise Lundekvam Berge, forsker II, spesialtannlege. Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, NORCE
 Kathrine Skarstein, professor. Gades laboratorium for patologi, Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus
 Anita Bergstø, seniorrådgiver, spesialtannlege. Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, NORCE
 Birgitte Fos Lundekvam, seniorrådgiver, spesialist i allmennmedisin. Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, NORCE
 Lars Björkman, forskningsleder for Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, NORCE

Korresponderende forfatter: Ardita Aliko, e-post: aral@norceresearch.no

Akseptert for publisering 21.08.2024

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:
 Aliko A, Berge TLL, Skarstein K, Bergstø A, Lundekvam BF, Björkman L. Orale lichenoid kontaktlesjoner – en oversikt. Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 830-7.

MeSH: lichenoid eruptions; oral lichen planus; dental materials; adverse effects; mouth diseases.

Orale lichenoid kontaktlesjoner – en oversikt

Ardita Aliko, Trine Lise Lundekvam Berge, Kathrine Skarstein, Anita Bergstø, Birgitte Fos Lundekvam og Lars Björkman

Orale lichenoid kontaktlesjoner forårsaket av odontologiske biomaterialer forekommer relativt sjeldent, men kan gi opphav til betydelige plager hos pasienten. Hovedsakelig er det kvikksølv i amalgam som er årsak til slike lesjoner. I denne oversiktsartikkelen ønsker vi å gi en kortfattet introduksjon til orale lichenoid kontaktlesjoner, med vekt på etiopatogenese, klinisk og histologisk bilde, og differensialdiagnostisk utredning. Videre oppsummerer artikkelen behandlingsalternativer og utfall. Vi diskuterer også om orale lichenoid kontaktlesjoner har en risiko for malignitetsutvikling, og at dette innebærer et ansvar for å følge pasienten opp over tid, samt samarbeide med spesialisthelsetjenesten ved behov.

Odontologiske biomaterialer defineres som materialer som inkorporeres eller planter i munnhulen (1). Utviklingen av nye og mer komplekse materialer er rask og omfattende. Det er stor oppmerksomhet rundt materialenes bruksegenskaper, og dette er helt avgjørende for at tannhelsepersonell skal kunne tilby tannhelse-tjeneste av høy kvalitet. Samtidig innebærer alle materialer en risiko for bivirkninger, og vi som tannleger har et ansvar for å oppdatere vår kunnskap om disse. En av styrkene i Norge er at vi har et nasjonalt rapporteringssystem og mulighet for å henvise til «Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer» (bivirkningsgruppen.norceresearch.no). Dette er viktig for å skaffe mer informasjon om materialene på markedet og bidra til trygg bruk. I Norge har vi også sterke fagmiljøer ved universiteter og andre institusjoner som «Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer» (niom.no) med mye kunnskap og erfaring.

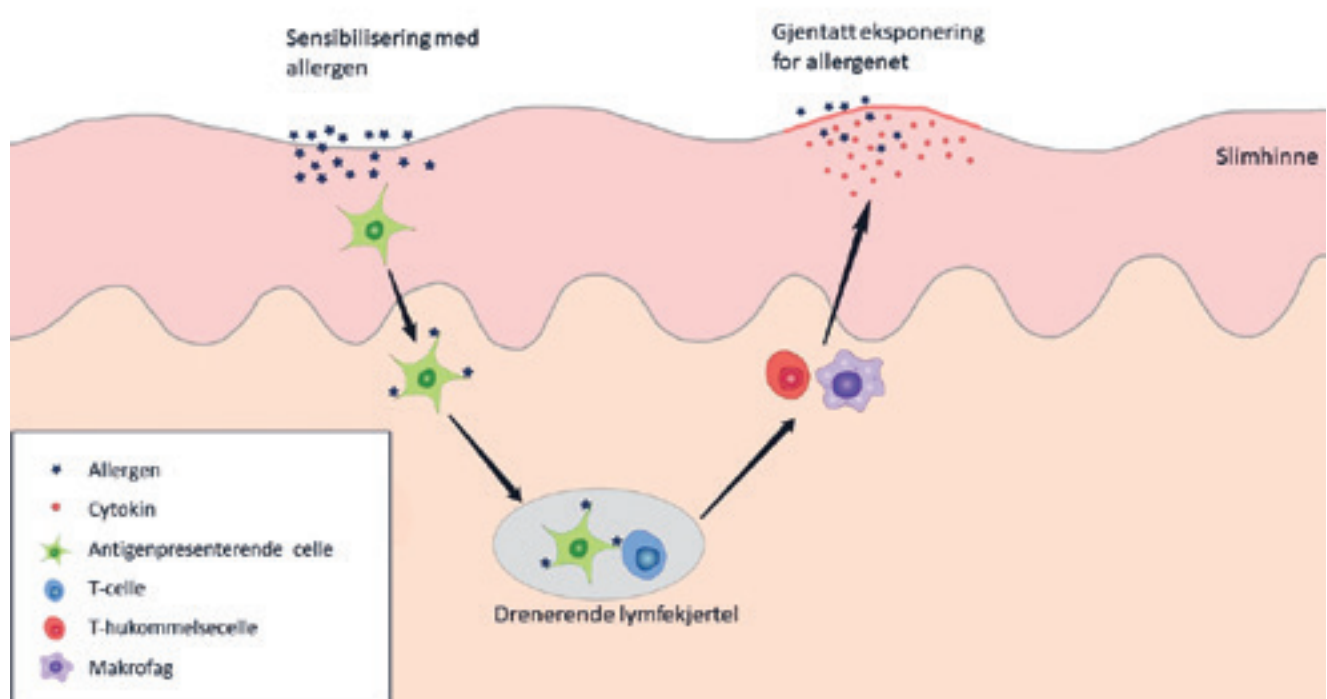
Bivirkninger fra odontologiske biomaterialer varierer fra lett ubehag til mer alvorlige symptomer som reduserer pasientenes livskvalitet (2F). Livstruende anafylaksi kan også forekomme, men oppstår svært sjelden (3) (4). En av de vanligste bivirkningsreaksjonene fra odontologiske biomaterialer er såkalte orale lichenoid kontaktlesjoner. Disse har ofte et klinisk utseende og histologisk bilde som minner om andre sykdommer, noe som kan gi differensialdiagnostiske utfordringer. I denne artikkelen gjennomgår vi kunnskap om definisjon, etiopatogenese og klinisk/histologisk presentasjon av orale lichenoid kontaktlesjoner, samt diskuterer hvordan disse forandringene kan behandles. Artikkelen bygger på studier og oversiktsartikler i sentrale tidsskrift, samt på nasjonale retningslinjer.

Definisjon og etiopatogenese

Begrepet «lichenoid reaksjon» ble først introdusert i dermatologi for 50 år siden for å beskrive en gruppe inflammatoriske hudsykdommer som hadde felles histologiske trekk, nemlig degenerasjon av basalcellelaget og båndformet inflammatorisk infiltrat, hovedsakelig bestående av aktiverte T-lymfocytter (5). I likhet med hud, kan også munnslimhinnen bli affisert av et spektrum av lichenoid forandringer. Disse forandringene er blitt klassifisert som enten klassisk oral lichen planus eller orale lichenoid forandringer. De

sistnevnte inkluderer alle forandringer som ligner på oral lichen planus, men som mangler typiske kliniske eller histologiske trekk (6). De omfatter ulike tilstander som, under «World Workshop of Oral Medicine» i 2006 ble delt inn i tre hovedtyper: 1) orale lichenoid kontaktlesjoner forårsaket av dentale materialer eller aromastoffer som er i kontakt med munnslimhinnen; 2) orale lichenoid legemiddelreaksjoner forårsaket av systemisk virkende legemidler; og 3) orale lichenoid forandringer som følge av transplantat-mot-vert sykdom og da vanligvis den kroniske formen av denne tilstanden (7). Deler av fagmiljøet synes at flere sykdommer bør inkluderes i klassifiseringen av orale lichenoid forandringer på grunn av felles kliniske og/eller histologiske trekk, blant annet lichenoid forandringer av lupus erythematosus og kronisk ulcerøs stomatitt (8).

Til tross for uenighet i definisjon og inndeling, tror man at både oral lichen planus og lichenoid forandringer representerer en respons mot ulike fremmede antigener, autoantigener eller superantigener, som fører til en immunmediert destruksjon av basalcellelaget i epitelet (9). Ved orale lichenoid kontaktlesjoner forårsaket av odontologiske biomaterialer er det hovedsakelig komponenter av materialene i kontakt med munnslimhinnen som fungerer som et antigen og som binder seg til autologt HLA-protein. Dette kom-



Figur 1. Forsinket/cellemediert hypersensitivitet. Allergenet (stjerner) (f.eks. kvikksølv) blir presentert for T-lymfocytter (blå celler) av antigenpresenterende celler (grønne celler). T-hukommelseceller (røde celler) blir dannet. Ved ny eksponering for samme antigen gjenkjenner disse T-hukommelseceller antigenet og starter en prosess med celledeling og utskillelse av cytokiner. Dette tiltrekker makrofager (lilla celler) og andre celler og resulterer i en kontaktallergisk reaksjon som kan forårsake betydelig vevskade.

plekset blir så via antigenpresenterende celler presentert for T-lymfocytter, som sensibiliseres og prolifererer i lokale lymfeknuter. T-hukommelsesceller blir dannet. Ved ny eksponering for antigenet vil slike T-hukommelsesceller utløse en kontaktallergisk reaksjon og føre til vevsskade (figur 1) (9). Fordi det kan ta en til tre dager for en slik reaksjon å utvikle seg, kalles den en forsinket hypersensitivitetsreaksjon (10).

Til tross for utbredt bruk av odontologiske biomaterialer er orale lichenoid kontaktlesjoner relativt sjeldne. Resultatene fra en epidemiologisk studie fra Italia viser at forekomsten av orale lichenoid forandringer i et representativt utvalg av den voksne befolkningen er 0,29%, men i studien er det ikke spesifisert hvor stor andel av disse som var kontaktlesjoner (11). Lav forekomst kan forklares med at munnslimhinnen er mer resistent mot allergiske reaksjoner enn huden. Dette kan delvis skyldes komplekse immunologiske reguleringsmekanismer som bidrar til utvikling av munnslimhinnens toleranse overfor allergener (12). En annen forklaring kan være at saliva stadig fornyes og skyller bort antigener fra munnhulen (clearance). Orale lichenoid kontaktlesjoner oppstår som regel mange år etter den første kontakten med restaureringsmaterialet (10), og pasientenes gjennomsnittsalder er angitt til å være omtrent 54 år (13) (14).

Orale lichenoid kontaktlesjoner er oftest sett i forbindelse med amalgamfyllinger (10) (15). Generelt bruk av amalgam i Norge ble forbudt i 2008 av hensyn til miljøet. Fordi amalgamfyllinger har lang levetid og fremdeles er i bruk i mange andre land, er det fortsatt mange pasienter som har slike fyllinger. Dentalt amalgam er en legering av kvikksølv og andre metaller som kobber, sølv, tinn og zink (10), der kvikksølv er det mest dokumenterte allergenet. Studier viser at mellom 47% og 70% av pasientene med lichenoid kontaktlesjoner topografisk relatert til amalgamfyllinger vil være positive ved epikutantesting med kvikksølv (13) (16). Det er derimot

kun en liten andel, cirka 4%, av den generelle befolkningen som er positive ved epikutantesting med kvikksølv (17). Dette kan tyde på at allergiske mekanismer er involvert.

Orale lichenoid kontaktlesjoner kan i sjeldne tilfeller også skyldes en allergisk reaksjon mot andre materialer enn amalgam. Slike materialer kan for eksempel være metaller som gull, palladium, nikkel og kobolt (14) (16) (18). Orale lichenoid kontaktlesjoner forårsaket av allergi mot polymerbaserte materialer er ikke påvist. Lichenoid forandringer i kontakt med komposittfyllinger i fronten er beskrevet (19) (20), men epikutantesting er negativ i de fleste pasienter (19). Forfatterne av studiene hevder at forandringene ikke skyldes allergi mot komposittkomponenter, men trolig utløses av mikroorganismer som fester seg til materialenes porøse overflate (2) (19) (20).

Kliniske og histologiske funn

Klinisk karakteriseres oral lichen planus og orale lichenoid forandringer av hvite retikulære og/eller papulære strukturer som ofte er asymptomatiske (8). En plakk-variant kan også forekomme. Disse hvitlige forandringene oppstår på grunn av hyperkeratose og er epitelets svar på mild inflammasjon (2). I tillegg kan atrofiske forandringer, erosjoner og ulcerasjoner oppstå av og til (figur 2A og 2B), noe som indikerer mer aktiv inflammasjon og som gir opphav til subjektive symptomer (2). Pasientene klager ofte over svie, brennende følelse eller smerter, og det er ikke vanskelig å forestille seg at slike symptomer kan interferere med spising og munnhygiene, samt redusere pasientens livskvalitet. Tilstandene karakteriseres av et sykisk forløp hvor symptombildet og den kliniske presentasjonen varierer over tid (8).

Kliniske tegn ved orale lichenoid kontaktlesjoner og oral lichen planus er svært like, men orale lichenoid kontaktlesjoner kan mangle det karakteristiske retikulære mønsteret man ser ved oral



Figur 2. A) Lichenoid kontaktlesjon mot amalgam med både røde og hvite elementer på høyre kinnslimhinne. B) To uker senere oppsto ulcerasjoner i området, og pasienten hadde betydelige symptomer.

Tabell 1. Differensialdiagnostikk mellom orale lichenoid kontaktlesjoner og oral lichen planus

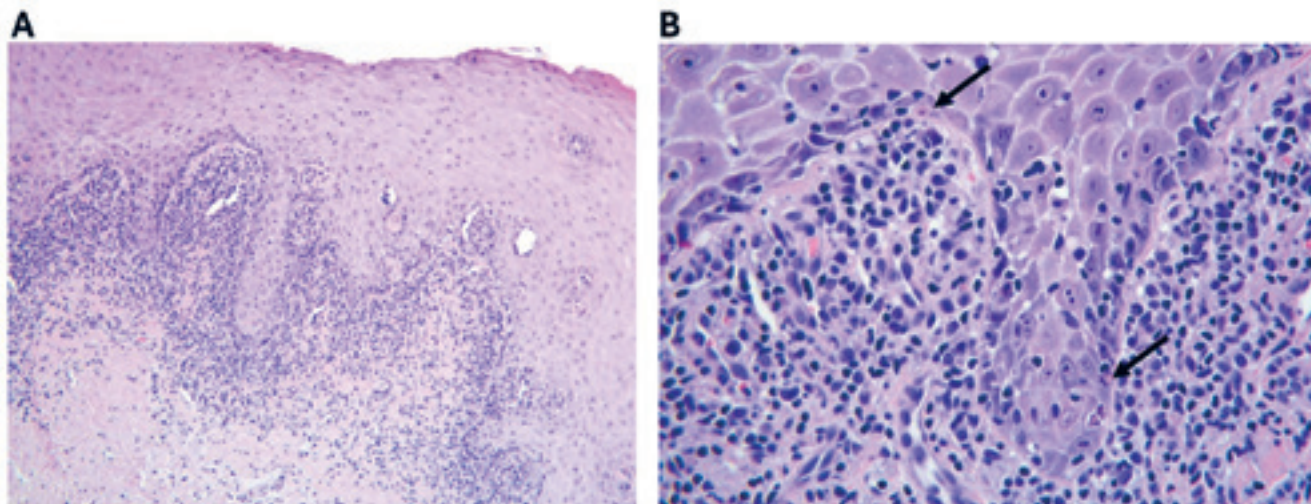
Orale lichenoid kontaktlesjoner	Oral lichen planus
Klinisk • Unilateralt eller bilateralt • Lesjoner i kontakt med tannrestaureringer • Sjeldent gingivale lesjoner • Kun lokalisert i munnslimhinnen • Klinisk bilde kan variere over tid	• Bilateralt • Lesjoner opptrer uavhengig av tannrestaureringer • Gingivale lesjoner (ofte deskvamativ gingivitt) • Kan ha ekstra-orale manifestasjoner • Syklisk forløp med perioder av spontan remisjon
Epikutantest med dentalserie • Positiv hos de fleste	• Varierende resultat
Histologisk • Likt oral lichen planus, men noen ganger mer blandet, dypere og/eller mer diffust inflammasjonsinfiltrat. • Germinalsenter-lignende strukturer	• Vakuolær degenerasjon av basalcellelaget og båndformet inflammasjonsinfiltrat subepitelialt som består hovedsakelig av T-lymfocytter.
Respons etter fjerning av tannrestaurering • Bedring/tilheling	• Ingen respons/noen ganger bedring*

* Det kan ikke utelukkes at lesjoner av oral lichen planus forverres av en samtidig kontaktallergisk reaksjon og vil dermed vise noe bedring ved fjerning av tannrestaureringen [28].

lichen planus (8). Topografisk relasjon til tannrestaureringer, dvs. samsvar mellom hvor materialet sitter og hvor lesjonen oppstår, er kardinalfunnet ved orale lichenoid kontaktlesjoner og kan være til hjelp i det differensialdiagnostiske arbeidet (tabell 1). Kontaktlesjoner vil dermed vanligvis forekomme på den posteriore kinnslimhinnen eller på den laterale delen av tungen i direkte kontakt med tannrestaureringen. Oral lichen planus vil derimot oftest opptre bilateralt og omfatte større deler av munnslimhinnen (utover kontaktområdet), inkludert gingiva (ofte i form av deskvamativ gingivitt) (15). Tilstedeværelse av eventuelle ekstraorale forandringer

kan også være til hjelp for å skille oral lichen planus fra orale lichenoid kontaktlesjoner. Genitale slimhinneforandringer er hyppige blant kvinner med oral lichen planus og forekommer hos opptil 20% av pasientene (21). Hudforandringer finnes hos 15% av pasientene med oral lichen planus (21). Orale lichenoid kontaktlesjoner er derimot ikke assosiert med ekstraorale forandringer.

De viktigste histologiske forandringer er karakterisert av vakuolær degenerasjon av basalcellelaget og båndformet inflammasjonsinfiltrat like subepitelialt (figur 3) (5). Infiltratet består hovedsakelig av T-lymfocytter, men ved lichenoid kontaktlesjoner kan



Figur 3. Lichen planus. Histopatologiske bilder fra kinnslimhinne som klinisk viste seg som retikulære hvite striper i hele kinnets utstrekning. A) Det ses et parakeratinisert overflateepitel. Like under epitelet ses et båndformet infiltrat av mononukleære betennelsesceller hvorav de fleste lymfocytter. Dypere deler av stroma er normalt. B) I et forstørret bilde ses spredte apoptotiske eosinofile celler i basalcellelaget (piler) samt intraepiteliale lymfocytter.

man iblant se et mer blandet inflammasjonsinfiltrat med plasmaceller samt noe dypere og mer diffus inflammasjon i lamina propria enn ved oral lichen planus (tabell 1) (22). I tillegg kan en tidvis se dype perivaskulære lymfocytinfiltrater og germinalsenter-dannelse ved kontakttlesjoner (figur 4) (23). Det finnes dog ikke histologiske kriterier som kan skille mellom orale lichenoid kontakttlesjoner og oral lichen planus (23), og differensialdiagnosen baseres hovedsakelig på kliniske observasjoner (8). Pasientene med orale lichenoid kontakttlesjoner og oral lichen planus utredes primært klinisk, særlig ved funn av klassiske retikulære forandringer. Det kan være aktuelt med biopsi og histologisk vurdering ved mistanke om malignitet eller ved et uklart klinisk bilde for å differensiere forandringene fra andre tilstander (7).

Tilheling av lesjonen etter utskifting av det aktuelle tannrestaureringsmaterialet er et viktig kriterium for å vurdere hvorvidt forandringen er forårsaket av restaureringsmaterialet (tabell 2) (24), og for å bekrefte diagnosen oral lichenoid kontakttlesjon. Ved manglende tilheling etter utskifting av restaureringsmateriale bør diagnosen revurderes.

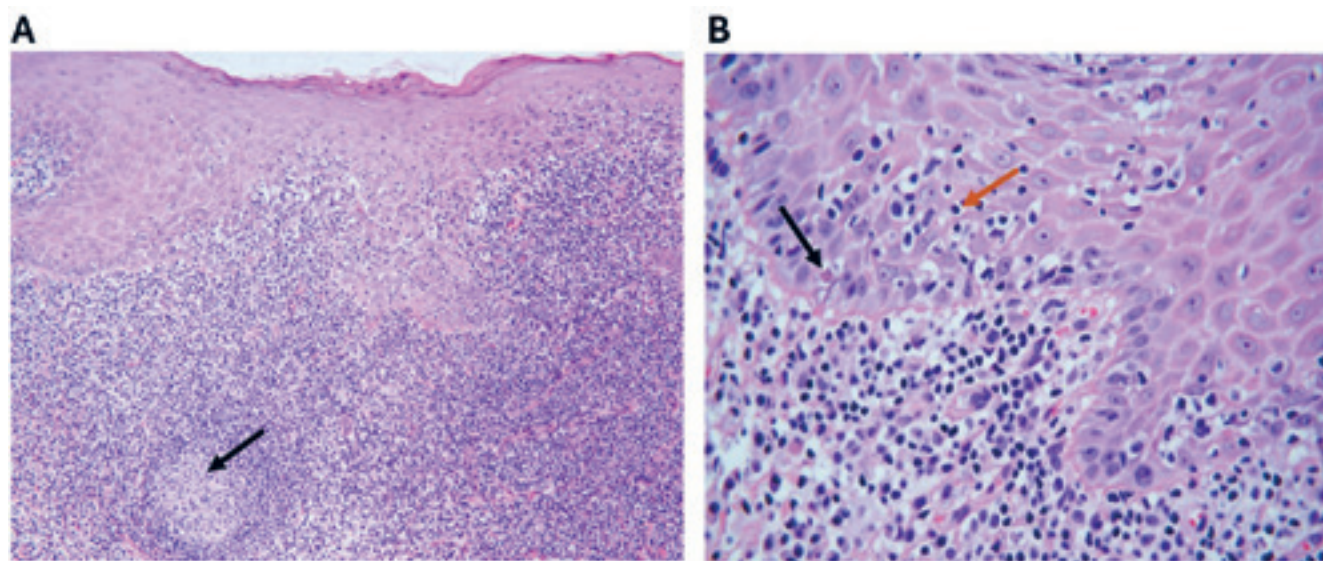
I tillegg til oral lichen planus er det viktig å være oppmerksom på flere aktuelle differensialdiagnoser med lignende klinisk bilde. Disse kan omfatte alt fra forandringer forårsaket av mekanisk traume (for eksempel en skarp fyllingskant) til lupus erythematosus, kronisk ulcerøs stomatitt og ikke-homogen leukoplaki.

Malignitetsrisiko

Det har lenge vært kjent at oral lichen planus er en potensielt malign tilstand, og malignitetsutviklingen er angitt til å være i gjennomsnitt 1,4% (25) (26). Man er imidlertid usikker på om orale lichenoid kontakttlesjoner har risiko for malignitetsutvikling, og det er uenighet om dette. Noen studier viser at lichenoid forandringer generelt har lignende (26) eller til og med høyere risiko (25) for malignitetsutvikling sammenlignet med oral lichen planus, men definisjonen som er blitt brukt i disse studiene om lichenoid forandringer er svært vid og skiller ikke mellom orale lichenoid kontakttlesjoner og andre typer lichenoid forandringer. Disse studiene har likevel gitt grunnlag for at orale lichenoid forandringer, som en gruppe, er blitt inkludert blant de potensielt maligne tilstandene definert av Verdens helseorganisasjon (WHO) (6) (27).

Behandling

Nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet anbefaler at fyllinger i kontakt med orale lichenoid kontakttlesjoner fjernes og erstattes med et annet materiale (1). Topografisk relasjon mellom munnslimhinneforandringer og restaureringsmaterialet, samt positiv epikutantest er de viktigste prediktorer for tilheling (13) (14) (28). Forskning viser at pasienter som har positivt utslag på epikutantesting med kvikksølv har bedre prognose for tilheling etter



Figur 4. Lichenoid kontakttlesjon. Histopatologiske bilder fra klinisk homogen, hvitlig forandring fra kinnslimhinne med et tydelig rødt sentrum. Det opplyses om store amalgamfyllinger i kontakt med lesjonen. (A) Her ses vevsbit som på overflaten er kledd av et flerlaget plateepitel hvor det ses fortykket keratinlag superfielt. Like under epitelet ses tett infiltrasjon av hovedsakelig mononukleære betennelsesceller (lymfocytter og plasmaceller) som også strekker seg til dypere deler av bindevevstroma. Det ses også dannelse av germinalsenter-lignende struktur (se pil). (B) I forstørret bilde ses apoptotiske eosinofile celler (svart pil) og lymfocytter i epitelet (oransje pil). Histopatologisk vurdering av forandring: Her ses et lichenoid reaksjonsmønster. Ut fra den kliniske beskrivelsen kan reaksjon på amalgamfyllinger være en mulighet. Dette kan histologisk ikke skilles fra lichen planus, men i foreliggende tilfelle ses utbredt betennelse med germinalsenter-dannelse som kan indikere at dette kan være knyttet til fyllingsmateriale heller enn lichen planus.

amalgamfjerning sammenlignet med pasienter med negativ epikutantest (13) (14) (28).

Studier rapporterer likevel bedring eller tilheling av kontaktlesjonene etter fjerning av amalgam hos mange av pasientene med negativ epikutantest med kvikksølv (13) (14) (28) (29). Grunnen kan være at andre komponenter i amalgam enn kvikksølv er årsaken til reaksjonen, eller at epikutantesting har lav sensibilitet, dvs. at sannsynligheten for falske negative resultater er stor (2). En annen forklaring kan være at mekanismer av annen karakter enn kontaktallergi er årsaken til lesjonen, for eksempel toksiske mekanismer. Epikutantesting har dermed en begrenset diagnostisk verdi, og ifølge gjeldende retningslinjer er epikutantesting som regel ikke nødvendig hos pasienter med lichenoid kontaktlesjoner topografisk relatert til amalgamfyllinger (1). Når det gjelder lichenoid forandringer i relasjon til andre materialer enn amalgam, er dermatologisk utredning med epikutantesting indisert (28). Resultatet av epikutantest bør bedømmes i samarbeid med dermatolog også med tanke på klinisk relevans.

Svært få studier av pasienter som får fjernet amalgamfyllinger på grunn av orale lichenoid kontaktlesjoner har direkte sammenlignbare kontrollgrupper. Det er også viktig å være oppmerksom på at studiene mangler randomisering, noe som kan bidra til overestimering av tilheling (15). Det sykliske forløpet av sykdommen tas sjeldent i betraktning. Studiene har ofte for kort oppfølgingstid til å kunne registrere et mulig tilbakefall av lesjoner etter amalgamfjerning (15).

Forskning støtter derfor ikke rutinemessig fjerning av amalgamfyllinger uten at disse er i kontakt med forandringene. Det skal fore-

ligge klare indikasjoner for en slik behandling, og tannlegen bør alltid veie fordeler og ulemper (30). Fjerning av amalgam kan føre til ytterligere tap av tannsubstans og kan by på restaureringsutfordringer. Det er også en risiko for forverring av kontaktlesjoner de nærmeste dagene etter utboring av amalgam (16) eller eksponering for innholdsstoffer med påfølgende forbigående økning i kvikksølvkonsentrasjonen i urin (31), særlig ved manglende bruk av kofferdam. Pasienten bør dermed involveres i beslutningen. Ved uttalte symptomer fra kontaktlesjonen er det enklere å ta stilling til behandlingsvalg, men i asymptomatiske tilfeller kan pasienten være mindre motivert for å skifte ut restaureringene.

Om pasienten til tross for symptomer velger å beholde tannrestaureringer som mistenkes være årsak til kontaktlesjonen, kan en forsøksvis bruke kortikosteroider lokalt etter behov for å oppnå symptomkontroll. Dette er et etablert behandlingsopplegg for oral lichen planus (32), men det finnes ikke evidens for at en slik behandling virker på pasienter med orale lichenoid kontaktlesjoner. Eliminering av skarpe kanter, polering av gamle fyllinger, optimalisering av munnhygiene og bruk av tannkrem uten sodium lauryl sulfat kan også bidra til å lindre symptomer (2) (15) (33).

Oppfølging med fotodokumentasjon er anbefalt pga. mulig malignitetsrisiko. Som nevnt tidligere, er det sterk uenighet om denne risikoen er reell, og det finnes ingen studier som undersøker om fjerning av tannrestaureringer reduserer risikoen for malignitetsutvikling (34). Vi mangler evidens for oppfølgingsbehov og kontrollintervaller, men klinisk skjønn tilsier at en kan bruke samme oppfølgingsregime som for oral lichen planus, nemlig årlige kontroller eller hyppigere kontroller ved behov. Ved mistanke om malignitet

Tabell 2. Generelle veiledende kriterier for å vurdere hvorvidt en reaksjon er forårsaket av odontologiske biomaterialer (Tilpasset fra «WHO-UMC system for standardised case causality assessment» [24])

Kasualitetsvurdering	Kriterier*
Sikker	- Uønsket reaksjon, med sannsynlig tidsforhold til tannbehandling - Kan ikke forklares med sykdom, traume (for eksempel skarp fyllingskant) eller annen eksponering. - Forbedring eller tilheling etter avbrutt eksponering (fjerning av tannrestaurering) - Objektiv og spesifikk reaksjon - Re-eksponering (<i>rechallenge</i>), om dette er forsvarlig, gir samme reaksjon.
Sannsynlig	- Uønsket reaksjon, med rimelig tidsforhold til tannbehandling - Reaksjonen kan mest sannsynlig ikke tilskrives sykdom, traume (for eksempel skarp fyllingskant) eller annen eksponering. - Forbedring eller tilheling etter avbrutt eksponering (fjerning av tannrestaurering)
Mulig	- Uønsket reaksjon, med rimelig tidsforhold til tannbehandling - Kan også forklares med sykdom, traume (for eksempel skarp fyllingskant) eller annen eksponering. - Informasjon om avbrutt eksponering kan være mangelfull eller uklar.
Usannsynlig	- Uønsket reaksjon, med uklar tidsrelasjon til tannbehandling som gjør et forhold usannsynlig (men ikke umulig). - Sykdom, traume eller annen eksponering gir plausible forklaringer.

*Alle punkter (innen aktuell gruppering) bør i rimelig grad være oppfylt.

skal tannlegen henvise til utredning i relevant spesialisthelsetjeneste (1). Tannlegen bør også vurdere behovet for henvisning til spesialist ved manglende eller ufullstendig tilheling etter behandling.

Bidrag fra folketrygden

I henhold til gjeldende regler kan Folketrygden yte bidrag til utskifting av tannrestaureringsmaterialer ved «Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer» på grunnlag av kontaktlesjoner i munnslimhinner (35). Tannlegen må kunne dokumentere at munnslimhinneforandringene mest sannsynlig ikke skyldes en bakenforliggende sykdom. Oppdatert helseskjema kan benyttes som dokumentasjon for dette. I tillegg skal tannlegen rapportere til Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved utfylling og innsending av skjema «Rapportering av uønskede reaksjoner/bivirkninger hos brukere i forbindelse med odontologiske materialer» (bivirkningsgruppen.norceresearch.no), jf. takst 10 (35).

Konklusjon

Orale lichenoid kontaktlesjoner forårsaket av odontologiske biomaterialer forekommer relativt sjeldent, men kan gi opphav til betydelige plager hos pasienten. Ettersom det ved lichenoid forand-

ringer kan være liknende kliniske og histologiske funn som ved oral lichen planus eller andre tilstander, bør tannlegen utrede mulige differensialdiagnoser og ha oppdatert klinisk kunnskap om oral lichen planus og orale lichenoid forandringer for å kunne gi nødvendig informasjon og veiledning til pasientene. Epikutantesting har sine begrensninger og er indisert i enkelte tilfeller. Utskifting av restaureringene som er i kontakt med lichenoid kontaktlesjoner gir bedring eller tilheling av lesjonene hos de fleste pasientene, men dette kan ta opptil flere måneder. Denne behandlingen kan være omfattende i noen tilfeller, og fordeler og ulemper bør diskuteres med pasienten i forkant. Det er også viktig å være oppmerksom på at orale lichenoid kontaktlesjoner kan ha en risiko for malignitetsutvikling. Oppfølging og tverrfaglig samarbeid mellom allmenn- og spesialisthelsetjenesten er dermed essensielt.

Opphavsrett og anonymisering av bildene

Figur 1 er utformet av manuskriptets forfattere. Figur 2A og 2B viser pasientbilder tatt av manuskriptets forfattere. Det er ikke mulig å kjenne igjen pasienten ut fra bilde, bildetekst eller annen tilhørende tekst. Figur 3 og 4 viser histologiske bilder tatt av manuskriptets forfattere. Det er ikke mulig å kjenne igjen pasienten ut fra bilde, bildetekst eller annen tilhørende tekst.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologiske biomaterialer (IS-1481). Oslo: Helsedirektoratet 2008.
2. Jontell M, Dahlgren U. Allergiske reaksjoner og andre biverkninger. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2005; 115: 106-12.
3. Alnæs M, Storaas T, Björkman L, Vindenes H, Brudevoll S. Anafylaksi etter endodontisk behandling. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2020; 130: 326-30.
4. Braun JJ, Zana H, Purohit A, Valfrey J, Scherer P, Haikel Y, et al. Anaphylactic reactions to formaldehyde in root canal sealant after endodontic treatment: four cases of anaphylactic shock and three of generalized urticaria. *Allergy.* 2003; 58: 1210-5.
5. Pinkus H. Lichenoid tissue reactions. A speculative review of the clinical spectrum of epidermal basal cell damage with special reference to erythema dyschromicum perstans. *Arch Dermatol.* 1973; 107: 840-6.
6. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, Bagan JV, González-Moles MÁ, Kerr AR, et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. *Oral Dis.* 2021; 27: 1862-80.
7. Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, Wray D, Brennan M, Migliorati CA, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007; 103 Suppl:S25.e1-12.
8. Carrozzo M, Porter S, Mercadante V, Fedele S. Oral lichen planus: A disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies *Periodontol* 2000. 2019; 80: 105-25.
9. Schlosser BJ. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. *Dermatol Ther.* 2010; 23: 251-67.
10. McParland H, Warnakulasuriya S. Oral lichenoid contact lesions to mercury and dental amalgam—a review. *J Biomed Biotechnol.* 2012; 2012:589569.
11. Pentenero M, Brocchetti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis.* 2008;14: 356-66.
12. Reinhart JP, Stoopler ET, Crawford GH. Oral hypersensitivity reaction. *Dermatol Clin.* 2020; 38: 467-76.
13. Thornhill MH, Pemberton MN, Simmons RK, Theaker ED. Amalgam-contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003; 95: 291-9.
14. Suter VG, Warnakulasuriya S. The role of patch testing in the management of oral lichenoid reactions. *J Oral Pathol Med.* 2016; 45: 48-57.
15. Baccaglini L, Thongprasom K, Carrozzo M, Bigby M. Urban legends series: Lichen planus. *Oral Dis.* 2013; 19: 128-43.
16. Issa Y, Duxbury AJ, Macfarlane TV, Brunton PA. Oral lichenoid lesions related to dental restorative materials. *Br Dent J.* 2005; 198: 361-6.
17. Thyssen JP, Linneberg A, Menné T, Johansen JD. The epidemiology of contact allergy in the general population – prevalence and main findings. *Contact Dermatitis.* 2007; 57: 287-99.
18. Tvinnereim HM, Lundekvam BF, Berge ME, Morken T, Björkman L. Kontaktallergisk reaksjon overfor dentalt gull – kasuspresentasjon. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2004; 114: 400-1.
19. Blomgren J, Axell T, Sandahl O, Jontell M. Adverse reactions in the oral mucosa associated with anterior composite restorations. *J Oral Pathol Med.* 1996; 25: 311-3.
20. Bäckman K, Jontell M. Microbial-associated oral lichenoid reactions. *Oral Dis.* 2007; 13: 402-6.
21. Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999; 88: 431-6.
22. Lodolo M, Gobbo M, Bussani R, Torelli L, Rupel K, Ottaviani G, Poropat A, Biasotto M. Histopathology of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: An exploratory cross-sectional study. *Oral Dis.* 2023; 29: 1259-68.
23. Thornhill MH, Sankar V, Xu X-J, Barrett AW, High AS, Odell EW, et al. The role of histopathological characteristics in distinguishing amalgam-associated oral lichenoid reactions and oral lichen planus. *J Oral Pathol Med.* 2006; 35: 233-40.
24. World Health Organization- Uppsala Monitoring Center (WHO-UMC). The use of the WHO-UMC system for standardised case causality assessment [nettdokument] (5 juni 2013). Tilgjengelig fra <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-causality-assessment>.

25. Iocca O, Sollecito TP, Alawi F, Weinstein GS, Newman JG, De Virgilio A, et al. Potentially malignant disorders of the oral cavity and oral dysplasia: A systematic review and meta-analysis of malignant transformation rate by subtype. *Head Neck*. 2020; 42: 539-55.
26. González-Moles MÁ, Ramos-García P. An evidence-based update on the potential for malignancy of oral lichen planus and related conditions: a systematic review and meta-analysis. *Cancers (Basel)*. 2024; 16: 608. doi: 10.3390/cancers16030608.
27. Muller S, Tilakaratne WM. Update from the 5th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: Tumours of the oral cavity and mobile tongue. *Head Neck Pathol*. 2022; 16: 54-62.
28. Rahat S, Kashetsky N, Bagit A, Sachdeva M, Lytvyn Y, Mufti A, et al. Can we separate oral lichen planus from allergic contact dermatitis and should we patch test? A systematic review of chronic oral lichenoid lesions. *Dermatitis*. 2021; 32: 144-50.
29. Issa Y, Brunton PA, Glenney AM, Duxbury AJ. Healing of oral lichenoid lesions after replacing amalgam restorations: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004; 98: 553-65.
30. Fletcher R, Harrison W, Crighton A. Dental material allergies and oral soft tissue reactions. *Br Dent J*. 2022; 232: 620-5.
31. Håheim LL, Lygre GB, Dalen K, Eide R, Karlsson S, Lyngstadaas SP, et al. Effekt av utskifting av amalgamfyllinger ved symptomer og sykdom som relateres til amalgamfyllinger. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2007; 117: 878-82.
32. Lodi G, Manfredi M, Mercadante V, Murphy R, Carrozzo M. Interventions for treating oral lichen planus: corticosteroid therapies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 2: CD001168.
33. Bankvall M, Dabelsteen E, Holmstrup P, Johannessen AC, Jontell M, Neppelberg E, et al. Common oral mucosal lesions. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2024; 134: 126-38.
34. Kerr AR, Lodi G. Management of oral potentially malignant disorders. *Oral Dis*. 2021; 27: 2008-25.
35. Helsedirektoratet. Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 – undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. januar 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til-folketrygdloven-5-6-5-6-a-og-5-25-undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade>.

ENGLISH SUMMARY

Aliko A, Berge TLL, Skarstein K, Bergstø A, Lundekvam BF, Björkman L.

Oral lichenoid contact lesions – an overview

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 830-7.

Oral lichenoid contact lesions are relatively uncommon but can cause significant pain and morbidity. They are thought to be caused by a localized hypersensitivity reaction to dental restorative materials, mainly mercury released from amalgam. This overview aims to give an insight into the etiopathogenesis and clinical and histological features of oral lichenoid contact lesions, as well as suggest an

approach to differential diagnosis. Management strategies and prognosis are summarized. Further, this review addresses the controversial issue of malignant potential of oral lichenoid contact lesions, and the need for patient follow-up and collaboration with specialized health care professionals.



**Alt innen oral
og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**

**Tannlege
Tormod Krüger**
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

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

**Tannlege
Frode Øye**
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

**Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal**
spesialist i maxillofacial
kirurgi

**Tannlege
Hanne Gran Ohrvik**
spesialist i oral protetikk

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

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



Ofte ligger det viktigste under overflaten

Fagpressens 240 medlemsmedier bidrar med spesialisert innsikt på sine områder innen fag og fritid. Denne innsikten kommer i form av dybdejournalistikk, formidlet gjennom mer enn 100 000 egenproduserte norske artikler og reportasjer i året.

Se mer på fagpressen.no/dybde

The Beauty of Efficiency



VITA ENAMIC® multiColor

Fres. Sett inn. Rett og slett vakker.

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

Spesialtilbud 4 + 2*

VITA ENAMIC® multiColor



**For mer informasjon
skann QR koden**

Ønsker du mere information, kontakt venligst

Plandent AS | +47 22 07 27 27 | post@plandent.no

VITA Zahnfabrik Kari Saksa | +46 70 002 92 31 | k.saksa@vita-zahnfabrik.com

*Gyldig til 15.12.2024. Kan ikke kombineres med andre tilbud.

HOVEDBUDSKAP

- Nekrotiserende gingivitt er en sjelden periodontal sykdom, med en karakteristisk klinisk presentasjonsform.
- Behandlingen må tilpasses den enkelte pasient, men omfatter overfladisk debridement, instruksjon i hjemmehygiene, antibakteriell lokalbehandling samt systemisk antibiotika hos enkelte pasienter.
- Tilstanden er assosiert med immunsvikt og annen alvorlig systemisk sykdom, og tverrfaglig utredning er derfor nødvendig.

FORFATTERE

Ole Kristian Lobekk, tannlege og lege, lege i spesialisering del 1. Stavanger universitetssjukehus

Frode Øye, spesialist i oral kirurgi og oral medisin. Privat praksis, Oslo

Vilde Riiser Bøtun, tannlege. Privat praksis, Oslo

Korresponderende forfatter: Ole Kristian Lobekk, e-post: olobekk@gmail.com

Akseptert for publisering 05.06.2024

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:
Lobekk OK, Øye F, Bøtun VR. Nekrotiserende gingivitt hos en ung kvinne. Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 840-3.

MeSH: Necrotizing gingivitis; Immunodeficiency; Case reports; Anti-bacterial agents.
Norsk MeSH: Nekrotiserende gingivitt; Immunsyk; Kasusrapporter; Antibakterielle midler

Nekrotiserende gingivitt hos en ung kvinne

Ole Kristian Lobekk, Frode Øye og Vilde Riiser Bøtun

En ung kvinne utviklet raskt svært smertefulle nekrotiske sår i gingiva, etter reise til utlandet. Klinisk undersøkelse ga mistanke om nekrotiserende gingivitt. Artikkelen beskriver sykdomsforløpet og den viktige tverrfaglig utredningen av pasienter med denne relativt sjeldne tilstanden.

Kasusbeskrivelse

En 19 år gammel kvinnelig student oppsøkte tannlege med akutte smerter fra tannkjøttet.

Hun var fra før frisk og brukte ingen faste legemiddel. Pasienten hadde returnert til Norge fem dager før, etter 14 dagers ferieopphold i Thailand. Samme dag som hun kom hjem, utviklet det seg spontant grålig misfarging av tannkjøttet i over- og underkjeven. Videre oppsto det sår dannelse og sterke smerter. Ved klinisk undersøkelse hos tannlege var pasienten afebril, men medtatt med generell sykdomsfølelse. Hun var tydelig smertepreget, og oppga smerter svarende til numeric rating scale 10 (NRS), uten effekt av Paracetamol. Gingiva var inflammet, og det ble funnet nekrotiske sår med fibrindekke og inverterte papiller i bukkal margo gingiva, spesielt regio 21-23 (figur 1.). Lignende ulcerasjonen ble også sett stedvis i underkjeven (figur 2.). Pasienten hadde for øvrig et velholdt tannsett, med god munnhygiene. Klinisk bilde ga grunnlag for mistanke om nekrotiserende gingivitt (NG). Spesialist i oral kirurgi og oral medisin ble konferert per telefon, som også mistenkte NG. Det ble startet behandling med Fenoksymetylpenicillin 660 mg x 4 (Apocillin, Actavis Group PTC ehf, Island) og Metronidazol 400 mg x 3 (Flagyl, Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Tyskland), samt rekvirert ibuprofen 600 mg (Ibux, Karo Pharma AS, Etterstad, Oslo) og topikalt lokalanestetikum (Xylocain 100mg/ml spray, As-



Figur 1. Gingival inflammasjon. Stedvis nekrotiske sår med fibrindekke, blødning og inverterte papiller.



Figur 2. Flekkvis nekrose, fibrindekke og inverterte papiller i underkjeven (pil).

pen Pharma Trading Ltd, Irland) for å dempe smerter. De to første dagene doblet pasienten dosen av fenoksymetylpenicillin. Pasienten ble også oppfordret til å skylle munnhulen med klorheksidin to ganger daglig. Ingen mekanisk lokalbehandling ble foretatt samme dag. Ved etterkontroll etter 3 dager ble det funnet nesten fullstendig tilheling av gingiva. Pasienten hadde fremdeles moderate smerter, men var på bedringens vei. Rens og depurasjon ble utført, og pasienten fikk hygieneinstruksjon og opplæring i bruk av interdentalbørster. Ved ny kontroll etter 4 uker var gingiva tilhelt fullstendig (Figur 3.). Det ble ikke funnet gingivale lommer eller radiologiske tegn på periodontalt festetap. NG er kjent for å være assosiert med mulig alvorlig sykdom, og vår pasient hadde også nylig vært på reise til utlandet. Følgelig ble pasienten raskt utredet videre av lege. Utdypende reiseanamnese avdekket ikke seksuell risikoadferd eller rusbruk. Det forelå moderat forbruk av alkohol. Videre klinisk medisinsk undersøkelse avdekket ikke øvrig patologi. Blodprøver viste forhøyede leverprøver, s-ASAT 85 U/L(<35) og s-ALAT 100 U/L(<45). Samt positiv Epstein-barr-virus antistoff S-EBV-VCA IgM, S-EBV-VCA IgG og S-EBV-EBNA IgG, og Cytomegalovirus antistoff inkonklusiv for S-anti-CMV IgM og positiv S-anti CMV IgG. Pasienten hadde også positiv S-anti-HAV total, forenlig med gjennomgått vaksinasjon.

Diskusjon

Nekrotiserende gingivitt (NG) er en spesifikk periodontal sykdom med karakteristisk klinisk presentasjonsform (1-6). Tilstanden er relativt sett sjelden, med en lav prevalens (4,5,7). NG har oftest en



Figur 3. Kontroll etter 4 uker med komplett remisjon av lesjoner og god oral hygiene.

akutt sykdomsdebut med rask utvikling av interdental gingival nekrose, blødning, uttalt foetor ex ore og store smerter (1-6). Diagnosen stilles klinisk, og mikrobakterielle prøver eller biopsi er vanligvis ikke nødvendig for å stille diagnosen, men kan være verdifulle for å identifisere differensialdiagnose ved eventuelle behandlingssvikt (5). Tilstanden har lenge vært beskrevet i litteraturen, og går under navn som «Vincents sykdom», «fusospirochetal gingivitt», og «skyttergravs munn» (4,5). NG var særlig utbredt blant militært personell under første verdenskrig, da assosiert med dårlig munnhygiene, omfattende psykisk belastning og feilernæring (4,7). Vår pasient hadde adekvat munnhygiene, og det var heller ikke mistanke om uttalt feilernæring. Pasienten hadde nylig vært på reise til utlandet og hadde i forkant av dette hatt eksamen, men rapporterte ikke om noen større eller langvarige stressbelastninger. NG er i dag

sjelden i den vestlige verden, og særlig assosiert med immunsupprimerte pasienter, da spesielt HIV-infeksjon (1,2,3,4,8). Vår pasient testet negativt for HIV, og det forelå heller ikke anamnesticke opplysninger som la grunnlag for åpenbar mistanke om smitte, foruten om nylig utenlandsreise.

Tilstanden forårsakes av en kombinasjon av *Fusobacterium nucleatum* og orale spiroketer (4,5,10). Behandlingen omfatter skånsom mekanisk rengjøring, bruk av antibakterielt skyllemiddel og smertelindring(5). I alvorlige tilfeller kan også systemisk antibiotika brukes (4,5). I de norske nasjonale faglige retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten, anbefales oppstart med systemisk antibiotika bare når det foreligger systemiske symptomer med feber og sykdomsfølelse (9). Ubehandlet vil tilstanden kunne utvikle seg til nekrotiserende periodontitt med alvorlig periodontalt festetap og interdental kraterdannelse (4,5,7).

Studier har pekt på en sammenheng mellom NG og mononukleose, men denne sammenhengen har ikke latt seg dokumentere (11). Mononukleose, også kjent som «kyssesyken», er en systemisk blodinfeksjon som skyldes Epstein-Barr virus (EBV) infeksjon, med et sykdomsbilde som preges av initial slapphet/tretthet, hodepine og feber (12). Typisk tilkommer sår hals og svelgevansker. Tonsillene er typisk kraftig opphovnet og belagt med gulhvite eller gråhvite membraner (12). Mononukleoselignende sykdomsbilde kan også oppstå som en følge av infeksjon med Cytomegalovirus (CMV), toxoplasma gondii og en rekke ulike virus (12). Klinisk utredning omfatter blodprøver og klinisk undersøkelse. Det foreligger typisk moderat forhøyede levertransaminaser samt positiv EBV-IgM. EBNA-IgG påvises vanligvis først flere uker etter debut av mononukleose (12). Det ble hos vår pasient funnet lett forhøyede

leverprøver, samt positivt antistoff mot EBV av usikker klinisk betydning, da serologien ikke samsvarer med antistoffprofilen ved nylig smitte (12). Det ble heller ikke funnet et øvrig klinisk sykdomsbilde som samsvarte med mononukleose.

Vi har ikke klart å identifisere en enkeltårsak som forklarte sykdomsutviklingen hos vår pasient. Sykdommen gikk raskt i regress, etter oppstart av kombinert systemisk og lokal behandling, uten periodontalt festetap. Hos vår pasient ble det startet systemisk antibiotikabehandling, da det basert på den raske sykdomsutviklingen etter reise til utlandet ble fattet mistanke om at pasienten kunne være i akuttforløpet av alvorlig underliggende sykdom, med immunsuppresjon. I retrospektiv viste dette seg å ikke stemme, og i tråd med både nasjonale og internasjonale anbefalinger, ville trolig tilstanden latt seg behandle ved lokal mekanisk rengjøring kombinert med lokalt antiseptikum og analgetika. Valg av antibiotikum, samt dosering samsvarte heller ikke med de nasjonale faglige retningslinjer, som anbefaler Fenoksymetylpenicillin 1g x4 i 5 dager. NG er kjent å være assosiert med anaerob flora, og det ble derfor valgt å innlede behandlingen med Metronidazol, mens dosen fenoksymetylpenicillin ble økt for å forlenge effektiv bakteriedrepende konsentrasjon ($T > MIC$), i påvente av videre medisinsk utredning. Selv om det akutte forløpet trolig ville latt seg håndtere med mer konservative behandlingstiltak, illustrer sykehistorien allikevel behovet for grundig tverrfaglig utredning og grundig anamnese hos pasienter med NG, da dette kan være første symptom på annen alvorlig sykdom.

Samtykke

Pasienten har samtykket til publikasjon med bruk av bilder.

REFERANSER

- Rowland RW. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Ann Periodontol*. 1999 Dec;4(1):65-73; discussion 78. doi: 10.1902/annals.1999.4.1.65. PMID: 10863376.
- Horning GM, Cohen ME. Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: clinical staging and predisposing factors. *J Periodontol*. 1995 Nov;66(11):990-8. doi: 10.1902/jop.1995.66.11.990. PMID: 8558402.
- Hansen BF. Diagnostikk av periodontal sykdom. *Nor Tannlegeforen Tid* 2004; 114: 20–8.
- Malek R, Gharibi A, Khilil N, Kissa J. Necrotizing Ulcerativ Gingivitis. *Contemp Clin Dent*. 2017. Jul-Sep; 8(3):496-500. doi: 10.4103/ccd.ccd_1181_16. PMID: 29042743; PMCID: PMC5644015
- Herrera D, Alonso B, de Arriba L, Santa Cruz I, Serrano C, Sanz M. Acute periodontal lesions. *Periodontol* 2000. 2014 Jun;65(1):149-77. doi: 10.1111/prd.12022. PMID: 24738591.
- Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, Flemmig TF, Garcia R, Giannobile WV, Graziani F, Greenwell H, Herrera D, Kao RT, Kebschull M, Kinane DF, Kirkwood KL, Kocher T, Kornman KS, Kumar PS, Loos BG, Machtei E, Meng H, Mombelli A, Needleman I, Offenbacher S, Seymour GJ, Teles R, Tonetti MS. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018 Jun;45 Suppl 20: S162-S170. doi: 10.1111/jcpe.12946. PMID: 29926490.
- Jacobsen N. Stress og periodontal sykdom. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2012; 122: 580–7.
- Steinsvoll S, Herlofson BB. Orale manifestasjoner ved HIV-infeksjon. *Nor Tannlegeforen Tid* 2006; 116: 344–8.
- Helsedirektoratet (2012). Nasjonal faglig retningslinje for antibiotika i primærhelsetjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 03. januar 2024, lest 05. mars 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-primærhelsetjenesten>
- Skaug N, Berge TI, Bårdsen A. Akutte infeksjoner. *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115: 30–7.
- Francin MR, Jou A, Vieira DF, et al. Report a possible correlation between necrotizing ulcerative gingivitis and mononucleosis. *Rev Cubana Estomatol*. 2011;48(4):404-9.
- Luzuriaga K, Sullivan JL. Infectious mononucleosis. *N Engl J Med*. 2010 May 27;362(21):1993-2000. doi: 10.1056/NEJMcp1001116. Erratum in: *N Engl J Med*. 2010 Oct 7;363(15):1486. PMID: 20505178.

ENGLISH SUMMARY

Lobekk OK, Øye F, Bøtun VR.

Necrotizing gingivitis in a young woman

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 840-3.

Necrotizing gingivitis (NG), is a rare yet distinctive periodontal disease characterized by rapid onset of interdental gingival necrosis, pain and halitosis. Various predisposing factors, such as stress, nutritional deficiency and immune system dysfunction, contribute to its development. The condition is especially associated with HIV

infection. The presented case illustrates the swift onset of NG in a healthy young woman. No underlying medical condition was identified, and the condition healed without periodontal destruction following local debridement and the administration of antibiotics.

Utvid klinikkens tilbud - tilby lystgass

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



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

Ny forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler

 Elisabeth Aurstad Riksen

Tannlegers rett til å rekvirere legemidler

Helse- og omsorgsdepartementet har vedtatt ny forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler som trådte i kraft 16. september 2022 og ble sist revidert 1. juli 2024 (1). § 3-1 fastslår at «Tannlege med norsk autorisasjon eller lisens har, med de begrensninger som er gitt, rett til å rekvirere de legemidler til human bruk som er nødvendige for utøvelsen av tannlegevirksomheten» (1). Retningslinjene er lik tidligere avgrensning til behandling av sykdom i munnhule eller tilgrensende vev. Det er opp til tannlegen å vurdere hvilke legemidler dette omfatter innenfor de begrensninger som er gitt i denne forskriften eller i autorisasjon eller lisens.

I nye retningslinjer får tannleger med spesialistgodkjenning i oral kirurgi og oral medisin øket rett til å rekvirere legemidler til egen praksis og pasient (§ 3-3). Avgrensningen er behovet for legemidler i behandlers spesialistpraksis og klinisk indikasjon for å utføre «diagnostikk og behandling av sykdommer, skader og defekter i kjeve» (1). Dette betyr at spesialister i oral kirurgi og oral medisin kan skrive ut flere typer legemidler ut fra sitt yrkesmessige behov.

Resepter skal rekvireres fortrinnsvis skriftlig og elektronisk via Reseptformidleren hvis bruker har tilgang via et datasystem (§ 4-2). Muntlig rekvirering skal kun benyttes hvis skriftlig ikke er praktisk

mulig og må skje via personlig fremmøte eller telefon (2). Muntlige rekvisisjoner gjelder kun ett uttak.

A og B preparater

Tannleger har med ny forskrift rett til å rekvirere et utvalg av A og B preparater i et avgrenset omfang (tabell 1). Tannleger kan på resept rekvirere legemidler i bestemte legemiddelgrupper med markedsføringstillatelse til oral og rektal bruk i minstepakning eller terapeutisk bruk i maksimalt 7 dager (§ 3-3). I forskriftens § 3-4 Særlige tilfeller, underpunkt bokstav b, slås det fast at Helsedirektoratet avgjør tvilstilfeller (1). Tømmelfingerregelen er at tannleger kan rekvirere nødvendige A og B preparater på odontologisk indikasjon i gitt minstepakning så lenge legemiddelet ikke står i listen der Helsedirektoratet har vurdert tvilstilfeller (2). Dette betyr at tannleger må holde seg regelmessig oppdatert på oversikt over avgjørelse på henvendelser om tvilstilfeller for å ha kunnskap om hvilke legemidler som ikke kan rekvireres.

FORFATTER

Elisabet Aurstad Riksen, førsteamanuensis, ph.d., tannlege, spesialkompetanse i implantatprotetikk. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, seksjon for farmakologi, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo.

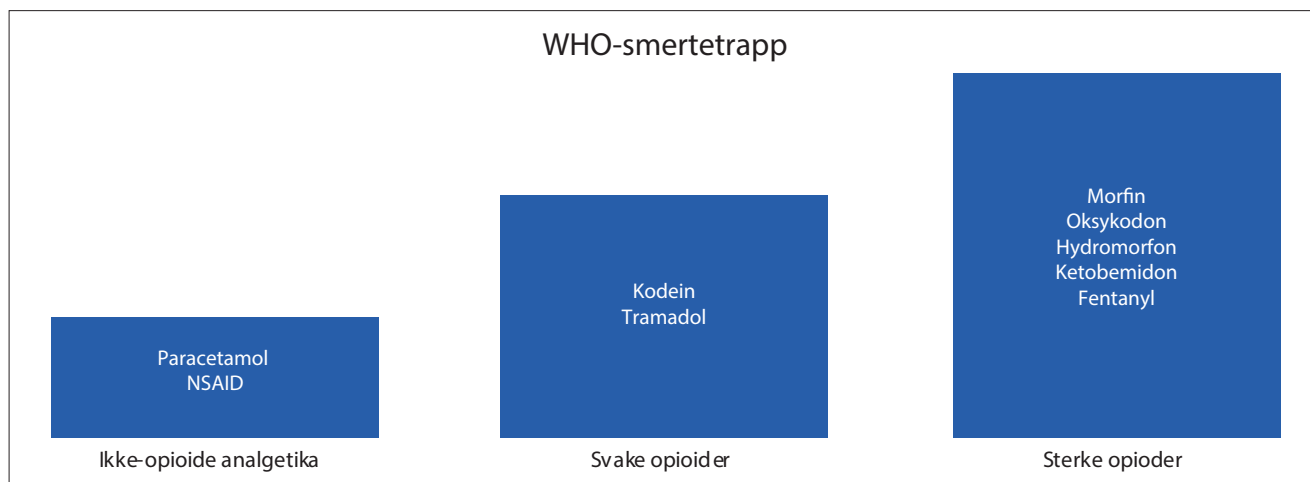
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8921-8027>

Korresponderende forfatter: Elisabet Aurstad Riksen, e-post: e.a.riksen@odont.uio.no

Artikkelen siteres som:
Riksen EA. Ny forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler. Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 844-6.

FAKTABOKS

1. Tannlege med norsk autorisasjon eller lisens har rett til å rekvirere de legemidler til human bruk som er nødvendige for utøvelsen av tannlegevirksomheten.
2. Det er begrensninger i rekvireringsrett for A og B preparater og antibiotika.
3. Tannleger med spesialistgodkjenning i oral kirurgi og oral medisin kan skrive ut flere legemidler i sin spesialistpraksis både til pasient og bruk i praksis.
4. Kun tannleger med norsk spesialistgodkjenning i oral kirurgi og oral medisin har rett til å rekvirere botulinumtoksin til bruk innenfor sitt spesialfelt. Andre tannleger kan ikke rekvirere botulinumtoksin.
5. Helsedirektoratet avgjør tvilstilfeller og publiserer godkjenning eller begrensninger for rekvirering.
6. Tannleger kan søke om begrunnet rett til å rekvirere legemidler ved yrkesmessig behov.
7. Tannpleiere kan kun rekvirere legemidler til bruk i praksis. Disse omfatter lokalanestesi, adrenalin og midler mot karies.



Figur 1. WHO-smertetrapp. Kilde Norsk Legemiddelhåndbok (11).

Legemidler som ikke har ikke markedsføringstillatelse (MT) forutsetter at behandler må søke om godkjenningsfritak med krav om medisinsk begrunnelse for å rekvirere legemiddelet. Dette gir behandler et øket ansvar for forsvarlig bruk inkludert oppfølging av bivirkninger og komplikasjoner.

Tannleger skal kjenne til Nasjonal veileder for bruk av vanedannende legemidler (3). Det er viktig å bruke smertetrapp og velge svake foran sterke opioider i kortest mulig periode (figur 1). Det odontologiske fakultet har skrevet en veileder i bruk av analgetika og sedativa ved Institutt for klinisk odontologi (IKO) (4).

Antibiotika

Tannleger har rettighet til å forskrive alle typer antibiotika til oral bruk på odontologisk indikasjon. Rekvisisjoner har en gyldighetstid på ett år fra utstedelsesdato unntatt antibiotika som har 10 dagers gyldighet (§ 4-4). Endringen ble innført 1. januar i 2018 som et tiltak for å unngå

risiko for antibiotikaresistens. Årsaken til endringen er at mange pasienter fikk vent- og se resept som de tok ut ved behov. Antibiotika skal kun gis etter lege eller tannleges direkte diagnostikk etter strenge, gitte kriterier i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer for tannhelse i regelverket for Antibiotika i primærhelsetjenesten (5). Valg av type antibiotika, dosering og varighet er angitt i retningslinjen (tabell 2).

Individuell søknad om utvidet rett

Regelverket åpner for at tannleger og spesialister kan søke om utvidet rett for å rekvirere enkelte legemidler eller legemiddelgrupper (§ 3-4). Dette kan bli nødvendig hvis arbeidssituasjonen krever det for eksempel arbeid i spesialisthelsetjenesten/sykehus. Helsedirektoratet vurderer individuell søknad om utvidet forskrivningsrett som knyttes til behandler HPR nummer. Husk å vedlegge bekreftelse fra arbeidsgiver på tjenstlig behov. Tannleger har ikke i dag rett til å skrive blå resept på pasienter.

Tabell 1. Tannleger kan på resept rekvirere følgende legemidler med markedsføringstillatelse til oral og rektal bruk i minstepakning eller terapeutisk bruk i maksimalt 7 dager (§ 3-3). Tabellen oppgir eksempler, listen er ikke fullstendig. Kilde: Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m - Lovdata (1)

ATC-gruppe	Legemiddelgruppe	Eksempler, preparat A/B
N02A	Opioidholdige analgetika	Sterke: Morfin, Oksykodon, A Svake: Kodein; Pinex forte, Paralgin forte, Tramadol, B
N05B	Anksiolytika	Diazepam, Stesolid, Valium, Vival, B Oksazepam: Sobril, B
N05C	Hypnotika og sedativa	Midazolam, Buccolam, Ozalin, B Flunitrazepam, ikke MT, godkjenningsfritak, A
R05D	Hostedepende midler	Etylmorfin, Cosylan, mikstur, B Kodein, tabletter, B

Tabell 2. Kilde: Helsedirektoratets retningslinjer for tannhelse. Antibiotika i primærhelsetjenesten. Tannhelse (5).			
Indikasjon	Standardbehandling	Terapisvikt	Penicillinallergi
Akutte odontogene infeksjoner, systemiske symptomer, 5 døgn	Voksen: Fenoksymetylpenicillin oral 1 g x 4 Barn: Fenoksymetylpenicillin oral 15 mg/kg x 4	Voksen: Fenoksymetylpenicillin oral 1 g x 4 + Metronidazol oral 400 mg x 3 Barn: Fenoksymetylpenicillin oral 15 mg/kg x 4 + Metronidazol oral 7,5 mg/kg x 3	Voksen: Klindamycin oral 150 mg x 3 - kan økes til 300 mg x 3 ved terapissvikt Barn: Klindamycin oral 5 mg/kg x 3
Behandlingsresistent periodontale infeksjoner og periimplantitt. 7 døgn	Amoksisillin oral 250 mg x 3 + Metronidazol oral 400 mg x 3	Resistens mot amoksisillin: Ciprofloxacin oral 500 mg x 2 + Metronidazol oral 400 mg x 3	Klindamycin oral 150 mg x 3, terapissvikt 300 mg x 3
Antibiotikaproylakse 1 time før inngrep	Voksen: Amoksisillin oral 2 g x 1 Barn <40 kg: Amoksisillin oral 50 mg/kg x 1		Voksen: Klindamycin oral 600 mg x 1 Barn <40 kg: Klindamycin oral 20 mg/kg x 1

Botulinumtoksin

Kun tannleger med norsk spesialistgodkjenning i oral kirurgi og oral medisin har rett til å rekvirere botulinumtoksin. Endring fra tidligere lovverk gir disse spesialistene større rettigheter og mulighet til å tilby pasienten botulinumtoksin til medisinsk bruk. I Felle-skatalogen oppgis indikasjoner for botulinumtoksin til muskel-smarter, kjeveleddslidelser, spyttsekresjonsforstyrrelser og krampetilstander. Kosmetisk bruk av botulinumtoksin er etter Tannlegeforeningens etiske regelverk ikke god klinisk praksis for alle tannleger inkludert spesialister.

Tannpleiers rett til rekvirering

Tannpleieres rett til å rekvirere legemidler er ikke vesentlig endret fra gammelt regelverk og legemidlene er kun til bruk i egen praksis.

I utgangspunktet kan godkjent bachelor i tannpleie gi rett til å rekvirere midler mot karies, overflateanestetika og antiseptika til lokal behandling i munn. Godkjent utdanning i bruk av injiserbare lokalanestetika gir rett til å skrive ut legemidler til lokal infiltra-sjonsanestesi til odontologisk bruk og adrenalinoppløsning i auto-injektor til bruk mot anafylaktisk sjokk (§ 7-3) (1). Tannpleiere har ikke tilgang til Forskrivningsmodulen.

REFERANSER

- 1. Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m - Lovdata (lest 04.08.24)
- 2. Tannlegers rekvireringsrett av reseptpliktige legemidler - Helsedirektoratet (lest 04.08.24)
- 3. Vanedannende legemidler - Helsedirektoratet (lest 04.08.24)
- 4. Felles veildere for analgetika og sedativa ved IKO.docx (uio.no) (lest 04.08.24)
- 5. Tannhelse - Helsedirektoratet (lest 04.08.24)

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 oversikts-artikkel 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 kilde-håndtering

– innholdets relevans for Tidendes lesere
– disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet
– illustrasjoner
Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren.



Aliva Oral Hydration System

The World's First Solution for Severe Dry Mouth



A Thirst for Life

Aliva is a mix of fresh ideas and refreshing care, making life better. Picture a life without constant dryness – where each sip of water feels like a comforting tune. Aliva is the first-ever help for severe dry mouths, giving a steady flow of natural moisture. It may help you bring comfort to nights without good sleep and improve the pleasure of tasting things. Made from pure nature, it's a simple way of regaining a thirst for life.

Launch 2025

Visit us at B04-25

www.aliva.no

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 tannkjøtt¹

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 i 24 uker.

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

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 uspesifikk, 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:

Utyllingsdato:

Klinikktype:

☐ Tannlege, offentlig ☐ Tannlege, privat

Spesialist i:

☐ Tannpleier, offentlig ☐ Tannpleier, privat

☐ Lege, sykehus ☐ Lege, primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: ☐ Kvinne ☐ Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintlighet/allergi:

Var det pasienten som gjorde deg oppmerksom på reaksjon(er)?
☐ Ja ☐ Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjon(er)?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
Umiddelbart	innen 24 timer	innen 1 uke	innen 1 måned	innen måneder	ukjent til år

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
☐ Ingen

Intraoralt:

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

Lepper/ansikt/kjever:

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

Generelle reaksjoner knyttet til:

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

Øvrige symptomer:

- ☐ Tretheth
- ☐ Svimmelhet
- ☐ Hodepine
- ☐ Hukommelsesforstyrrelser
- ☐ Konsentrasjonsforstyrrelser
- ☐ Angst
- ☐ Uro
- ☐ Depresjon

Annet:

Rapportørens funn
☐ Ingen

Intraoralt:

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Hvilige forandringer
- ☐ Sårblenmer
- ☐ Rubor
- ☐ Atrofi
- ☐ Impresjoner i tunge/kinn
- ☐ Amalgamatoveringer
- ☐ Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Sårblenmer
- ☐ Erytem/rubor
- ☐ Utslett/eksem
- ☐ Palpable lymfeknuter
- ☐ Kjeveleddsdystunksjon
- ☐ Nedsatt sensibilitet

Annet:

Angi lokalisasjon:

Øvrige funn:

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Urtikaria
- ☐ Sårblenmer
- ☐ Eksem/utslett
- ☐ Erytem/rubor

Annet:

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

- ☐ Fyllinger (direkte teknikk)
- ☐ Innlegg, fasader
- ☐ Faste protektiske erstattninger
- ☐ Avtakbare protektiske erstattninger
- ☐ Bittfysiologisk behandling
- ☐ Midlertidig behandling
- ☐ Rotbehandling (rotfylling)
- ☐ Tannkjøtsbehandling
- ☐ 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-/fingsmaterialer
- ☐ Fissurforslegingsmaterialer
- ☐ Beskyttende filmer (f.eks. varmish, femiss, fluorlakk)
- ☐ Pulpaoverkappingsmaterialer
- ☐ Endodontiske materialer
- ☐ Sementeringsmaterialer
- ☐ ☐ vannbasert ☐ plastbasert
- ☐ Metall-keram (MK, PG)
- ☐ ☐ metalllegering ☐ keram
- ☐ Materialer for kroner/broer/innlegg
- ☐ ☐ metalllegering ☐ plastbasert ☐ keramisk
- ☐ Materialer for avtakbare proteser
- ☐ ☐ metalllegering ☐ plastbasert
- ☐ Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur
- ☐ ☐ metalllegering ☐ plastbasert
- ☐ Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur
- ☐ ☐ metalllegering ☐ plastbasert
- ☐ Materialer for bittfysiologisk apparatur
- ☐ Materialer for implantater
- ☐ Avtøktmaterialer
- ☐ ☐ 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.

Bivirkningsregisterets notater

Mottatt: _____
Besvart: _____
Registrert: _____
Klassifisert: _____
Sign: _____

☐ Ykesreaksjoner

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**
Arstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: 56 10 73 10

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norceresearch.no

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

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

Pasient:

☐ Sikker/trolig relasjon
☐ Mulig relasjon
☐ Usikker/ingen opptatning

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: _____

1000 farger hvitt ... alle i 1 sprøyte!

Paste

Flow

Flow Bulk

3 viskositeter – uendelig mange muligheter

Den patenterte Smart Chromatic Technology i OMNICHROMA sørger for kontinuerlig variabel fargetilpasning fra A1 til D4 takket være strukturell farge. I tillegg kommer 3 forskjellige viskositeter for alle preferanser og bruksområder. OMNICHROMA-familien tilbyr brukeren alle tenkelige alternativer med et minimum av materialer.

OMNICHROMA –
du trenger ikke
mer til moderne
fyllingsterapi.

Mer under:



Tokuyama Dental
omniCHROMA



Uten kunstige fargepigmenter
tilpasser seg "automatisk" til tannfargen



Bis-GMA-fri formulering
for en bedre biokompatibilitet



Miljøvennlig lagerbeholdning
Bestill bare 1 farge og ingen utløpte
spesialfarger

We'll back
you up



Driftssikkerhet, design, ergonomi og teknisk kvalitet kjennetegner Anthos fra italienske Cefla.



L9

- Heldigital toppmodell, med full touch display, som har "alt"!
- Fullverdig Kirurgimotor, implantat modul+++
- Led ring som viser status for de ulike integrerte funksjonene
- Optimal komfort for deg og dine pasienter
- "Tempur" polstring
- Luftstyrt fleksibel nakkestøtte
- Fleksibel tilkobling; kan monteres på "alle" oppstikk
- Markedets kanskje beste operasjonslampe



KAMPANJEPRIS

fra. kr. 319.900,-

Inkludert Endopakke (reciprokerende håndstykke og Apexlokator)!



17.000+ dentale unitter sendes fra
Cefla's fabrikk hvert år.

A6

- God ergonomisk utforming
- Driftssikker og prisgunstig unit
- For almentannleger, spesialister og tannpleiere
- Bransjens mest fleksible nakkestøtte



KAMPANJEPRIS

fra. kr. 249.600,-

Inkludert "Tempur" polstring og markedets kanskje beste operasjonslampe!

 **NORDENTAL**

Møt oss på messen
Stand: B03-12





FLUO MICROMOTOR

Aktivisering av UV LED-lysene som er integrert i mikromotoren, fremhever de delene av tannen som er behandlet med komposittmaterialer. Når det gjelder gammel kompositt som må omarbeides, hjelper dette visuelle hjelpemiddelet tannleger med å forkorte behandlingstiden og operere mer presist og sikkert.

We'll back
you up

DIGITALT AVTRYKK

Vi har utstyret til alle typer klinikker!

3Shape tilbyr det nyeste innen digital avtrykkstaking. Med moderne teknologi kan du forvente presise avtrykk av høyeste kvalitet og brukervennlig programvare.

Med nye TRIOS 5 MOVE+ er det enklere å skanne og benytte TRIOS®-apper der dine pasienter best kan se dem – ved stolen. Du slipper å bevege på hodet for å se skjermen. Mindre belastning på rygg og nakke. Dessuten er MOVE+ ett elegant og funksjonelt tilskudd til din klinikk.



3shape 



NORDENTAL

TRIOS SKANNER

fra. 199.000,-

INKL. PC & INSTALLASJON



formlabs 

Print dine egne modeller på under 10 minutter!

En egen 3D-printer på klinikken er fremtiden!

Vi i Unident er eksperter på "digitalt workflow" og har lang erfaring med å digitalisere både privat og offentlig tannpleie.



NORDENTAL

**Finnes i vår stand
på Nordental.
Besøk stand B03-12!**

Vi er et stort, moderne tannteknisk lab – nå med nye lokaler i Oslo!

Vi jobber med den nyeste digitale teknologien og tilbyr både formidling og tradisjonell tannteknikk.



Prøv oss
– få 2 ledd til
50% rabatt!

Bruk rabattkode:
indental50

Gjelder nye Indental kunder.

**Få en skanner
med på kjøpet!**



Ta kontakt med oss for mer informasjon.

VELKOMMEN TIL Å KONTAKTE OSS!

Tlf: 22 60 53 33 | Mail: post@indental.no | Web: indental.no

We'll back
you up

Anthos A17+/A22+

- Kvalitetsautoklav fra italienske Cefla
- 5 brett som medfølger
- 6 steriliseringsprogram, 3 testprogram
- 4,3" touch skjerm
- 3 års garanti / 3000 sykluser
- Nettverk / USB og RS232 tilkobling
- A Plus internt vannfiltersystem.
- Kan kobles direkte til vann/avløp

KAMPANJEPRIS

A17+ kr. 59.990,-

A22+ kr. 69.990,-

Inkludert magnetventil.




MORITA

Morita Verview X800

X800 leverer overlegen bildekvalitet i både 2D- og 3D-undersøkelser for å kunne stille en presis diagnose, selv i de mest utfordrende kasus.



**Finnes i vår stand
på Nordental.
Besøk stand B03-12!**

vatech



Vatech PaX-I Plus

Brukervennlig og rimelig panorama som gir enestående bildekvalitet.



KAMPANJEPRIS

fra. 199.900,-



Art.nr: Y1002843

Create it **NSK**

Varios Combi Pro

KOMPLETT LØSNING MED SCALER OG PULVERPOLERING FOR BÅDE SUPRA- OG SUBGINGIVALE BEHANDLINGER.

Varios Combi Pro Startpakke Inneholder:

- Kontrollenhet
- Ultralydscalerkit inkl. LED-håndstykke
- Supragingivalt pulverkit
- Flerfunksjonell fotpedal
- G4-, G8- og G16-spisser



KAMPANJEPRIS

fra. 69.900,-

 **Eighteeth**

Eighteeth – Brilliance 48°

Ergonomiske lupeer som gir deg en korrekt holdning. Ved å bryte synsfeltet 48 grader nedover kan brukeren jobbe med en ergonomisk holdning i nakke og rygg.

Prøv i vår stand på
Nordental- stand: B03-12!



SJEKK PRISEN

kr. 14.999,-

We'll back
you up

Er du på utkikk etter rimelige produkter av god kvalitet? Se da etter **Best Buy!**

 **BEST BUY**

- ✓ Rimelige alternativer.
- ✓ Nøye utvalgte "hverdags" produkter.
- ✓ Kvalitet kombinert med god pris.
- ✓ Tilgjengelig på lager.
- ✓ Tydelig merking i nettbutikken.

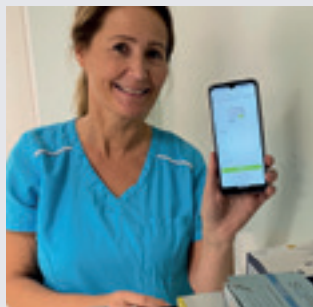
Selvfølgelig er våre egne merker
PoloDent og Yellow Point også
en del av **Best Buy**-serien.

 **YELLOW POINT®**  **POLO|DENT®**



Besøk vår Best Buy-
avdeling på Nordental.
Stand: B03-12!

Unident **FLOW QR** – ett effektivt innkjøpssystem, tilpasset dine behov!



*"Hverdagen er enklere, raskere å bestille
varer. Enkelt å lære. Fungert bra fra første
dag og ikke noe tull. Veldig fornøyd!!"*

Hege
Mjøstannlegene, Gjøvik



Oppdag vårt komplette utvalg av dentale forbruksvarer på **unident.no!**

Vi tilbyr velkjente merkevarer og prisgunstige alternativer for alle behov. Med raske leveranser til hele Norge og tilgjengelig, kunnskapsrik kundeservice – er vi alltid her for å hjelpe deg.



Besøk oss på Nordental for å høre mer om vårt lojalitetsprogram og hvordan du kan handle til enda lavere priser.

Velkommen til stand: B03-12.

Søk etter
dine
leveranser

Søk raskt
frem ønskede
produkter

Lage
favorittlister

Se tidligere
bestillinger
og fakturaer

Få forslag på
prisgunstige
produkt-
alternativer

Med Unident FLOW foretar du bestillingen av forbruksartikler raskt og enkelt.

Du skanner artiklene med en Smart telefon hvorpå de legges direkte i din digitale handlekurv. Alt styres gjennom appen "Unident Flow". Vi tilbyr en liten etikett skriver, hvor du selv kan printe ut QR-etiketter på dine artikler.



**MERK HYLLER
MED QR-KODER**



**SKANN OG BESTILL
MED TELEFONEN**



Tannhelseutvalget:

Ryddig prosess endte i enighet om behovet for stor trinnvis reform

Den store overraskelsen var at det nesten ikke finnes data fra privat sektor. Dette har fått konsekvenser for muligheten til å utrede alt mandatet ber om. Arbeidet i Tannhelseutvalget har ellers foregått helt etter oppskriften, inkludert noe ryddig uenighet på enkelte punkter.

 ELLEN BEATE DYVI
KRISTIN AKSNES

Utvalgsleder, Evy-Anni Evensen er godt fornøyd, både med resultatet av utvalgsarbeidet, og med selve utvalget.

– Hovedforslaget om en universell tannhelsetjeneste og behovet for en stor reform står solid, fra et samlet utvalg. Tannhelseutvalget var ellers bredt sammensatt av personer med god kompetanse på alle relevante områder, og det trengte vi, med et så stort og bredt mandat. Departementet gjorde en god jobb med å sette sammen både utvalget og sekretariatet, med godt kvalifiserte personer, sier utvalgsleder Evy-Anni Evensen, etter at hun har overlevert NOUen (Norges offentlige utredninger) *En universell tannhelsetjeneste* til helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre.

– Ved siden av å ha kompetansen til å svare på alt vi skulle i mandatet, var utvalgsmedlemmene også profesjonelle i møtesammenheng, så gjennomføringen har gått helt som smurt. Hvis jeg husker riktig er det bare to ganger vi er gått litt over oppsatt møtetid. De fleste møtene har vi for øvrig hatt digitalt, på Teams – noe jeg var helt ukjent med da vi gikk i gang. Jeg ble nemlig pensjonist akkurat den dagen Norge stengte ned i forbindelse med covid, så

jeg fikk ikke den samme innføringen i Teams og andre digitale møtesteder som mange andre i arbeidslivet. Jeg er derfor takknemlig overfor utvalgsmedlemmene, som viste tålmodighet med at jeg var uerfaren på akkurat dette området.

Mangelfulle data om privat tannhelsetjeneste

– Dukket det opp noen overraskelser underveis i arbeidet?
– Ja. Den store overraskelsen var mangelen på data fra privat tannhelsetjeneste. Det kom helt overraskende på meg, og da det kom for en dag, ba jeg umiddelbart om et møte med statssekretæren for å informere om situasjonen. Dette kommer tydelig frem i kapittel 1 i utredningen, der det står at mangelen på data fra privat side medfører at utvalget ikke kan utrede fullt ut de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene vi drøfter. Vi kan heller ikke gi et fullstendig bilde av befolkningens tannhelse, ettersom 70 prosent av befolkningen behandles privat. Dette synes jeg er vondt. Her kunne politikerne valgt å gå rett i gang med å gjennomføre en trinnvis reform, som vi foreslår. I stedet må de til med flere supplerende utredninger, som vil koste både tid og



Utvalgsleder Evy-Anni Evensen er godt fornøyd med både utvalget, prosessen og resultatet av Tannhelseutvalgets arbeid.

penger. Her har vi ikke kunnet levere i tråd med mandatet, og det er beklagelig.

Flere ting vil påvirke prisen på tannhelsereformen

– Dere antyder at prisen på forslagene ligger et sted mellom 4,2 og 12,7 milliarder. Hvordan forklarer dere dette store spennet?

– Det er vanskelig å anslå hva en eventuell tannhelsereform vil koste. Dette er ikke bare fordi vi mangler tall fra privat sektor. Økt offentlig støtte vil påvirke både tilbud, etterspørsel og markedspriser. Samtidig vil prislappen blant annet avhenge av hvor en plasserer et eventuelt egenandelstak, og hvor stor andel av regningen for tannbehandling pasienten eventuelt skal betale selv inntil taket er nådd.

– En lavthengende frukt, som jeg gjerne vil nevne, er utvalgets forslag om at barn og unge som har behov for tannregulering skal få det gratis. Her gjenstår bare å utrede hva som er nødvendig tannregulering. Siden det er et prinsipp at barn og unge skal ha gratis tannbehandling mener jeg at akkurat dette bør prioriteres, slik at alle barn i alle familier, uavhengig av økonomi, får den samme nødvendige kjeveortopediske behandlingen.

Utvalget har reist rundt

– Hvor har utvalget vært for å hente inspirasjon underveis i arbeidet?

– Vi har hatt møter på de stedene der det er odontologiske læresteder i Norge, altså i Bergen, Oslo og Tromsø og vi har vært i Hamar og i Trondheim. Halvparten av utvalget har videre vært i Danmark og halvparten har vært i Sverige. Som utvalgsleder var jeg med både til København og Stockholm.

– I Danmark fant vi at de er et godt utviklet system for å ta vare på svakerestilte, som vi hadde nytte av å lære om. Vi fant videre at svenskene er gode på det som har med tannbehandling til eldre å gjøre. Der er de kommet langt. Vi har imidlertid ikke latt oss inspirere av den svenske ordningen med beskyttelse mot høye kostnader til tannbehandling, da det viser seg at dette har slått ulikt ut. Dette er en nyttig lærdom, og altså ikke noe vi i Tannhelseutvalget har ønsket å foreslå. Det viser seg også at svenskenes utredning, tilsvarende vår NOU, som ble laget for relativt kort tid siden, foreløpig er havnet i en skuff i nabolandet. Det er absolutt ikke noe jeg ønsker skal skje med denne NOUen. Når det er sagt var jeg utvalgsmedlem i forbindelse med NOUen som kom i 2005 som het *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet— Et godt tilbud til de som trenger det mest*. Den ble ikke så godt fulgt opp som jeg håper og tror om denne, som vi har levert nå.

– Jeg ble derfor glad da jeg hørte Vestres svar på spørsmålet om hva han ser for seg når det gjelder høring og oppfølging. At den skal bredt ut, og at det skal skje raskt – og også at høringsinstansene skal få god tid. Dette ser jeg på som et godt varsel.

Noe uenighet

– Når visste dere at dere var enige om hovedkonklusjonen i utredningen?

– Det visste vi tidlig på høsten 2023, altså for et år siden. Da var utvalget på et todagers møte i Tromsø, der vi startet diskusjonene om hovedmodeller, og landet på at vi ville gå videre med en universell modell. Et gode ved at hele utvalget reiste sammen ved flere anledninger var at vi fikk mulighet til å bli godt kjent med hverandre, og rikelig anledning til å snakke sammen.

– Dere skulle i utgangspunktet levere utredningen i juni 2024. Hva er grunnen til forsinkelsen?

– Vi fikk det travelt på slutten, etter at vi, kanskje litt for sent i prosessen, hadde begynt å snakke om ulike modeller. Jeg så at det var nødvendig å søke om å få utvidet tidsfris-



Tolv av tretten utvalgsmedlemmer var til stede ved overrekkelsen av NOUen 26. september. Fra venstre: Per Tovmo, Ellen Berggreen, Heming Olsen-Bergem, Gry Jakhell, Kristian Onarheim, Evy-Anni Evensen, helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre, Pernille Lysaker, Kurt Rønning, Kari Kjendalen, Kurt R. Brekke, Eli Feiring og Farshad Alamdari.

ten. Svaret på den søknaden kom veldig sent, så jeg var spent da det nærmet seg faretruende tid for å sende NOUen i trykken for å nå den første fristen, og vi ikke var ferdige. Det som tok ekstra mye tid mot slutten var å få ordentlig på plass det vi ville si om en trinnvis utvikling av reformen vi foreslår. Jeg er glad for at vi fikk tid til å gjøre dette skikkelig.

– Utvalget er enige i det aller meste, og det er noen punkter dere er uenige om. Blant annet forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten. Du tilhører et mindretall som går inn for å beholde fylkeskommunen som forvaltningsnivå. Kan du si noe om det?

– Først vil jeg si at det er både spesielt, og forbilledlig, at et utvalg med så bredt mandat og med så mange medlemmer er blitt enige om hele 34 av 40 forslag. Det ser jeg meg veldig godt fornøyd med, som utvalgsleder, og jeg berømmer både utvalgsmedlemmene og sekretariatet.

– Når det gjelder mitt ståsted om forankring av den offentlige tannhelsetjenesten til fylkeskommunen fremfor flertallsforslaget som går inn for det vi kaller en harmonisert modell, inkludert flytting av tannhelsetjenesten til kommu-

nen, har det først og fremst sammenheng med at vi, etter mitt syn, har for mange kommuner som er for små til å ta hånd om tannhelsetjenesten. Fylkeskommunene kjenner kommunene, og har et nært samarbeid, både politisk og administrativt.

– Det er ikke viktig for meg at det blir likt over hele landet. Det er ikke de samme behovene i Finnmark som i Oslo, med stor tannlegetetthet eksempelvis – og tjenesten trenger ikke være lik over alt.

– Jeg er opptatt av at ansvaret skal tilbake til faget. Behovsvurdering kontra regelstyring er et viktig prinsipp hos meg, som jeg har fått gehør for i utvalget. Jeg har tillit til helsepersonellet i Norge, inkludert tannhelsepersonellet. Vi har gode utdanninger og gode forskningsmiljøer. Forutsetningene er til stede for å få en god helhetlig helsetjeneste, der tannhelsetjenesten er integrert i den øvrige helsetjenesten.

– Og jeg skal følge nøye med på oppfølgingen, som jeg håper blir så god som statsråden ga signaler om under overrekkelsen, avslutter Evy-Anni Evensen, som har fått noen forespørsler om å presentere NOUen for ulike forsamlinger i tiden fremover.

OPPDAG VÅRE NYESTE LANSERINGER PÅ NORDENTAL!

31. OKTOBER - 02. NOVEMBER 2024 | NOVA SPEKTRUM, LILLESTRØM

Velkommen til vår stand. Vi er her for å snakke om Straumanns løsninger, produkter og digitale arbeidsflyt. På standen kan du også møte våre eksperter fra ClearCorrect, som vil fortelle deg mer om våre clear aligners.

Vi ser frem til å bygge nettverk og møte deg!

Få en
demonstrasjon av
vår nye skanner:
**Straumann
SIRIOS™**



Tannhelsekjede satser bredt på bærekraft

Tannhelsekjeden Colosseum Tannlege sikter mot null i netto klimapåvirkning innen 2045. På veien dit håper kjeden å oppnå flere andre positive effekter for virksomheten.

 JOHAN ERICHS, MERAMEDIA

Innen 2045 skal Colosseum i både Norge og Sverige ha redusert sitt bidrag til klimabelastningen til null i netto CO₂-utslipp. Kjeden har 1 150 ansatte i Norge og 1 050 i Sverige. Ved siden av å være opptatt av klima vil de skape en bærekraftig og inkluderende virksomhet på flere områder.

14 av FNs 17 bærekraftsmål er veiledende for kjedens innsats. Foruten å forbedre systemer, samarbeid og metoder internt, vil kjeden også være et forbilde og en inspirasjon for andre i tannhelsebransjen.

I tillegg til klimaforbedringer ønsker kjeden å fremme god helse og livskvalitet, likestilling, utdanning, innovasjon og samarbeid.

Det overordnede arbeidet deles inn i fire områder: Healthy Smiles - god og forebyggende tannpleie; Healthy Planet - streben etter et klimamessig bærekraftig samfunn; Healthy People - en arbeidsplass med arbeids glede, trivsel og utviklingsmuligheter; Healthy Business - langsiktig økonomisk vekst gjennom høy forretningsmoral, ansvar og veldrevet virksomhet.

Helheten

– Vi tror det er viktig å se helheten for å forbedre virksomheten totalt sett. Derfor fokuserer vi mye på initiativ innen Healthy Smiles og Healthy People, som for eksempel i vårt samarbeid med Kreftforeningen. Men arbeidet med CO₂-reduksjon er også veldig viktig fordi det angår hele samfunnet, forklarer Anneli Skoog, kvalitetsansvarlig hos Colosseum Tannlege. Sammen med det svenske søsterselskapet Smile driver hun bærekraftssatsingen.

Anneli Skoog mener at det er bedre at virksomhetene selv starter bærekraftsatsinger enn å vente på direktiver fra myndigheter og internasjonale organisasjoner.

– Bærekraft er et så viktig samfunns spørsmål at alle må bidra, jo før jo heller.

Målet for 2045 er høyere enn de nasjonale utslippsmålene for Sverige (85 prosent reduksjon av klimagasser sammenlignet med 1990). Norge som nasjon ønsker å oppnå 55 prosent lavere utslipp allerede innen 2030, sammenlignet med 1990.

– Mange unge mennesker og unge voksne drives av bærekraftsspørsmål. Som ledende aktør i bransjen vil vi



Tannhelsekjeden Colosseum/Smile skal nå netto nullutslipp av CO₂ senest i 2045. – Vi satser bredt, ikke bare på klimaforbedrende tiltak, men også på andre områder som bidrar til at vi får en bærekraftig og inkluderende virksomhet, forteller Anneli Skoog, kvalitetsansvarlig hos Colosseum Tannlege. Foto: privat.

bidra, men også dra nytte av fordelene som en bred bærekraftssatsing kan gi, sier Anneli Skoog.

Ifølge Anneli Skoog ligger den store endringsprosessen foran oss.

– Selv om vi kjenner at vi bidrar til økt bærekraft, så vil fremskritt innen forskning og innovasjon akselerere endringsprosessen mot et mer bærekraftig samfunn på en helt annen måte.

Samarbeid

Anneli Skoog fremhever områder som vareproduksjon og transport som avgjørende for å nå et gjennombrudd i den brede bærekraftssatsingen i samfunnet.

– Dette gjelder også for vår virksomhet. Vi må stille krav, men også inspirere og samarbeide med våre partnere og deres underleverandører i en felles innsats for styrket bærekraft.

– 2045 føles som langt frem i tid?

– Men tjue år er egentlig ikke så lang tid. Vi må sette opp delmål og gjøre justeringer. Det er mange områder å bearbeide. Alle satsinger må måles regelmessig for å skape entusiasme og tillit hos medarbeidere og samarbeidspart-

ner. Målingene er veldig viktige, men fremgangen underveis er enda viktigere sier Anneli Skoog.

Colosseum har gjennomført en ekstern klimaanalyse basert på den erkjente GHG-protokollen (Greenhouse Gas Protocol).

– Den viser at vår største klimapåvirkning kommer fra varene og tjenestene vi kjøper. Noe som ikke er overraskende. Hvis vi for eksempel fikk alle varene levert med elektriske skip, ville det ha en enorm positiv klimateffekt for vår virksomhet. Vi kan spekulere i hvordan energibesparende droner kan brukes for fremtidens leveranser.

Underlag

Regelmessige målinger er avgjørende for å sikre at klimaarbeidet går i riktig retning.

– Det gjelder å finne nøkkeltall og gå inn i detaljer for å få data som hjelper arbeidet i riktig retning. En detaljert analyse og et presist dataunderlag gjør at vi kan iverksette klimatiltak der de trengs mest. De regelmessige eksterne miljørevisjonene blir avgjørende styringsdokumenter for å vise om vi er på riktig vei.

Hvert år publiserer Colosseum en egen kvalitets- og bærekraftsrapport, *Colosseum Way*. For en tannhelsevirksomhet er hygiene og høy pasientsikkerhet områder som en aldri kan kompromisse med. Men de krever samtidig ofte miljøbelastende engangsemballasje.

– Kunnskap og planlegging er viktig for å redusere bruken av engangsartikler. En undersøkelse fra en av våre leverandører viser at syv prosent av engangshanskene aldri brukes. Det kan være hansker som av ulike årsaker ikke blir brukt eller havner på gulvet før de kastes, forteller Anneli Skoog.

– Hvordan motiverer man medarbeiderne i satsingen?

– Jevnlig og konsentrert informasjon er viktig. Mange er veldig entusiastiske og vil virkelig bidra. Akkurat nå lager vi en håndbok for klimaarbeidet i klinikkene, sier Anneli Skoog.

– Avslutningsvis, hva skal en tannklinikk som vil styrke sitt bærekraftsarbeid, tenke på?

– Da vil jeg få komme med fem tips for bærekraftsarbeid som kan passe godt for virksomheter innen tannhelse:

1. Begynn med å måle klimaavtrykket.
2. Sett opp oppnåelige mål. Alt trenger ikke gjøres på én gang.
3. Involver medarbeiderne.
4. Velg klimaengasjerte leverandører.
5. Kommuniser suksessene.



Rundt 15 000 besøkende var innom årets FDI-kongress i Istanbul sentrum. Norske tannleger deltar i liten grad på FDI-kongresser, og det er alltid et lite antall norske tannleger som følger fagprogrammet og går på utstillingen, som i år talte rundt 150 utstillere.

Nordisk gjennomslag i Istanbul

I forkant av årets forhandlinger i World Dental Parliament (WDP) initierte de nordiske medlemsorganisasjonene to saker, og sendte inn felles forslag til endringer når det gjelder kontingentberegning for medlemsorganisasjonene og gjennomføring av møter og avstemninger.

 **ELLEN BEATE DYVI**
 **KRISTIN AKSNES**

FDI, World Dental Organization har rundt 200 medlemsorganisasjoner i 130 land. Hvert år, tidlig høst, arrangeres både World Dental Congress og World Dental Parliament. Denne gang i Istanbul, Tyrkia, fra 9. til 15. september.

De årlige forhandlingene i World Dental Parliament og FDI-kongressen er både landsmøte og representantskap på én gang, hvis vi skal trekke en parallell til NTF og norske forhold.

Representantskapet, World Dental Parliament, holder det gående en hel uke, fra mandag til lørdag, mens kongressen

med fagprogram og utstilling varer fra torsdag til søndag. De første dagene, før fagprogram og utstilling åpner, er det bare representantskap – eller World Dental Parliament (WDP).

Saksfremleggene til møtet ble sendt ut til delegatene i begynnelsen av juli. Sakene presenteres så under Open forum i WDP, der delegatene diskuterer seg frem til beslutningsdokumentene som generalforsamlingen i WDP senere skal stemme over. Det er mange som mener noe, og det files på formuleringene før en endelig har et forslag som skal opp for generalforsamlingen – som er den samme

forsamlingen som deltar i diskusjonen på Open forum, men da med beslutningsmyndighet. Altså, sakene diskuteres på Open forum, og man blir enige om hvilken tekst det skal stemmes over på generalforsamlingen. Systemet fungerer, og det tar sin tid.

Nordiske forslag

De norske delegatene i Istanbul er NTF-representantene Heming Olsen-Bergem og Elisabeth Scarpello, henholdsvis president og leder av avdeling for Fag og kommunikasjon i NTF.

NTF som medlemsorganisasjon, og Norge, er blant mange andre organisasjoner og land med høy brutto-nasjonalinntekt (BNI) og relativt få medlemmer. Disse betaler uforholdsmessig mye for medlemskapet i FDI, sammenlignet med land med lav BNI. Det nordiske forslaget, som blant annet argumenterer med at BNI ikke har noen direkte sammenheng med inntektsnivået på tannhelsefeltet, og som ber FDI finne en annen måte å beregne medlemskontingenten på, ble forfattet av NTF og undertegnet av de andre nordiske landenes organisasjoner, det vil si Danmark, Finland, Island og Sverige.

De samme nordiske landene, ført i pennen av den danske Tandlægeforeningen, fremmet et felles forslag om å legge til rette for digital avstemning i World Dental Parliament. Etter gjeldende regler er det ikke lagt opp til å kunne delta digitalt og heller ikke stemme digitalt. Det er heller ikke mulig å avgi stemme ved fullmakt.

Begge de nordiske initiativene fikk umiddelbar støtte fra den canadiske tannlegeforeningen, som i tillegg ba om å få behandlet mulighetene for hybride møter samt muligheten for å kunne avgi stemme ved fullmakt.



De norske delegatene til World Dental Parliament var NTFs president Heming Olsen-Bergem og Elisabeth Scarpello, leder av NTFs avdeling for fag og kommunikasjon).



Canadas delegat til WDP, Aaron Burry, støttet de nordiske forslagene både før og under WDP. Her med NTFs delegat Elisabeth Scarpello.

Få nordiske delegater, godt resultat

Norge var det eneste nordiske landet som sendte delegater til WDP denne gangen, og de to utsendte gjorde jobben fra morgen til kveld, både fra talerstolen og som lobbyister, sammen med støttespillere fra blant annet Canada og USA. Vi som fulgte med fra sidelinjen kunne også merke at stemningen for å gå inn for de nordiske forslagene tiltok utover i uken forhandlingene fant sted. Antallet delegater som totalt sett deltok i WDP denne gangen har vi ikke fått ut av FDI's sekretariat, som hevder at antallet ikke er klart når Tidende går i trykken 7. oktober, vel tre uker etter den siste generalforsamlingen i WDP.

Da det kom til avstemning ble det i hvert fall vedtatt, med stort flertall i begge saker, å gå inn for å sette ned to komiteer for å utrede både systemet for kontingentberegning og muligheter for digitale, hybride møter og stemmegivningsalternativer. Komiteene vil legge frem forslag for WDP i 2025.

Ikke demokratisk på alle måter

Tidende har fulgt forhandlingene i World Dental Parliament fra innsiden de siste 25-30 årene. I år fikk imidlertid ikke pressen adgang til forhandlingssalen, hverken under Open Forum eller

generalforsamlingene. Det ble ikke gitt annen begrunnelse enn et kort og avvisende «sånn har det alltid vært».

En annen ting som også virker ukjent når en kommer fra et fungerende demokrati som Norge, og er vant til en demokratisk organisasjon som NTF, er at personen som er valgt til å overta som president i FDI fra og med 2025 først sier ja til å la seg intervju om sine tanker og ambisjoner for FDIs videre utvikling, for så å ta forbehold om klarering i FDIs Council, og dernest i Executive Committee. Til slutt ba han om å ikke bli intervjuet.

Nye policydokumenter

FDIs slagord er «Leading the World to Optimal Oral Health». I arbeidet med å lede verden i retning av optimal oral helse er en av FDIs sentrale oppgaver å formulere policydokumenter på utvalgte fagområder.

I år ble åtte slike erklæringer eller dokumenter foreslått, diskutert, og til slutt vedtatt. Meningen er at dokumentene skal gi anbefalinger til de nasjonale tannlegeforeningene og deres medlemmer innenfor temaer som det internasjonale tannlegefelleskapet mener det er viktig å ha opp-

merksomhet på. Erklæringene og dokumentene har naturligvis varierende relevans i de ulike land som har medlemsorganisasjoner i FDI.

FDIs policydokumenter stadfester FDIs syn innen ulike temaer. Synspunktene og dokumentene formuleres som resultat av konsultasjoner, diskusjoner og konsensus mellom ledende eksperter fra hele verden, heter det i FDIs rapportering fra årets generalforsamling. Det ble vedtatt åtte nye policydokumenter i Istanbul i september. Disse nylig vedtatte policyerklæringene vil være tilgjengelige på FDIs nettsted innen kort tid, og vil også bli publisert i The International Dental Journal opplyser FDIs sekretariat:

1. Artificial intelligence in dentistry
2. Reduction of sugar consumption
3. Early childhood caries
4. Special care dentistry
5. Oral health and NCDs
6. Ethics in dentistry
7. Dental laboratory technician
8. Lasers in dentistry

Det viktigste er at alle får delta, uavhengig av økonomi

ELLEN BEATE DYVI
KRISTIN AKSNES

Gerhard Seeberger er president i den minste og nyeste av de italienske tannlegeforeningene, og har vært delegat til World Dental Parliament for Italia siden 2005. Han har vært nasjonal representant, han har vært medlem av styret (Council), han har vært ordfører (Speaker), og han var FDI-president i perioden 2019–2020.

– Nå som jeg ikke lenger har noe sentralt verv, kan jeg fritt la meg intervju og si hva jeg mener, sier Seeberger.

– Hva vil du, som har vært med så lenge og blant annet var FDI-president under covid, si om forslagene som er

fremmet, når det gjelder digitale eller hybride møter i World Dental Parliament, samt muligheter for å stemme digitalt og ved fullmakt. Hva taler for og imot, slik du ser det?

– For det første: Disse forslagene eller diskusjonstemaene er ikke nye, og de er mye eldre enn covid, så det er sagt. Det samme gjelder kontingentberegningsordningen. Den har vi sett på flere ganger. Det er også godt mulig at organisasjonen er moden for endringer på disse områdene nå. Det er absolutt ting som taler for endringer. Samtidig er det ting som taler mot. Det vil si, vi må vurdere nøye hvilke løsninger



Gerhard Seeberger er mangeårig delegat til World Dental Parliament (WDP), og har innehatt verv som både ordfører (Speaker) og president i FDI. Nå snakker han fritt, og sier han er åpen for endringer så lenge demokratiet får gode vilkår og alle får delta.

vi skal velge, for at FDI skal fortsette å være mest mulig det det skal være, nemlig en internasjonal tannlegeorganisasjon, med vekt på ordet internasjonal – i betydningen ingen land skal kanselleres fra deltakerlisten. Etter min mening skal heller ikke land som i andre sammenhenger er svartelistet utelukkes fra medlemskap i FDI. Vi skal operere ut fra et sosialt ansvarlig, i motsetning til et geopolitisk, ståsted. Her kan det være ulike meninger, og dette er altså min personlige mening. Men dette var en digresjon.

– La oss ta dette med hybridmøter. Utviklingen av et godt fungerende system for hybridmøter vil koste mye penger, selv om vi kan dra nytte av erfaringene og løsningen fra 2021, som jo var et rent digitalt møte i parlamentet. Vi vil måtte finne gode løsninger for å presentere saker, slik at alle får satt seg godt inn i hva de skal ta stilling til når vi kommer til avstemning. Språk, flere versjoner, oversettelser og tolking er viktige stikkord her, ved siden av kompliserte tekniske løsninger. Pengene det koster å utvikle eller videreutvikle et system kan kanskje like gjerne settes i et fond, hvorfra vi kan utbetale reisestøtte til delegater fra de enkeltland som

trenger det. Det kan altså være like økonomisk forsvarlig å fortsette med fysiske møter i World Dental Parliament, i tilknytning til FDI-kongressene, og de store utstillingene, der vi har samarbeidsavtaler og økonomiske bindinger med industrien – som en viktig del av det hele. Det er en stor helhet som må ses på når og hvis vi skal gå igjennom dette nå. For det synes jeg vi skal.

– Jeg vil stemme for at det settes ned komiteer til å se på både de demokratiske spørsmålene rundt møteform og stemmegivning og de økonomiske spørsmålene knyttet til fastsettelse av kontingent.

Hovedpoenget for meg er at FDI skal være en mest mulig demokratisk organisasjon, for alle, og på ingen måte et G7 eller et G20 for tannleger. Det skal ikke være en riklandsklubb. Alle skal ha mulighet til å være med. Det er mitt utgangspunkt. Får vi til en god løsning som fungerer for alle, og som gjør at alle kan delta på en god måte er jeg med. Å finne en bedre måte å gjøre det på enn å møtes fysisk og ha åpne diskusjoner kan imidlertid være vanskelig, slik jeg ser det.

FDI-partner i to store prosjekter

En av FDI-samarbeidspartnere i Vision 2030-satsingen er selskapet Haleon, som for tiden er engasjert i prosjektene Bærekraft i odontologi (Sustainability in Dentistry) og Munnhelseobservatoriet (Oral Health Observatory).

 **ELLEN BEATE DYVI**
KRISTIN AKSNES

FDIs visjon 2030: Å levere optimal oral helse for alle, som ble lansert i januar 2020, og omtalt i Tidende nr. 10/2019 og 11/2022 har disse fire hovedtemaene: Tilgjengelige og rimelige munnhelsetjenester; Integrering av munnhelse i den generelle helseagendaen; Sikre en arbeidsstyrke innen munnhelse som er tilpasset bærekraftige utviklingsmål; Utdanne en lydhør og motstandsdyktig profesjon

FDI samarbeider også med Verdens helseorganisasjon (WHO) og *International Association for Dental Research*.

Visjon 2030-satsingen innebærer blant annet å få en oversikt over hvor de enkelte land står når det gjelder omfanget av orale sykdommer samt antall tannleger og annet munnhelsepersonell til å ta hånd om pasientenes behov.

– Hvis vi ikke kjenner til utgangspunktet for hvert enkelt land vil det ikke være mulig å se om tiltakene som iverksettes har noen effekt, påpeker Stephen Mason som har tittelen Global Medical Lead for oral helse, forskning og utvikling i Haleon.

Prosjektet Munnhelseobservatoriet samler inn data om munnhelse. En vellykket pilotfase er nå blitt etterfulgt av et større datainnsamlingsprosjekt, som nå skal gjennomføres i 12 land. Akkurat nå foregår datainnsamling i Kenya. Fase tre vil innebære analyse av innsamlede data, som igjen vil danne grunnlaget for tiltak tilpasset det enkelte land.

FDI samarbeider med Sheffield University i dataanalysen. Målet er å generere data som kan brukes av de nasjonale

tannlegeforeningene i kommunikasjons- og påvirkningsarbeid, og til å justere politikk og munnhelseprogrammer.

Sheffield University jobber akkurat nå for tiden med Tanzania Dental Association i en primær dataanalyse og gir støtte til den libanesiske tannlegeforeningen, som bruker dataene som er samlet inn i Munnhelseobservatorieprosjektet til å utvikle en nasjonal strategi for oral helse, som vil bli presentert for helsedepartementet.

Det er videre planlagt workshops med de nasjonale foreningene i Libanon og Kina, for å definere bruken av innsamlede data i de to landene. Samtidig står tannlegeforeningene i Egypt og Nigeria klare til å starte datainnsamling i sine respektive land.

En workshop for alle deltagende land ble arrangert under World Dental Congress i Istanbul.

Bærekraft i odontologi

Bærekraftprosjektet tar utgangspunkt i at tannbehandling har en betydelig miljøpåvirkning grunnet både ressursbruk og avfallsproduksjon.

– Dette understreker nødvendigheten av å redusere miljøpåvirkningen uten å gå på akkord med kvaliteten på omsorgen. I januar 2023 startet en ny treårig fase av bærekraftprosjektet, med sikte på opplæring. Prosjektet er rettet mot utvikling eller justering av eksisterende læreplaner for grunn- og etterutdanningsinstitusjoner for tannleger.



Stephen Mason er Global Medical Lead for oral helse, forskning og utvikling i Haleon, som er samarbeidspartner til FDI i Vision 2030 og flere underliggende prosjekter.

Prosjektet har kartlagt, identifisert og rapportert muligheter for introduksjon av bærekraftsaspekter i eksisterende undervisningsplaner. Basert på rapporten er det laget en presentasjon av en serie bærekraftbudskap som er knyttet til spesifikke fagområder. Presentasjonen vil gjøre det mulig for utdanningsinstitusjonene å integrere temaet bærekraftig tannbehandling i sine eksisterende kurs.

Det andre globale FDI Sustainability Summit fant sted i juni 2024, der en delte casestudier, ideer og forskningsprosjekter. Delegater fra 91 land deltok i arrangementet som

satte bærekraft og munnhelse på dagsorden. Tannleger og munnhelseteam delte suksesshistoriene sine, for å inspirere andre.

I desember 2023 lanserte FDI et Massive Open Online Course (MOOC) om bærekraft i odontologi for munnhelsepersonell.

– En MOOC del 2, som vil ta for seg praktisk anvendelse av bærekraft i odontologi vil bli lansert i slutten av 2024. MOOC 1 er i tillegg oversatt fra engelsk til spansk, fransk, arabisk og kinesisk for å gjøre kurset mer tilgjengelig.

Regionens dårligste tannhelse og upopulær tannturisme

En håndfull nasjonale medier viste interesse for FDI-kongressen som ble arrangert i Istanbul for andre gang på 2000-tallet. Sist gang var i 2013.

ELLEN BEATE DYVI
KRISTIN AKSNES

FDI's president, Greg Chadwick (USA) og presidenten i den tyrkiske tannlegeforeningen, Tarık İşmen, stilte seg til rådighet for å svare på spørsmål om kongressen og all verdens munnhelse-spørsmål.

Tyrkiske aviser og TV-medier stilte flere spørsmål om årsakene til og mulige løsninger på, landets dårlige tannhelse. Tyrkia sies å være landet med dårlig tannhelse i regionen, og landet utmerker seg med lavt konsum av både tannpasta og tannbørster. FDI-presidenten kommenterte, på diplomatisk vis, at Tyrkia er langt fra unikt, mens Tarık İşmen bekreftet situasjonen og forklarte landets dårlige tannhelse med dårlige økonomiske tider, feilernæring som følge av dette, til dels lavt kunnskapsnivå i deler av befolkningen, kombinert med uheldig nasjonal helsepolitikk. Ikke minst det siste.

Reglene for, eller snarere mangel på regler for, annonsering av kosmetisk tannbehandling ble også nevnt som

årsak til feil bruk av penger på tannbehandling i befolkningen, og feil bruk av tyrkiske tannlegers kompetanse. Sosiale medier ble også trukket frem som en viktig årsak til at kosmetisk tannbehandling utføres i lange baner, mens annen nødvendig tannbehandling ikke prioriteres.

– Og hvorfor velger tyrkiske tannleger å behandle alle tannturistene, i stedet for egen befolkning? Turistene er jo ofte misfornøyde med behandlingen de får her, og sprer rykter om dårlig tannbehandling i Tyrkia. Hva gjør vi feil? Hvordan er det blitt sånn?

Tarık İşmen, som representerer Tyrkias 50 000 tannleger svarte at det dessverre er slik at noen tror at det er gode penger å tjene på turistene, og mer penger å hente på det enn annen tannlegevirksomhet. Han lovet at den tyrkiske tannlegeforeningen ville fortsette sitt arbeid med å forsøke å påvirke helsemyndighetene i riktig retning for landets befolkning.



Presidenten i Tyrkias tannlegeforening, Tarık İşmen, svarte på spørsmål fra nasjonale medier, som var opptatt av dårlig tannhelse og utbredt tannturisme.



NYHET:

Bestill en raffineringspakke på *www.tanngull.no*

Gå inn på **www.tanngull.no** og bestill en
raffineringspakke med salgsavtale og transportpose!
Her kan du også bestille en NOOR smykkekatolog eller gi oss annen info.

Dra fordel av rekord høye edelmetallpriser !

**Hos oss får du mest igjen for ditt dental- / gullskrap.
Det er en årsak til at dine kollegaer kommer til OSS, år etter år.**

- Oversiktlig og detaljert raffineringsresultat
- Betaling for faktisk resultat (ikke selg på døren!)
- Alle typer skrap/skroder med edelmetallinnhold (Au, Ag, Pt, Pd, mm.)

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

Merk: Skal du sende inn direkte, les instruksjon på nettsiden først: www.tanngull.no

Velg oppgjørsmåte: Utbetalt til konto eller kombiner med bytte til
NOOR gullsmykker eller gullkjeder www.noorsmykker.no
*Merk: Som raffineringskunde får du rabatterte priser.
Bestill årets katalog i dag !*



Bilder på raffinering for en gullsmed.

**I over 35 år har norske gullsmeder, tannleger og tanntekniker kjøpt av oss:
Diamanter • Gullsmykker • Halvfabrikata • Dentalgull • Raffineringsstjenester.
Vi kjøper alle typer edelmetaller: Dentalskrap, filing, smykker, verkstedskrap, m.m.**



NOOR EDELMETALL AS

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

64 91 44 00



Siri Flagestad Kvalheim var hovedansvarlig for den første Objektiv Strukturert Klinisk Eksamen (OSKE) ved odontologi i Bergen. I bakgrunnen står en student og leser oppgaven som skal løses på en av stasjonene i løypen

OSKE?

Denne overskriften er sikkert ukjent for de fleste tannleger som er utdannet i Norge. OSKE står for «objektiv strukturert klinisk eksamen».

 **NILS ROAR GJERDET**

OSKE er en strengt tidsstyrt «ringløype» med stasjoner, der studentene skal vise teoretisk og praktisk kunnskap, evne til å resonnerer og gjøre kliniske vurderinger. Den første eksamen av denne typen ble gjennomført ved Institutt for klinisk odontologi i Bergen. Eksamensformen krever god organisering og engasjement. Førsteamanuensis Siri Flagestad Kvalheim var ansvarlig for det hele.

- Hvorfor innførte dere OSKE?
- Nye evalueringsformer er en del av den nye studieplanen for odontologi i Bergen. Odontologistudiet, med kombinasjonen av teori og praksis, egner seg godt for OSKE, og det ble lagt en OSKE på slutten av fjerde studieår.
- Hva er forskjellen på OSKE og tradisjonelle fageksamener?
- OSKE dekker flere fagemner der det inngår praktiske ferdigheter og mer teoretiske aspekter. I vårt tilfelle var det ti stasjoner med blant annet endodonti, periodonti, patologi, kirurgi, restorativ behandling, biomaterialer og radiologi. Noen stasjoner hadde reelle eksamenspasienter.
- OSKE må kreve mye tilrettelegging og planlegging?
- Ja, det må planlegges nøye for at det skal gå glatt og effektivt, både for de enkelte oppgavene, det administrative opplegget og ikke minst de fysiske lokalene. Prosessen

stimulerte til samarbeid på tvers av fagområder og funksjoner. Det var stor entusiasme hos de som deltok i planlegging og gjennomføring.

Resultatene fra de enkelte stasjonene blir lagt inn i et datasystem i sanntid slik at man kan se hvordan det utvikler seg for hver student.

– Kan OSKE erstatte de tradisjonelle fageksamenene?

– Nei, ikke helt, men jeg tror det er fint å ha ulike vurderingsformer. Jeg mener OSKE særlig kan egne seg som avsluttende eksamen, siden den oppsummerer bred klinisk kunnskap og ferdigheter, noe en tradisjonell skriftlig eksamen ikke kan. Slik sett ligner OSKE mer på en muntlig eksamen, men er bredere og mer standardisert. I OSKE kan flere ferdigheter testes i samme stasjon, for eksempel undersøkelsesmetodikk, prosedyrer, kommunikasjon, evne til resonnering og faktakunnskap – faktorer som er viktige i hverdagen som tannlege.

– Hva med karakterer?

– Vi bruker den vanlige karakterskalaen A til F. Hovedargumentet for å vurdere med gradert karakterskala var at øvrige eksamener ved Institutt for klinisk odontologi vurderes på samme måte. Jeg ønsker å ha graderte karakterer, blant annet fordi jeg tror det gir motivasjon for å forberede seg. Hvis jeg skulle vurdere en søker til en stilling ville jeg ha lagt vekt på eksamensresultatene fra OSKE.

– Hva sier studentene om OSKE?

– De var naturlig nok spent på eksamensformen, spesielt fordi det var første gangen, men det gikk fint når det var i gang. For hver student tok hele løypen omtrent tre timer, men det var «hvilestasjoner» underveis. Studentene forstår at dette er en høyst relevant evalueringsform i studiet, og vil etter hvert venne seg til OSKE. Vi skal finjustere opplegget og følge opp fremover. Når en eksamensform innføres for første gang, er det spennende både for oss som organiserer og for studentene. Inntrykket mitt var at både studenter og ansatte syntes OSKE gikk fint.



SB12 

Frisk pust i 12 timer

Det er vitenskapelig bevist at **SB12** bekjemper årsaken til dårlig ånde. Ved å skylle munnen morgen og kveld, unngår man opphopning av gassene som gir vond lukt. Resultatet blir en frisk ånde som varer i opptil 12 timer¹.



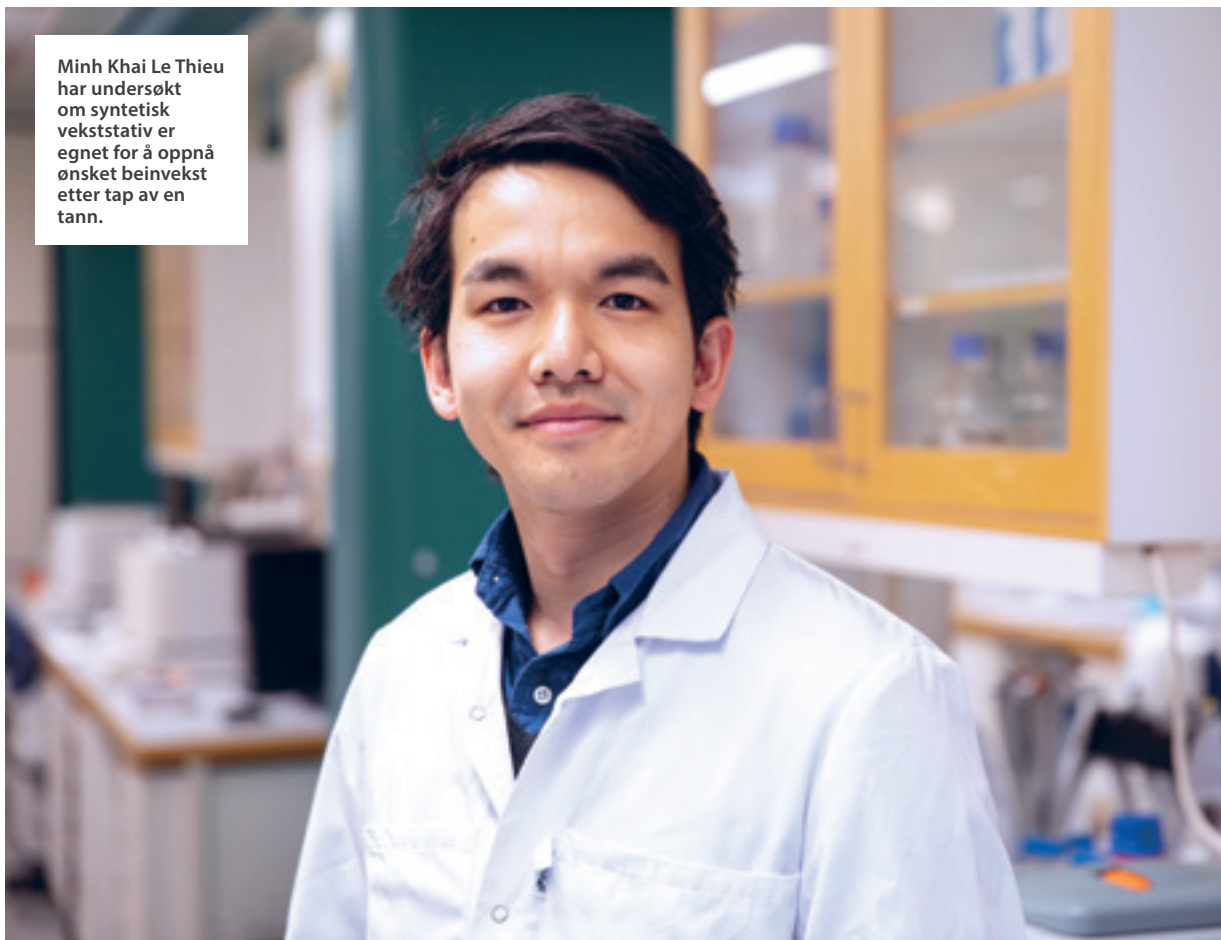
1. Scientifically proven 12 hour effect: studies by Seeman R et al. J Breath Res. 2016 Jun 22;10(3): 036002, doi:10.1088/1752-7155/10/3/036002

©2023 Viatris AS | Hagaløkkveien 26 Pb 194, 1371 Asker, Norway | Tlf. +47 66 75 33 00



CB12-2024-0006 - 1/2024

Minh Khai Le Thieu har undersøkt om syntetisk vekststativ er egnet for å oppnå ønsket beinvekst etter tap av en tann.



Kunstige biomaterialer kan øke beinmengden i kjeven

Ved Universitetet i Oslo (UiO) har Minh Khai Le Thieu i sitt doktorgradsarbeid studert bruk av et syntetisk vekststativ for å skape beinvekst etter tap av en tann.

 **KARI ØVERBY, OD/UIO**
 **MARIE LINDEMAN JOHANSEN, OD/UIO**

Kanskje kan dette bidra til bruk av en ny type biomaterialer. I dag er bein fra dyr mye brukt for å skape beinvekst rundt implantater.

Når man har mistet en tann, skrumper også støttevevet som var rundt tannen inn. For å kunne sette et implantat i kjevebeinet, er vi ofte nødt til å øke beinvolumet for å bidra til at området rundt implantatet blir mer stabilt, forteller Minh Khai Le Thieu.

Man kan hente eget bein fra pasienten for å sette inn, men dette krever et ekstra inngrep og det er begrenset mengde med bein man kan hente. Alternativet er å bruke bein fra andre mennesker og dyr, men det krever grundig forbehandling av materialet. Bein fra dyr brukes ofte i dag, men det er ønskelig å erstatte dette med bruk av syntetiske materialer.

Jeg har sett på vekststativ av titandioksid (TiO₂) som er utviklet på Klinisk forskningslab ved Det odontologiske fakultet ved UiO. Det er gjort en del forskning på vekststativ av titandioksid ved fakultetet som det er verdifullt å bygge videre på, sier Thieu.

Vekststativ av titandioksid

– Dette er studier i klinisk nære, og vanskeligere prekliniske modeller enn det som har vært gjort før. Tidligere har vi sett på bruk av materialet i ekstraksjonsalveoler/alveolarbein rett etter tanntrekking. Ekstraksjonsalveoler er hulrommet i kjevebeinet etter en tann som er trukket. Og i de tilfellene vet vi at det gror bein uansett, fordi forutsetningene er gode, forklarer Thieu.

– Vi har brukt to modeller i studien: Vi har prøvd å bygge på bein etter tanntrekking som allerede er tilhelet, det vil si at beinmengden er redusert. Vi har også brukt vekststativet rundt implantater, for å simulere tilfellene der det mangler bein etter at implantatet er satt inn. Hensikten var at vekststativet skulle holde plassen for at nytt bein kan vokse inn i det, både når man mangler bein etter tanntrekking, og også i tilfeller hvor det mangler bein rundt et implantat som allerede er til stede.

Skape grobunn for bein

– Vi ser, som vist tidligere, at beinet fint tåler å vokse inn i vekststativet, og det vokser nytt bein på materialer. Beinnet vokser inn i vekststativet, men det vokser ikke så mye mer i forhold til de kontrollgruppene vi har sammenlignet med. Det var også mindre beinvekst sammenlignet med negativ kontrollgruppe, hvor det ikke er brukt noen materialer. Dette kan kanskje forklares med at beinet tross alt skal vokse rundt et materiale, i motsetning til å ha fri bane. Men det vokser ikke mer bein enn på sammenlignbare materialer som brukes i dag. I dag bruker vi ofte bein fra dyr. Vekststativ av titandioksid er syntetisk, så her har man potensiale for å erstatte bruken av materialer fra dyr med et syntetisk materiale, sier Thieu.

– Var dere fornøyd med resultatene?

– De første resultatene viste begrenset mengde med nytt bein, så derfor undersøkte vi om det er potensiale for videre beinvekst. Vi har kun studert materialet i tolv uker, men vi ville sjekke om det var indikasjoner på om det kan gro mer bein senere. Vi gjorde immunohistokjemi, som vil si at vi tok vevssnitt av vekststativet, som viste at det kan tyde på at det kan være potensiale for videre vekst. Resultatene tyder på tregere vekst med både kubein og vårt materiale, så det er sjanse for at det kanskje kan vokse mer bein senere. Hadde vi ventet lenger enn de tolv ukene eksperimentet pågikk, så hadde det kanskje vært mer beinvekst.

Keram er et hardt og porøst materiale

– Hvilke materialer testet dere?

– Vekststativ av titandioksid er et syntetisk materiale, som er keramisk. Det lages ganske enkelt på laben ved at man tar titandioksidpulver og vann og lager en oppløsning som man dekker en skumplate med. Skumplaten varmes opp slik at skummet brenner bort og pulveret herdes til et keram. Titandioksidpulver og vann brennes som man gjør med leire og i den prosessen herdes det til et fast stoff, til et keram, et hardt materiale. Det skal holde plassen der



SENTU
Din IT-Leverandør
VI GJØR HVERDAGEN LETTERE FOR DEG!

Vi tilbyr komplette løsninger til bedriften din

 Sikkerhet	 Backup	 IT-support	 IT-utstyr
 Nettsider	 MS 365	 Internett	 Telefoni



www.sentu.no
Tlf. +47 400 00 333

tannen har vært, slik at beinet skal kunne vokse inn i vekststativet, forklarer Thieu.

– Keramet er like sterkt som bein og det er ganske porøst, så det er plass til at beinet kan vokse inn i vekststativet. Prosessen er i prinsippet enkel, og man kan lage syntetiske materialer i stor skala i motsetning til å bruke beinvev fra dyreprodukter som i stor grad gjøres i dag.

Kubein er det vi vanligvis bruker på klinikken til akkurat det samme formålet som vi bruker vekststativ til. Samme type materiale, men med et annet opphav. Vi ønsker å kutte bruk av dyreprodukter, så derfor hadde det vært fint om et syntetisk materiale kunne erstatte det, sier Thieu.

– Dette er positive funn, og vi ser også i disse modellene at vekststativet holder formen sin. Det skaper plass som kunne vært fylt opp med bein. Tanken er at nytt bein skal vokse inn i vekststativet, slik at det blir en del av kjevebeinet. Hensikten er at det skal integreres i beinet. Dette har tidligere vært studert ved fakultetet, og mine studier er videreutviklet fra disse modellene, sier Thieu.

Ny og tidsbesparende metode innen immunohistokjemi

– At materialet er et keram, ga oss utfordringer med tanke på labtesting. For å kunne utføre immunohistokjemi, måtte vi bruke en annen metode enn vi vanligvis pleier. Vi brukte en nyere metode innen immunohistokjemi som de har utviklet ved Universitetet i Giessen i Tyskland. Immunohistokjemi er en immunologisk teknikk som brukes på vevssnitt, og vi ønsket å se på markører som kunne tyde på potensiale for videre beinvest.

Vanligvis når man skal farge inn markører i immunohistokjemi, må man forbehandle store vevsblokker. Deretter må man kutte store vevsblokker med mikrotom til tynne snitt, og det kunne vi ikke gjort i dette tilfelle, siden vi hadde et vekststativ av keram som er for hardt for vanlig kutting. Hvis man gjør alt annet mykt og den er hard, så vil vi ikke kunne kutte i den.

Med den nye metoden fikserer vi først vevsprøven, så støper vi den inn i plast, slik at alt er hardt. Og da kan vi kutte i blokkene i tynne snitt. Når vi har disse snittene, kan vi fjerne plasten fra snittene hver for seg, og da går det fortere enn å fjerne plasten fra hele blokken. I stedet for å bruke et halvt år på å dekalisifisere en blokk, bruker vi et par dager på prosessen. Det er en stor tidsbesparelse.

Vi kunne også bruke denne metoden i vanlig histologi. På denne måten kunne vi få mange flere snitt fra en prøve sammenlignet med kutting av tykke skiver som slipes ned til ønsket tykkelse, som er den vanlige metoden man har brukt tidligere ved implantater og vekststativer. Og ved å kutte en ganske tynn skive, mister vi ganske mye av vevet som vi skal teste. Da får man veldig mye mindre data ut av samme type prøve enn det vi får ved den nye metoden. Resultatet med denne nye metoden er at vi får mye mer informasjon fra samme mengde vevsprøve.

Det er en metode som, så vidt vi vet, ikke er brukt så mye i odontologi, sier Thieu.

Muligheter for videre utforskning?

– Vevsnittene fra immunohistokjemien viste at det er et potensiale for at mer bein kan vokse i vekststativet. Det innebærer at materialet har et potensiale.

Kanskje kan det modifiseres ved at man legger stoffer i det som bidrar til at bein vokser inn i det, for nå vokser det bare fra det opprinnelige beinet og ut. Kanskje kunne man fått bein til å vokse fra innsiden av keramet og ut? Det hadde vært enda bedre.

Det er mulig å utforske dette videre, eller kanskje andre modeller er mer egnet. Kanskje kunne man teste ut om man kan holde plassen etter at tannen er borte, slik at det ikke gror igjen etter tanntrekking. Disse mulighetene gjelder utvikling av materialet, og er egnet for både laboratoriearbeid og kliniske studier, avslutter Minh Khai Le Thieu.

Norsk Orthoform



ETABL. 1930

DENTALARTIKLER

Depot as



Vi ses på Nordental

Stand B01-20

Nordentalkampanje

Benytt sjansen til å kjøpe White Dental Beauty
NOVON 16 % dagbleking til eget forbruk.



Ønsker du å vinne kursplass?

Kom og NERD med oss på Nordental

Vi lodder ut 2 GRATIS kursplasser.
Kom til vår stand og registrer deg for å delta.



Skann QR-koden eller gå inn på
www.oris-academy.com/konkurranse
for mer informasjon om kursene

Startkurs i implantatkirugi

Oris Dental Madla, 14-15/3 2025

Kursplass Tannlege **Verdi 17.900,-**

Kursplass Tannpleier **Verdi 9.300,-**

I samarbeid med: **straumann**group

Sjekk ut alle våre kurs på
oris-academy.com/kurs





Politikerne trenger tydeligere innspill fra tannhelsepersonell for å kunne løfte diskusjonen om finansiering opp på et mer konkret plan.

Bør tannleger også reguleres av offentlig finansiering?

 **TIRIL WILLUMSEN, DEKAN/ PROFESSOR, DET ODONTOLOGISKE FAKULTET, UIO**
GUNNAR BOVIM, PROFESSOR, LEDER AV HELSEPERSONELMKOMMISSJONEN

Arendalsuka 2024 er over, og det var flere gode diskusjoner rundt hvordan tannhelse bør organiseres og finansieres i Norge fremover.

De politiske partiene synes enige om at den private og den offentlige sektor må være med i et fremtidig munnehelse-løft. Men det kom klart frem at politikerne trenger tydeligere innspill fra tannhelsepersonell for å kunne løfte diskusjonen om finansiering opp på et mere konkret plan:

1. Det må utarbeides et «gryteferdig» dokument på hva som bør komme inn under nødvendig munnehelsehjelp, som man har f.eks. innen plastikk-kirurgi
2. Tannlegene må la seg regulere av offentlig finansiering

Begge disse punktene er, som vi ser det, fremdeles svært uavklarte fra NTFs side. Vi tenker at odontologiske fagmiljøer må jobbe frem en faglig begrunnet liste over hvilke behandlinger innen odontologi som ansees som nødvendig munnehelse-

hjelp. Et samlet odontologisk fagmiljø bør bidra i et kunnskapsbasert arbeid for å utarbeide en slik prioritert liste. Ved Det odontologiske fakultet i Oslo har vi kompetansen og bidrar gjerne.

Vi ser at helsehjelp gitt av private helsearbeidere, som leger og fysioterapeuter med offentlige avtaler, og som arbeider på folketrygdens regning er ganske strengt regulert. Vi tenker det med stor sannsynlighet vil kreves at private tannleger som ønsker å drive på samme måte som leger og fysioterapeuter i avtalepraksiser, dvs. med stor grad av tilskudd fra trygdemidler, må være klare til å kunne reguleres på tilsvarende måte.

Dersom disse to vilkår, (1) og (2) ovenfor, ligger til grunn vil det være mulig for myndighetene å beregne kostnader og planlegge innfasing av nye finansieringssystemer på en helt annen måte enn i dag.

Har fagforeninger og fagmiljøene innen odontologi bedre løsninger eller er det vilje til å ta ballen og innfri på disse to punktene så diskusjonen kan løftes til et mere konkret plan?



**Et samlet fagmiljø
får den store
oppgaven det er
å enes om hva som er
nødvendig behandling
– det staten skal ta
ansvaret for.**

Svar til Willumsen og Bovim:

Bør tannleger også reguleres av offentlig finansiering?

HEMING OLSEN-BERGEM, PRESIDENT I NTF

Jeg vil starte med å takke for et viktig innlegg fra Willumsen og Bovim. Innen dette publiseres, vil Tannhelseutvalget ha overlevert sin NOU. Mer om NTFs syn på denne vil du finne på annet sted i dette Tidende.

NTF er svært glad for at et enstemmig utvalg nå også finansielt plasserer munnen i kroppen. Dette er noe NTF har ment i svært mange år. Munnhelse er helse – og tannhelsetjenesten er en del av helsetjenesten. Det er sosial ulikhet i munnhelse, og vi har lenge sett at det er stadig flere grupper som faller utenfor dagens ordninger. I tillegg oppgir stadig flere at de prioriterer bort undersøkelser og behandling av økonomiske hensyn. NTF har pekt på disse utfordringene lenge og vårt øverste organ, representantskapet, har sagt at vi skal arbeide for økt offentlig finansiering og universelle løsninger. Dette har vært vårt utgangspunkt for arbeidet i Tannhelseutvalget.

Ja, vi må definere hva som er nødvendig munnhelsehjelp, og i NOUen er det på faget og standen selv det pekes. NTF støtter dette. Det betyr at et samlet fagmiljø får den ganske store oppgaven det er å enes om hva som er nødvendig behandling – det staten skal ta ansvaret for. Jeg er glad for at UiO er klar for denne oppgaven, samtidig som hele

fagfeltet vårt må involveres i denne oppgaven. De som står ute i tjenesten i det offentlige og det private må også få mene noe om dette. Alle universitetene og kompetansesentrene må med, og også flere andre institusjoner innenfor vårt fagfelt, og de som er nært grensede til det. Vi må også se på hva som gjøres i EU-området.

NTF skal selvfølgelig være med på dette, men vi antar at dette oppdraget, hvis det blir gitt, vil bli drevet fra statlig side gjennom Helsedirektoratet. Dette avhenger selvsagt av hvordan den videre håndteringen av NOUen vil bli, og til slutt av om og hva Stortinget bestemmer seg for. Inntil dette skjer har universitetene en viktig rolle i defineringen av nødvendig behandling. Utgangspunktet er at utdanningsinstitusjonene allerede tar for seg dette grundig i utdanningen av nye tannleger, og vi har klare forventninger til at disse institusjonene har en klar formening om hva som er nødvendig behandling, og at studentene behersker dette.

Når det gjelder spørsmålet om tannlegene må la seg regulere så antar jeg at Willumsen og Bovim her tenker på den helprivate delen av tannhelsetjenesten. Svaret på dette er ikke et enkelt ja eller nei. Slik det er i dag utfører den

private delen av tannhelsetjenesten betydelig helsehjelp til befolkningen helt uten noen form for kobling til staten. Det er riktignok tannleger som inngår anbudsavtaler og vaktavtaler med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, men i stort er det (alt for) lite samarbeid med den private delen av tannhelsetjenesten.

Folketrygdens stønadsordning er en pasientrettighet som kun forvaltes av tannlegene. Men det er naturlig at økt offentlig finansiering av tannhelsetjenesten vil kunne medføre økt behov for styring og kontroll. Dette må uansett utredes. NTF har gjennomført en spørreundersøkelse i år hvor de næringsdrivende tannlegene sier at de er villige

til å la seg regulere, men at dette selvsagt avhenger av innretningen av en slik regulering, gitt at den offentlige finansieringen økes betydelig. De næringsdrivende i den private (og den offentlige) delen av tannhelsetjenesten er altså svært opptatt av at de er helsepersonell. Jeg er stolt av å være en del av en stand som tar dette ansvaret på alvor.

Spørsmålet om reguleringer er helt avhengig av hvordan vi innretter og organiserer fremtidens tannhelsetjeneste. Vi må få til et godt samarbeid i hele tannhelsetjenesten og mellom denne og helsetjenesten, hvis vi skal lykkes i å gi gode munnhelsetjenester til hele befolkningen i fred, krise og krig.

Derfor vil det bli svært viktig å finne gode løsninger som gjør at de næringsdrivende i den private tannhelsetjenesten ønsker å bli med i ivaretagelsen av den nødvendige behandlingen til det beste for befolkningen. Hvis vi ikke lykkes med dette risikerer vi at mange næringsdrivende vil velge å stå utenfor de offentlige støtteordningene, slik som for eksempel har skjedd med NHS i England. Dette vil bidra til økt sosial ulikhet der de rike velger å betale seg ut av køene i Den offentlige tannhelsetjenesten. Den eneste måten å lykkes med en forbedret tjeneste for befolkningen er at vi har én tannhelsetjeneste hvor vi klarer å utnytte kompetansen og styrkene i begge sektorer.



**Fortbildningskurser för
hela tandvårdsteamet
- Gå en kurs i Sverige!**

www.tandlakarforbundet.se/kurser

**Anmälan
är öppen!**

RESTAURERE REPARERE SEMENTERE

CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow



Vi er tilfredse med å ha gått den ekstra distansen og stolte over at en uavhengig tredjepart i NIOM bekreftet at vårt produkt møter de strenge ISO-standardene



For åttende året på rad har CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow fått pris av Dental Advisor for brukervennlighet og estetikk.

I CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow har Kuraray Noritake utnyttet sin ekspertise innen silanisering og Light Diffusion technology. Resultatet er et produkt som gjør deg i stand til å modellere direkte fra sprøyten uten luftblærer eller klebing. Med en bøyestyrke på 150 MPa og trykkstyrke på 373 MPa, har produktet et utrolig bredt indikasjonsområde. Nano-fillerne gjør at materialet er eksepsjonelt enkelt å polere. Alt i alt er det et sterkt og estetisk produkt med fremragende brukervennlighet.

LES HELE ARTIKKELEN
OM DET NIOM-TESTEDE
KVALITETSSTEMPELET HER



https://kuraraydental.me/NIOM_NO

DEN ENESTE KOMPOSITTEN DU NOENSINNE VIL FÅ BRUK FOR!

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening

En tannhelsetjeneste for alle

26. september overleverte Tannhelseutvalget sin utredning NOUen *En universell tannhelsetjeneste*. Hele tannhelsetjenesten er utredet og utvalget foreslår tiltak som i sum likestiller og gjør tannhelsetjenesten til en del av dagens offentlige helsetjeneste.

  **CHRISTIAN POLLOCK FJELLSTAD, SPESIALRÅDGIVER – POLITIKK OG KOMMUNIKASJON**

Utvalgets mål er at alle skal ha likeverdig tilgang til tannhelsetjenester av god kvalitet og at tjenestene er sammenhengende og tilpasset brukernes behov. Det foreslås å rettighetsfeste en universell tannhelsetjeneste der alle med sykdom og skade i munn og munnhule får rett til nødvendige tannhelsetjenester, på lik linje med det pasientene med somatisk og psykisk sykdom og skade har. Den offentlige tannhelsetjenesten skal også ha et utvidet ansvar for personer med særskilte behov.

Utjevning av økonomiske forskjeller

For utvalget har det vært et særskilt mål å redusere den enkelte pasients risiko for store utgifter til tannhelsetjenester. Tannhelseutvalget foreslår derfor å utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester, men utvalget forslår også at det opprettes et eget frikort for tannhelsetjenester som en overgangsordning. Et viktig prinsipp har vært å bygge på de gruppene som allerede i dag har rettigheter i tannhelsetjenesteloven og folketrygdens stønadsordning, og utvalget foreslår at det blant annet utredes hva som er nødvendig tannregulering for barn

og unge. Det foreslås å innføre en rett til gratis nødvendig tannregulering for denne gruppen.

Flertall og mindretall

President i Den norske tannlegeforening Heming Olsen-Bergem, som selv har vært medlem av Tannhelseutvalget, har sluttet seg til det overordnede målet og hovedbudskapet i utredningen, og har tatt dissens og utgjør et mindretall i noen av forslagene som utvalget har fremmet. Et slikt forslag er for eksempel forslaget om å innføre en egenandelsordning for eldre over 75 år. Her er NTFs president en av seks personer som ikke støtter flertallets (sju personer) forslag.

Organisering av offentlig tannhelsetjenester

I dag forvaltes den offentlige tannhelsetjenesten på fylkeskommunalt nivå, men et flertall bestående av sju utvalgsmedlemmer foreslår at tannhelsetjenesten bør være en del av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås at tjenesten bør, så langt det er mulig, følge samme prinsipper når det gjelder organisering, regulering og finansiering, inkludert prinsippene for prioritering. Det betyr en deling av opp-



Evy-Anni Evensen var leder for tannhelseutvalget.

gavene i dagens tannhelsetjeneste og en innplassering i henholdsvis primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som et ledd i denne organiseringen foreslår dette flertallet at tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre overføres til dagens regionale helseforetak.

Et mindretall av fire utvalgsmedlemmer, herunder NTFs president, foreslår at det opprettes regionale tannhelseforetak (RTHF) og mener dette vil sikre lik fordeling av tannhelsetjenester til hele befolkningen. Tannhelsetjenesten er i stor grad en spesialisert tjeneste som best kan sammenlignes

FAKTABOKS

Tannhelseutvalget

Tannhelseutvalget ble oppnevnt av Kongen i statsråd den 12. august 2022. Utvalget har bestått av 13 medlemmer og vært ledet av Evy-Anni Evensen. NTF-president Heming Olsen-Bergem og fagansvarlig Gry Jakhelln fra Norsk Tannpleierforening har deltatt som partsoppnevnte utvalgsmedlemmer. I tillegg har tannlegene Ellen Berggren og Farshad Alamdari vært personlig oppnevnte medlemmer i utvalget.

Utvalget fikk i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket inkludert regulering og rettigheter. Formålet har vært å legge frem ulike modeller for en tannhelsetjeneste som kan bidra til bedre tilgjengelighet i hele landet. Utvalget skal blant annet utarbeide og vurdere forslag som kan sikre at tannhelsetjenestene blir likestilte med andre helsetjenester, herunder modeller for egenandelstak.

med spesialisthelsetjenesten, og dette mindretallet mener at denne organiseringen vil gi den beste harmoniseringen med mulighet for best mulig samhandling med resten av helsetjenesten. Dette mindretallet mener denne modellen vil bedre nasjonal faglig styring av tannhelsetjenesten der tjenesten kan målstyres, og det kan utvikles kvalitetsindikatorer og faglige retningslinjer for nødvendig tannbehandling. Dette mener mindretallet vil bidra til god pasientsikkerhet og et enhetlig tilbud til befolkningen. Som en følge av denne foreslåtte organiseringen foreslår dette mindretallet å overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til de fremtidige regionale tannhelseforetakene.

Et lite mindretall på to utvalgsmedlemmer, herunder utvalgets leder, foreslår å videreføre fylkeskommunen som forvaltningsnivå for Den offentlige tannhelsetjenesten og at de regionale kompetansesentrene overføres til Den offentlige tannhelsetjenesten slik den er organisert i dag.



MedDentCare
TANN & HELSE

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

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

Tannlege Arash Sanjabi DDS
MNTF, spesialist
i endodonti

Regulering og utøvelse av privat virksomhet

Tannhelseutvalget har ønsket å tydeliggjøre visse premisser og rammer for tannhelsetjenester i privat sektor.

Det er i dag ingen bestemmelser i norsk lov som regulerer eierskap av tannklinikker eller etablering av tannklinikker. I praksis kan man etablere en klinikk, eller flere, uten at det må søkes om konsesjon hos myndighetene.

Dette ønsker flertallet i utvalget å gjøre noe med. De foreslår derfor å innføre et lovfestet krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjon for klinikkdrift. Det foreslås blant annet at konsesjonstildeling kan inneholde krav om å tilby nødvendige offentlige finansierte tannhelsetjenester, og med det vil privat sektor også bidra til å nå målet om å sikre likeverdig tilgang til tannhelsetjenester, uavhengig av geografi og økonomiske forutsetninger. Andre krav som også vurderes som relevante å stille, er krav om tannhelsefaglig bakgrunn som tannlege eller tannpleier, relevant erfaring og nødvendige språkkunnskaper.

Et lite mindretall av utvalget foreslår også at det stilles krav om konsesjon for å kunne eie tannklinikker. Med dette ønsker dette mindretallet at det blant annet stilles krav om å oppgi opplysninger om hvordan tannhelsevirksomheten skal drives og finansieres, hvilket personell som skal engasjeres, og personalets kompetanseutvikling. En forutsetning for å inneha en eierkonsesjon er at man skal kunne dokumentere evne til å tilby lovpålagte tjenester på en forsvarlig måte og at klinikkens faglige virksomhet vil få et tilstrekkelig omfang.

NTFs president har tatt dissens til begge disse forslagene, og sammen med ham står tannlege Farshad Alamdari. Disse to påpeker at både tannhelsetjenesten og helsetjenesten i dag er underlagt tilsyn og en rekke lover og reguleringer som er med på å sikre kvalitet og kontroll med tjenesten. Det er heller ikke synliggjort eller utredet godt nok hvorfor en slik ordning er nødvendig, når tannhelsetjenesten nå skal likestilles med resten av helsetjenesten, eller hvilke utfordringer en konsesjonsordning prøver å løse.

Skal prisene reguleres?

For å redusere risikoen for store utgifter for pasientene, og sikre utgiftskontroll for offentlig finansierte helsetjenester, ønsker Tannhelseutvalget at det utvikles skjermingsordninger som også kan sikre økonomisk styring og kostnadskontroll. Målet er at flere oppsøker tannhelsetjenesten regelmessig, og at personlig økonomi ikke skal påvirke tilgangen på tannhelsetjenester. Samtidig er det også viktig at man unngår unødvendig behandling ved økt offentlig finansiering av tjenestene. Utval-



Heming Olsen-Bergem og Jan Christian Vestre.

get foreslår derfor prinsipielt at det må innføres prisregulering ved offentlig finansiering av tannhelsetjenester, og at det videre må utredes hvordan en slik regulering bør utformes.

NTFs president, Heming Olsen-Bergem, har fremmet en mer pragmatisk tilnærming til spørsmålet og har ikke ønsket på prinsipielt grunnlag alene å støtte forslag om prisregulering. Hans forslag er at prisregulering først må utredes, og dernest får man ta stilling til om det skal vurderes innført.

Hva skjer nå?

Nå som NOUen er levert blir det regjeringen og helseminister Jan Christian Vestre som tar stilling til det videre arbeidet. Helse- og omsorgsministeren uttalte under overrekkelsen at det blir viktig med en stor og åpen høringsrunde, der alle skal få mulighet til å høres – «en stor NOU skal gis mye tid».

Det vanlige er at en høring sendes ut kort tid etter overlevering og at det gis en høringsfrist på 12 uker, men vi vet allerede at høringsrunden denne gang blir nær doblet i antall uker. 2. oktober sendte helse- og omsorgsdepartementet NOUen ut på høring og fristen er satt til 15. mars.

For NTF er jobben med å lage et godt hørings svar i gang og vi ser frem til diskusjonen om utredningen blant alle medlemmene og tillitsvalgte.

Henviser til spesialist?



Vi tar imot henvisninger fra hele landet og har spesialister i:

- Endodonti
- Periodonti
- Oralkirurgi
- Kjeveortopedi
- Radiologi

Vi tilbyr også behandling i narkose eller lystgass. Hos oss blir pasienten din godt ivaretatt og vi sørger for god og trygg behandling. Les mer om våre spesialister via QR-koden under.



Velkommen
til god erfaring



Hei, hvordan går det?

Fire små, men avgjørende ord, som i ytterste konsekvens kan redde liv. Verdensdagen for psykisk helse markeres hvert år den 10. oktober. I år var temaet: *Vi trenger å snakke mer sammen.*

 **CHRISTIAN POLLOCK FJELLSTAD, SPESIALRÅDGIVER – POLITIKK OG KOMMUNIKASJON, NTF**



Dagen var en viktig påminnelse om betydningen av mental helse og hvordan en kan støtte hverandre i hverdagen. Som tannlege kan du både gi og trenge hjelp, og NTF oppfordrer medlemmene til å sette av tid til hverandre i en hektisk arbeidshverdag.

Verdensdagen for psykisk helse er en nasjonal befolkningskampanje som i år oppfordrer hver og en til å sette av tid til å snakke med kolleger og andre en bryr seg om. Årets kampanje hadde emneknaggen #gi8minutter, og oppfordringen er å bruke åtte minutter på å slå av en prat. Dette enkle tiltaket kan ha en betydelig effekt på de mellommenneskelige forholdene våre og ens psykiske helse.

Tannleger spiller en viktig rolle i samfunnet, også når det gjelder å fremme god mental helse, og som kollega kan du spille en viktig rolle i å identifisere tidlige tegn på psykiske helseproblemer og henvise til riktig hjelp. Tannleger har ofte nær kontakt med pasientene sine, og kan være en viktig støtte i vanskelige tider. Glem heller ikke viktigheten av å ta vare på din egne mentale helse, samt å be om hjelp og snakke åpent om følelser.

Nye befolkningsundersøkelser viser at hele en av tre under 44 år sier de opplever lite mening i livet, og rapporterer om generelt dårligere livskvalitet. Vår viktigste og mest avgjørende kilde til mening er våre sosiale relasjoner, og forskning viser at kun åtte minutter på telefonen kan ha en betydelig effekt på både relasjoner og den psykiske helsen.

Verdensdagen er derfor en viktig påminnelse om hvordan vi kan støtte hverandre i hverdagen. Ved å ta kontakt med kolleger og sette av noen få minutter hver dag, kan vi bidra til å skape et arbeidsmiljø som fremmer god mental helse og forebygger problemer.

Tips fra kollegahjelperne

NTFs kollegahjelpsordning er et lavterskeltilbud for medlemmer som trenger støtte eller veiledning av en kollega i en utfordrende situasjon. I forbindelse med Verdensdagen har kollegahjelperne noen tips om hvordan du kan gjøre en liten, men viktig forskjell i dine kollegers arbeidshverdag:

- Tenk på god kommunikasjon og på å bygge lag og fellesskap mellom tannleger, både på og utenfor klinikken. Lokalforeningens møter, kurs og sosiale arrangementer kan være gode steder for dette.

FAKTABOKS

Kollegahjelp

Kollegahjelpsordningen skal gi støtte og veiledning til kolleger som har behov for det.

En kollegahjelper er et medlem oppnevnt av lokalforeningen som har sagt seg villig til å støtte kollegaer som er i en vanskelig situasjon som påvirker arbeidsinnsatsen som tannlege.

Kontaktinfo til NTFs kollegahjelpere finner du i kontaktinformasjonen hos den relevante lokalforeningen, og en liste med alle kollegahjelperne i landet kunngjøres jevnlig gjennom Tidende.

Villa Sana, Modum Bad

NTF har en avtale med Villa Sana på Modum Bad. Her finnes rådgivning til medlemmer som ønsker å snakke om problemer i arbeidsliv, samliv eller fritid. Målet er å styrke bevisstheten når det gjelder yrkesrollen, forebygging av utbrenthet samt helse og livskvalitet generelt.

Mer informasjon om kollegahjelpsordningen og Villa Sana finner du på NTFs nettsider under Om NTF / Kollegahjelp

Verdensdagen for psykisk helse

Les mer om kampanjen på: www.verdensdagen.no

- Alle mennesker ønsker å bli sett og inkludert, og det er viktig å ha empati med hverandre. Små gester som å spørre hvordan kollegaene har det, eller å tilby hjelp med arbeidsoppgaver, kan bidra til at de føler seg støttet og verdsatt.

- Skap inkluderende møteplasser som gjøre det lettere å se hverandre. Respekter at enkelte har andre ønsker og behov, og at noen kanskje ikke ønsker å delta så mye.

- Bidra til et miljø der det er trygt å snakke om mentale helseproblemer. Dette er en viktig oppgave både for de som er arbeidsgivere og oppdragsgivere, så vel som kolleger.

Oppfordring

Ved å være en god kollega kan du bidra til å fremme god mental helse i hverdagen. Det er enklere enn du tror, og betyr mer enn du aner. Sett av åtte minutter til å snakke med en kollega eller ringe noen du bryr deg om. Små gester kan ha en stor betydning, og sammen kan vi skape et miljø som oppleves trygt og inkluderende.

Suksess med digital tradisjon

Den 6. september gikk årets digitale fagdag av stabelen, hvor 407 forhåndsregistrerte deltakere fikk med seg en innholdsrik dag med søkelys på ny teknologi og digitale verktøy i tannhelsetjenesten. Programmet bød på en rekke engasjerende foredrag, diskusjoner og demonstrasjoner som belyste hvordan digitale løsninger skaper nye muligheter innen tannlegeyrket.

 **CARINA URKE, SPESIALRÅDGIVER FAG OG ETTERUTDANNING, NTF**

Fagprogrammet hadde høy klinisk relevans med mange dyktige foredragsholdere, som belyste ulike aspekter ved digitalisering i tannhelsetjenesten

Moderatorene Øystein Sande og Martin Hoftvedt ledet oss gjennom dagen med gode oppsummeringer og spørsmål fra deltakerne. De fikk frem viktige aspekter og balanserte diskusjonene på en konstruktiv måte.

Innledningsvis fikk deltakerne en grundig innføring i ChatGPT og dets anvendelser innen tannhelse. Per Kristian Bjørkeng, teknologijournalist i Aftenposten, fremhevet verktøys mange bruksområder, og understreket også viktigheten av å være klar over dets begrensninger. Han ga praktiske tips for effektiv bruk av ChatGPT og introduserte andre KI-verktøy som kan åpne for nye arbeids- og forskningsmetoder.

Digitale simulatorer i tannlegeutdanningen og klinisk praksis var tema for neste foredrag. Ole Morten Kulbraaten demonstrerte hvordan disse verktøyene gir en bemerkelsesverdig nøyaktig følelse av å arbeide med ekte tannsubstans. Han fremhevet fordelene med simulatorene, som økt sikkerhet i opplæringen og mulighet for omfattende mengdetrening.

Et engasjerende innslag om bruken av VR-briller i opplæring og etterutdanning av helsepersonell fulgte deretter. Hege Nermo snakket om hvordan denne teknologien kan forbedre pasientmøter og introduserte begrepet «terapeutisk kompetanse». VR-simuleringen ble presentert som et verktøy for å trene helsepersonell i å håndtere utfordrende pasientmøter.

Viktigheten av effektiv kommunikasjon i tannhelsetjenesten ble belyst i et foredrag om pasientrettet digital informasjon. Patrik Cetrelli fremhevet nettstedet Tannvern som en verdifull ressurs for pasientinformasjon, oversatt til 15 språk for å nå ut til en bredere befolkning.

Den digitale tannhelsejournalen var tema for neste presentasjon. Jørn André Jørgensen belyste utfordringer og muligheter, og oppfordret tannlegene til å bli mer krevende kunder overfor leverandørene av journalsystemer. Han presenterte flere forbedringsmuligheter, inkludert sømløs overføring av pasientinformasjon mellom systemer og automatisk takstføring.

En oversikt over de nyeste kunstig intelligens-baserte verktøyene innen radiologi ble presentert av XieQi Shi, og dreide seg om kariesdeteksjon. Hun forklarte hvordan deep learning har revolusjonert feltet og demonstrerte hvordan noen KI-verktøy kan automatisere journalføring ved å registrere tannstatus direkte basert på røntgenbilder.

Moderne tannteknikk og digitale verktøy ble demonstrert av Jørgen Gad, som viste hvordan disse har forbedret presisjon og effektivitet i bransjen. Han presenterte avansert teknologi som plasserer en digital scan av pasientens ansikt i en virtuell artikulatur.

En balansert oversikt over alignere i moderne tannregulering ble gitt av Kasper Dahl Kristensen, som understreket tannlegens ansvar i alignerbehandling. Han introduserte «Dental Monitor», et system som muliggjør ukentlig digital pasientoppfølging.



Utdanningsjef Øyvind Asmyhr ønsker velkommen med moderatorer Martin Hoftvedt og Øystein Sande.

Henrik Skjerven holdt flere foredrag om digitale verktøy, inkludert tolkning av digitale avtrykk, digital smile design, og bruken av 3D-printere i tannlegepraksis. Han ga praktiske råd for å oppnå gode digitale avtrykk og demonstrerte hvordan smile design-verktøy kan forbedre behandlingsplanlegging og kommunikasjon med pasienter.

En praktisk orientert oversikt over digital produksjon i tannlegeklinikken ble presentert av Jan Kirkedam, med hovedvekt på 3D-printing og fresing. Han vektla viktigheten av å designe modeller og lage mockups for pasientprøving før endelig planlegging, og demonstrerte sin «chair side»-tilnærming for umiddelbare justeringer.

Avslutningsvis ble det holdt en paneldiskusjon om samarbeid mellom tannlege og tanntekniker i en digital hverdag. Panelistene understreket viktigheten av god kommunikasjon og bruk av kliniske bilder for å oppnå optimale behandlingsresultater.

Mange fordeler med digitale arrangementer

Den digitale fagdagen viste seg nok en gang å være en stor suksess, med mange fordeler for deltakerne. Fleksibiliteten i formatet ble særlig verdsatt, da det ga mulighet for både direkte deltakelse med interaktive elementer og muligheten til å se opptak på et senere tidspunkt.

En betydelig fordel med det digitale formatet er kostnadseffektiviteten. Deltakerne får tilgang til høykvalitets faglig innhold uten de vanlige utgiftene forbundet med fysiske konferanser, som reise og overnatting. Dette gjør det mulig for flere å delta og for klinikker å inkludere hele sitt personale i opplæringen.

Tilbakemeldingene tyder på at det digitale formatet ikke bare er et kompromiss, men faktisk kan tilby unike fordeler som tradisjonelle konferanser ikke kan matche. Det gir deltakerne mulighet til å integrere læringen direkte i sin arbeidshverdag, noe som kan føre til mer effektiv implementering av ny kunnskap og teknikker.

Avslutningsvis ser det ut til at den digitale fagdagen har etablert seg som en verdifull tradisjon i tannlegebransjen, som kombinerer tilgjengelighet, fleksibilitet og faglig tyngde på en måte som møter moderne tannlegers behov for kontinuerlig faglig oppdatering.



Moderatorene i panelsamtale med Patrik Cetrelli og Jørn Andre Jørgensen.



Made in
Sweden



Mot munntørrrhet – når det trengs mer enn vann

Vann gir rask, men ofte kortvarig lindring av munntørrrhet, noe som rammer 1 av 5 personer.¹ TePes nye Hydrating Mouthwash, Mouth Gel og Mouth Spray gir en behagelig følelse, fukter slimhinnene og beskytter tennene. Munnskyllet inneholder fluor, som bidrar til å beskytte mot karies. Vi anbefaler produktene uten smakstilsetning til personer med alvorlig munntørrrhet og de med mild smak til personer med moderate problemer.

1. Furness S, et al. Interventions for the management of dry mouth: topical therapies. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD008934.

5 GODE GRUNNER TIL Å DELTA PÅ NTFsLANDSMØTE OG NORDENTAL

- 1. Faglig påfyll og oppdatert kunnskap:** Over 40 foredrag fra alle odontologiske disipliner gir deg mulighet til å oppdatere deg på ny teknologi, innovative behandlingsmetoder og det siste innen materialer og forskning.
- 2. Kliniske tips og triks:** Hør eksperter presentere pasientkasus og evidensbasert praksis for å bedre dine kliniske ferdigheter og øke effektiviteten.
- 3. Nettverksbygging og sosiale samlinger:** Delta på både Nordental, det faglige og det sosiale programmet for å møte leverandører og kollegaer fra hele Norge, utveksle erfaringer og bygge faglige nettverk.
- 4. Gjør en god handel:** Ta deg god tid i Nordental for å oppdatere deg på det nyeste innen utstyr og materialer, samt benytte deg av spesialtilbud og gjøre en god handel.
- 5. Obligatoriske etterutdanningstimer:** Ved deltakelse på landsmøtet vil du få 15 etterutdanningstimer som automatisk registreres i din kursprofil.

Ingen grunn til å vente - meld deg på i dag på
www.ntfslandsmote.no



Several blue and gold balloons are scattered around the text, with some in the top right and others in the bottom left.

LANDSMØTEFESTEN 2024

VELKOMMEN TIL JUBILEUMSFEST!

I anledning NTFs **140 årsjubileum** inviterer vi alle deltakere og besøkende til Nordental og NTFs landsmøte til bursdagsfeiring med god mat og underholdning!

Tid: Torsdag 31. oktober kl. 1700 til kl 2100

Sted: NOVA Spektrum, Lillestrøm

Pris: 590,- (mat er inkl., drikke kjøpes selv)

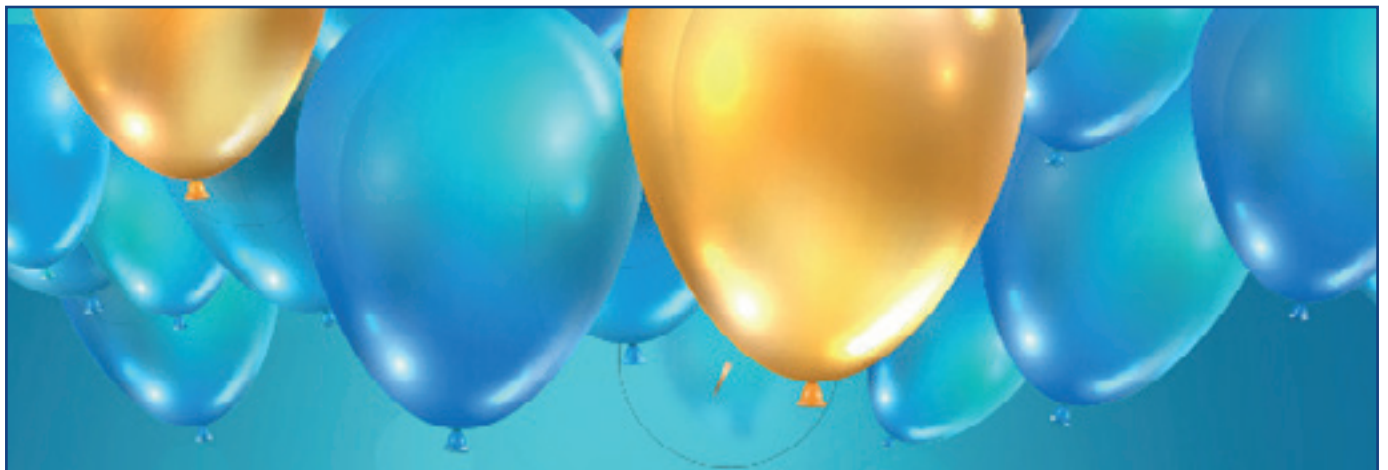
**Påmelding gjøres samtidig med
påmelding til NTFs landsmøte på**

www.ntfslandsmote.no

NB: Kjøpte billetter refunderes ikke



Den norske
tannlegeforening

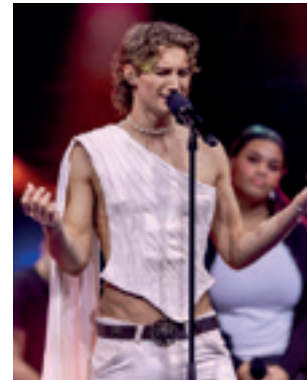


VELKOMMEN TIL JUBILEUMSFEST!

Rett etter ferdig fagprogram og en inspirerende åpningsdag fortsetter vi kvelden med mat, underholdning og musikk i Lobbyen på NOVA Spektrum.

Hva kan du forvente?

- Gode samtaler og minglemuligheter
- Mat og drikke fra buffeter og barer (matservering fra kl. 1800)
- Musikk, underholdning og god stemning
- Mini-konsert med Lavrans Svendsen (kjent fra the Voice)



Ta med deg kollegaer, studiekamerater eller kunder og bli med oss på en underholdende og innholdsrik kveld!

Er du tidlig ute er det mulighet for å reservere bord til din klinikk eller kullgjeng. Førstemann til mølla!

VELKOMMEN TIL NORDENTAL



31. oktober - 2. november samler vi hele den norske dentalbransjen på NOVA Spektrum på Lillestrøm.

Vi har gleden av å invitere til en innholdsrik dentalutstilling som bugner av nyheter og produkter du trenger i din klinikkhverdag.



Ta turen innom Nordental for gode tilbud fra sentrale leverandører, underholdning og interaksjon med utstillere. Bli inspirert, møt kollegaer og gjør en god handel!

ÅPNINGSTIDER

Torsdag 31. oktober kl. 0900 - 1700 *

Fredag 1. november kl. 0830 - 1800 **

Lørdag 2. november kl. 0900 - 1400

* Landsmøtefest i Lobby kl. 1700 - 2100

** Messemingling kl. 1600 - 1800



Billett kjøpes på
www.NTFsLandsmote.no

Pris: 350 kr

NB! Gratis inngang lørdag 4. november
Deltakere på NTFs landsmøte har gratis inngang på Nordental.

For mer informasjon se www.tannlegeforeningen.no/nordental

 **NORDENTAL**

OVERSIKT UTSTILLERE

MT = "Minitorget"

#	Utstiller
B04-22	Adin Dental Implants
B01-09	Align Technology
B04-25	Aliva AS
B01-17	Anestesispesialisten.no
B03-04	Anita systems AS
MT	Antibiotikasenteret
B01-27	Artinorway Dentalforum
B03-08	Azets Insights AS
B01-04	Best Dental Trading
B02-43	Colgate
B03-38	Colosseum Tannlege
B01-23	Coltene
B01-38	Dadent AB
B01-26	Danish Healthcare Design
B03-28	Dental Direct
B04-47	Dental Pluss
B01-16	Dental Sør AS
B01-42	Dental Tjenesten
B04-20	DentalCall
B03-32	DentalSpar AS
B01-22	Dürr Dental
B01-37	E Christiansen
B04-42	Elis Norge AS
B03-44	Elite Dental
B02-03	EMS Nrodic
B04-06	Ferrule Media AS
B04-06	Finansco
B03-36	Flux
B01-33	Folkvang
B03-34	Front Payment
B04-31	Grasp Aware
B01-10	GUM®
B04-11	Handelsbanken

#	Utstiller
B04-34	Health Workers
B04-14	Hear Safe AS
MT	Helfo
B03-20	Jacobsen Dental AS
B04-51	Jordan & Solidox
B03-42	Kuraray
MT	Leger uten grenser
B01-24	LIC Scadenta AS
B01-44	Majoar / Ergo optikk
B01-02	Medic IT AS
B04-02	MedicVision
B04-13	MediTann Service
B03-30	Muntra AB
B02-33	Nordic Healthcare Group
B01-54	Norsk Helsenet
B01-20	Norsk Orthoform Depot
MT	NPE
B02-42	NTpF
B01-13	Novus Dental
B02-11	NSK Nordic
B04-29	OC Tannklinikker
B02-32	Opus Dental
B03-16	Oris Dental
B02-27	Plandent AS
B01-14	Proteket
B04-40	Resurs Bank
B03-10	SB12
B03-14	Sensodyne / parodontotax
B04-04	Sentu AS
B04-47	Skaar Service
B02-17	Solventum
B01-45	Sonett

#	Utstiller
B04-11	Storebrand
B02-30	Straumann Group
B0412-	Svea Bank
MT	Tannhelse Uten Grenser
B02-05	ThsF
B04-18	Tannh.tj. komp. sentre
B02-13	Tannlab AS
B04-17	TGS
B02-25	Technomedics AS
B01-53	Tekstilservice AS
B04-28	Telenor Norge AS
B03-24	TePe Nordic AB
B01-05	Tonne Dental AS
B04-10	TrinnVis AS
B01-31	Trio Økonomi AS
B03-12	Unident AS
B01-01	VOCO
B01-06	W&H
B02-49	Workis helseuniform
B04-35	XO Care
B01-19	XyliMelts® – Pharmex AS
B04-02	Zeiss
B01-12	Zendium
B04-21	Zirkonzahn



Stipend til odontologiske utenlandsopphold



Minnefond for Knut og Liv Gard og for Frans Berggren

Har du planer om odontologiske studieopphold i utlandet eller representere norsk odontologi i internasjonale møter? Da har du muligheten til å søke om stipend fra Minnefond for Knut og Liv Gard og for Frans Berggren (søknadsfrist 1. november)

Minnefondets formål er å fremme kontakten mellom norsk og internasjonal odontologi ved å yte stipender til medlemmer av NTF for studieopphold i utlandet eller representasjon av norsk odontologi på internasjonale møter.

Fondet er søkbart for 2025, og søknad om bidrag fra stiftelsen må være innsendt NTF innen 1. november 2024.



**Den norske
tannlegeforening**

Mer informasjon om fondet og
lenke til søknadsskjema finner du på
www.tannlegeforeningen.no/fond

VELKOMMEN TIL FELLESSEMINAR 2025



Viktige koblinger mellom oral & generell helse

Dato: 24. og 25. januar 2025

Sted: Grand Hotel Oslo

Målgruppe: Tannlegespesialister

Mer informasjon om program og
lenke til påmelding finner du på

www.tannlegeforeningen.no/TSF

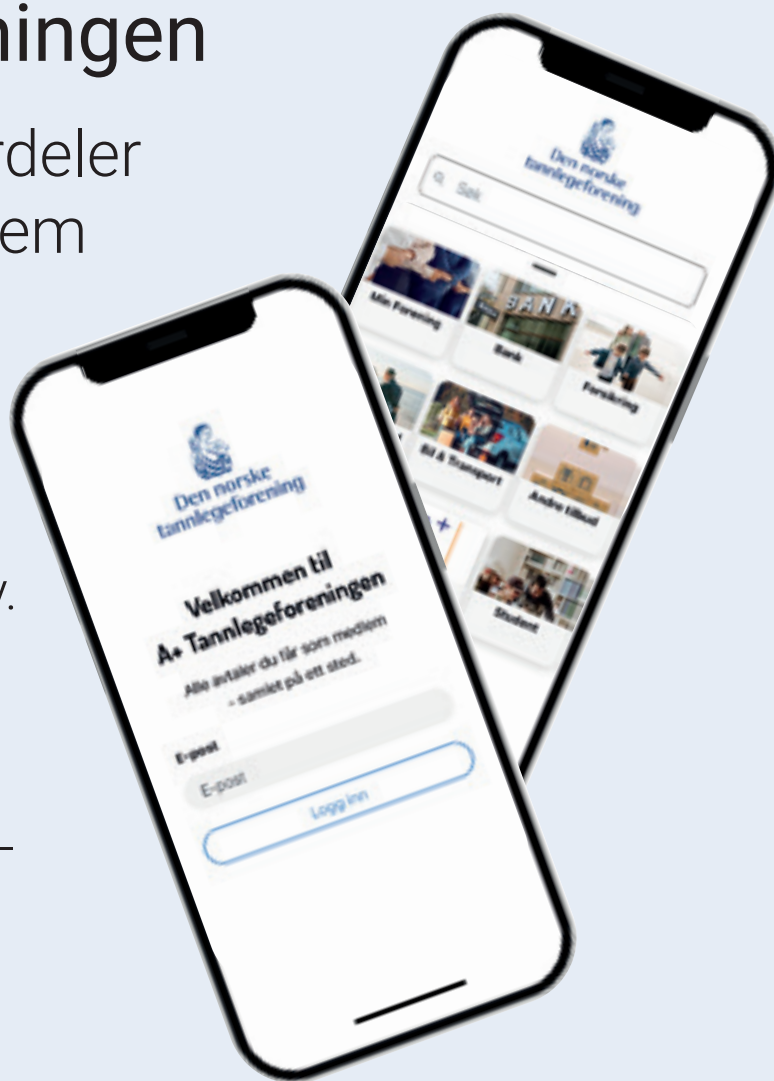
Har du lastet ned medlemsappen?

A+ Tannlegeforeningen

Finn alle avtaler og fordeler du har som NTF-medlem samlet på ett sted!

Appen finnes tilgjengelig i App Store og Google Play.

Last ned og logg inn med e-postadressen du har registrert i NTFs medlemsregister.



Mer informasjon om appen finner du på www.tannlegeforeningen.no/medlemskap



A⁺ | akademikerne pluss

40% av nordmenn lider av dentale erosjoner*¹



0%
titandioksid

NYHET

**FOR BARN
0-12 ÅR**



Oppdag en verden av kunnskap innen
munnhelse. For å finne ut mer og få
tilgang til Sensodyne prøvetuber,
skann QR-koden og registrer deg på
www.haleonhealthpartner.com

HALEON | healthpartner



SAMMEN GJØR VI KLOKE VALG

HELSEFAGARBEIDERE
GJØR KLOKE VALG

BARSEL- OG BARNEPLEIERE
GJØR KLOKE VALG

FYSIOTERAPEUTER
GJØR KLOKE VALG

MANUELLTERAPEUTER
GJØR KLOKE VALG

KIROPRAKTORER
GJØR KLOKE VALG

OPTIKERE
GJØR KLOKE VALG

JORDMØDRE
GJØR KLOKE VALG

LEGER
GJØR KLOKE VALG

TANNLEGER
GJØR KLOKE VALG

SYKEPLEIERE
GJØR KLOKE VALG

HELSESEKRETÆRER
GJØR KLOKE VALG

AMBULANSEPERSONELL
GJØR KLOKE VALG

FARMASØYTER
GJØR KLOKE VALG

BIOINGENIØRER
GJØR KLOKE VALG

HELSESYKEPLEIERE
GJØR KLOKE VALG

RADIOGRAFER
GJØR KLOKE VALG

Tannleger gjør kloke valg for å redusere unødvendige helsetjenester. Sammen med 11 andre helsepersonellforeninger er NTF med i kampanjen Gjør kloke valg for å motvirke overdiagnostikk og overbehandling.

LES MER PÅ

TANNLEGEFORENINGEN.NO/KLOKEVALG

SKANN QR-KODE
FINN UT MER



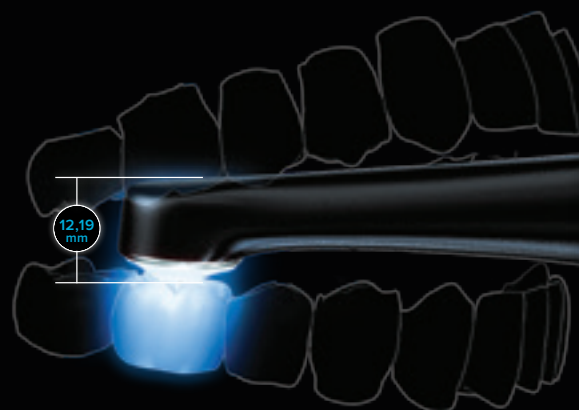
UP
ULTRADENT
PRODUCTS, INC.

VALO™



HERDELAMPEN STÅR FRAM I NYTT LYS

- 12 LED chips i en linse med diameter 12,5 mm som dekker hvilken som helst tann
- Bredspektret: 380-515 nanometer, kan polymerisere alle lysherdende dentalmaterialer
- Integrert Black Light (UV lys) og White Light (5500 K) til diagnostikk
- Lavprofil hode på lampen gjør det enkelt å komme til ved posteriore restaureringer



Slutte å snuse
eller røyke?

I STOPPTOBER legger vi alt til rette for deg



Bli med på Stopptober 2024 og hjelp de som
røyker eller snuser med å gjøre et sluttforsøk.

Bestill gratis materiell eller last ned digitalt på
helsedirektoratet.no/stopptober

Forliksrådet – meklingsinstitusjon og domstol

Forliksrådet er det laveste leddet i rettssystemet for sivile saker, og er en meklingsinstitusjon med begrenset domsmyndighet.

 **DAG KIELLAND NILSEN, ADVOKAT I NTF**

Hovedoppgaven til forliksrådet er å legge til rette for at partene ved mekling eller dom får løst saken enkelt, hurtig og billig. Formålet med forliksrådet er altså å bidra til at partene ved hjelp av mekling eller dom får løst saken raskt og enkelt, uten å pådra seg uforholdsmessig høye kostnader.

Alle kommuner har et forliksråd bestående av tre lekfolk. Det er kommunestyret i den enkelte kommune som velger forliksrådsmedlemmene. Noen kommuner har felles forliksråd med en eller flere nabokommuner. Ditt lokale forliksråd gir også råd og veiledning.

Dersom noen skylder deg penger kan forliksrådet være en mulighet til selv å forfølge kravet og få kyndig hjelp uten at kostnadene blir store. Praktiske situasjoner kan være at en pasient er uenig i beløp eller av andre årsaker bestrider et inkassokrav og ikke betaler for behandling. Også pengekrav mellom næringsdrivende kan avgjøres hos forliksrådet.

Purring

Reglene om forliksrådet finner du i Tvistelovens kapittel 6 (<https://lovdata.no/>). En sak for forliksrådet startes ved at den som mener at han har et krav mot noen sender en klage til forliksrådet, dette kalles en forliksklage.

Før du sender kravet til forliksrådet, bør du imidlertid forsøke å få pengene betalt fra skyldner ved å sende en purring. Purringen kan sendes allerede dagen etter forfall og bør inneholde en betalingsfrist og et varsel om at man vil gå til forliksrådet med saken dersom pengene ikke betales.

I varselet informerer du om kravet og om grunnlaget for kravet og ber mottakeren si om han eller hun er enig eller uenig i kravet. Det er fornuftig også å skrive at det kan bli tatt ut sak for forliksrådet hvis motparten ikke gjør opp for seg.

Dersom du ikke sender slikt varsel kan det få betydning senere når forliksrådet skal ta stilling til sakskostnadene i saken.

Klagen

Forliksklagen skal blant annet angi partenes navn og adresse og en kort beskrivelse av sakens innhold, en beskrivelse av sakens faktum og hva som har skjedd, samt hvilket utfall klageren ønsker.

Kostnader ved behandling i forliksrådet

Behandlingen av en sak i forliksrådet koster 1 966 kroner (rettsgebyr) som den som klager må betale. Beløpet betales etter at saken er avsluttet. Dersom du vinner saken kan du kreve å få dette beløpet dekket av motparten.

Det gis bare i svært begrenset grad erstatning for sakskostnader ved forliksrådsbehandling, jf. tvisteloven § 6. Kostnader som kan kreves dekket er blant annet det nevnte gebyret for behandlingen i forliksrådet, reiseutgifter og inntil fire rettsgebyr for retts hjelp ved forliksklagen.

Har du mottatt et krav fra andre via forliksrådet?

Har du fått et brev med tittelen «pålegg om tilsvare» fra forliksrådet? Da har noen tatt ut en forliksklage mot deg, og du må svare innen fristen. Når forliksrådet mottar en forliksklage, sender de en kopi av forliksklagen til klagemotparten. Sammen med forliksklagen sendes også et «pålegg om tilsvare».

Svar innen fristen

Fristen for å svare står i brevet du har fått. Svaret må du sende til forliksrådet senest den dagen fristen går ut. Hvis du ikke svarer innen fristen, vil forliksrådet normalt gi en dom. Dette blir kalt en fraværdom. I dette tilfellet vil du som regel bli dømt til å betale det klageren har bedt om.

Når du er enig i kravet

Hvis du svarer at du er enig i kravet, vil forliksrådet gi en dom der klageren får fullt medhold i kravet. Det vil si at du må betale det klageren har bedt om.

Hvis du er uenig

Hvis du er uenig, vil du og klageren normalt bli kalt inn til et møte i forliksrådet.

Nye dokumenter

Vil du fremlegge nye dokumenter i saken må dette gjøres senest en uke før møtet. Nye dokumenter sendes motpart og forliksrådet. Dersom du ønsker å føre vitner eller bevis som forliksrådet skal undersøke må dette også varsles minst en uke før møtet. Motparten og forliksrådet skal også varsles senest en uke før møtet dersom du vil møte sammen med advokat.

Møte

Partene har møteplikt og må oftest møte personlig, men kan ha med seg en person i tillegg som representerer parten, eksempelvis en advokat.

Dersom den parten som har brakt saken inn for forliksrådet – saksøker – uteblir fra møtet, skal saken avvises fra ytterligere behandling. Dersom det er saksøkte som uteblir fra møtet, og ikke har gitt tilsvarende svar, kan det avsies fraværdom etter begjæring fra klageren. Også når klagemotparten i sak om pengekrav ikke gjør gjeldende annet enn manglende betalingsevne eller andre åpenbart uholdbare innsigelser, kan det avsies fraværdom.

I forliksmøtet deltar partene og forliksrådet, normalt bestående av tre medlemmer, herunder en leder. Møtet starter med en kort innledning fra forliksrådets leder, med en oppfordring til partene om å snakke sant. Deretter får partene ordet etter tur, for å redegjøre for sitt syn på saken. Hvorvidt andre

enn partene skal få ordet, eksempelvis advokatene, avgjøres av forliksrådets leder.

Forliksrådets medlemmer vil deretter forsøke å mekle mellom partene, og om nødvendig komme med konkrete forslag til en minnelig avtale dersom partene ikke blir enige på egenhånd.

Mulige utfall av saken

Først og fremst vil forliksrådet forsøke å mekle mellom partene, med formål om å oppnå en minnelig avtale. Dersom partene blir enige om en slik avtale, skal avtalens innhold innføres i rettsboken og underskrives av hver av partene. Avtalen omtales da som et rettsforlik og rettsforliket vil ha virkning som en rettskraftig dom.

Dersom partene ikke blir enige kan forliksrådet innstille saken. At saken innstilles betyr at forliksrådet unnlater å ta stilling til spørsmålene tvisten reiser. Dersom saken er for dårlig opplyst eller det fremstår som lite sannsynlig at saken egner seg for behandling i forliksrådet kan saken innstilles også på et tidligere tidspunkt.

Forliksrådet kan avsi dom i saken, dersom begge parter samtykker. For saker som gjelder verdier under kr 200 000 kan forliksrådet avsi dom hvis én av partene ber om det.

Dommer av forliksrådet, herunder fraværdommer, kan overprøves ved søksmål for tingretten. Fristen for stevning er én måned.

Mer informasjon og veiledning, standard klageskjema samt mulighet til å sende klagen digitalt til ditt lokale forliksråd finner du her: <https://www.forliksraadet.no/meny/forliksradet>

Enkel
applikasjon
i sulcus



RETRAKSJONSPASTA FRA KAPSEL

- **Tynn kanyle med fleksibel spiss** – enkel og nøyaktig applikasjon i sulcus
- **Viskositets forandring** – pastaens konsistens varierer under applikasjonen og utvidelse i sulcus
- **Et rent produkt** – raskt og enkelt å spyle bort
- **Et rent produkt** – raskt og enkelt å spyle bort



Besøk oss på
NORDENTAL
31.10.-02.11.2024
stå B01-01

VOCO Retraction Paste



Spør advokaten

Honorar til oppdragstakere som har sluttet på klinikken

 **TONE GALAASEN, ADVOKAT I NTF**

Spørsmål 1:

Jeg har sluttet på en klinikk, hvor jeg jobbet som oppdragstaker, og nå sliter jeg med å få betalt fra praksiseier for utført arbeid. De pasientene jeg har behandlet betaler til praksiseiers konto, og jeg får honorar fra praksiseier først når pasienten har gjort opp for seg. Kan praksiseier la være å sende meg innbetalingsoversikt for pasienter som betaler etter at jeg har sluttet? Hvordan skal jeg da få beregnet honorar og få betalt for jobben jeg har gjort?

Svar:

De aller fleste tannleger klarer heldigvis å avslutte samarbeidsavtaler på en ryddig og god måte, men det gjelder dessverre ikke alle. Vi får iblant spørsmål om hvordan oppdragstakere skal få beregnet sitt honorar, for pasientinnbetalinger som skjer etter at de har sluttet på klinikken.

Praksiseier har ansvar for å inndrive utestående pasientfordringer i oppdragstakermodellen. Det skal beregnes og utbetales honorar til oppdragstaker, på samme måte som tidligere, av pasientfordringer som innbetales etter at oppdragstaker har sluttet.

Oppdragstakere som har sluttet, har ikke lengre tilgang til journal- og regnskapsinformasjon på sin tidligere arbeidsplass. De er dermed avhengig av å få innbetalingsoversikt fra praksiseier, for det pasientene har betalt etter opphør av samarbeidet. Dette er nødvendig for at oppdragstakere skal få beregnet det honoraret de har krav på for utført arbeid.

Praksiseier har plikt til å gi oppdragstaker regnskapstall og annen nødvendig informasjon, for å beregne det honoraret de har krav på. Dette er vanligvis presisert i kontraktene, og gjelder også etter at avtalen er avsluttet.

Praksiseiere bør ha som fast rutine at de uoppfordret sender månedlig innbetalingsoversikt til oppdragstakere som har sluttet, så lenge det er nødvendig, og sørge for at oppdragstakere får betalt for utført arbeid i virksomheten.

Dette er et eksempel på at den gjensidige lojalitetsplikt i kontraktsforhold til en viss grad gjelder også etter at avtalen er avsluttet¹.

Håndtering av pasientfordringer som ikke lar seg inndrive, er beskrevet nærmere i artikkelen «Tapsføring i oppdragstakermodellen»².

REFERANSER

1. Se artikkelen «Lojalitetsplikt i kontraktsforhold mellom næringsdrivende tannleger» (Tidende nr. 3/2020).
2. Tidende nr. 1/2022

Kjære kollega



Beskytt deg selv, pasienter og dine
nærmeste mot alvorlig influensasykdom!
Ta influensavaksine.

Les mer på fhi.no/voksenvaksinasjon

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

Carina Freitag
carinafreitag@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

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Trine Knutsen Gjone
trine.gjone@gmail.com

Finnmark Tannlegeforening

Stina Marie Richardsen
stinarichardsen@gmail.com

Haugaland Tannlegeforening

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

Margrethe Halvorsen,
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

Øyvind Kvalheim,
996 21 035

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

Cecilie Bottolfsen Heistein,
tlf. 907 28 440
cecilieheistein@msn.com

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
umkoste@hotmail.com
tlf. 92 60 19 85

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

Telemark Tannlegeforening

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

Bernt Andreas Grøgaard
tlf. 901 83 922
berntandreasg@hotmail.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

Arild Tobiassen
tobiassen@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

Tenke sjæl og mene, måtte stå for det du sa

INGJERD STRØM HANSEN, NTFS ETIKKRÅD

Kanskje NTFs nye § 5-7 kunne vært formulert i samsvar med Trond-Viggos gamle slager. Punktet som står i kapittelet «sannferdighet» lyder som følger:

«Tannlegen bør

§ 5-7 Bidra til opplysning

Etter sine forutsetninger bør tannlegen medvirke til at allmennheten og myndigheter får saklig informasjon om tannhelsefaglige spørsmål. En tannleges uttalelser til offentligheten må ikke virke villedende overfor publikum. Tannlegen bør på forhånd sikre seg adgang til å kontrollere at det som offentliggjøres stemmer med det vedkommende har uttalt.»

Første setning i § 5-7 ble tatt inn i NTFs etiske regler i 2023, og omhandler en mulighet eller rett til saklig å si fra, for eksempel når overordnede bestemmelser er i konflikt med tannhelsefaglige hensyn. Punktet er ikke ment som en plikt, mer som en mulighet.

Uten kunnskap om hva som skjer ute i klinikkene vil både ledere og politikere mangle grunnlag for å ta gode beslutninger for tannhelsen i befolkningen. Å bruke sin stemme til å synliggjøre hvilke tannhelsefaglige utfordringer som finnes ute i klinikk, vil dermed være av det gode for tannlegene, tannhelsen og samfunnet.

Tannlegens lojalitet skal ligge hos pasienten. Jobber du offentlig, må du i tillegg ha lojalitet til arbeidsgiver, samfunnsoppdraget og pasientgruppene som har rettigheter i det offentlige.

Ingen tannlege kan løse alle oppgaver alene.

«Tannhelsefaglige spørsmål» kan være å gi råd om tannpuss, syreskader mv. Det kan imidlertid være vanskelig å skille klart

mellom tannhelsefaglige og tannhelsepolitiske spørsmål.

Tannhelsefaglige vurderinger har også betydning for tannhelsepolitikk:

Eksempler på dette i Den offentlige tannhelsetjenesten kan være: Hva hvis du er bekymret for barns tannhelse, fordi de ikke innkalles ofte nok til tannlege? Hva hvis du ser at tannhelsen til f.eks. pasienter med hjemmesykepleie, gjør at de trenger bedre og tettere oppfølging? Hva hvis tannhelsen til de pasientgruppene med lovbestemte rettigheter blir skadelidende, fordi bemanningen eller finansieringen ikke strekker til? Hva hvis du og dine kolleger opplever at det ikke er mulig å ivareta det tannhelsefaglige behovet til de prioriterte pasientgruppene, samtidig som det innkalles en betydelig andel voksne betalende pasienter?

Etikkreglene § 5-7 må ses i sammenheng med prinsippet om ytringsfrihet, som er en grunnlovfestet rettighet. Selv om arbeidstakere har en lojalitetsplikt overfor sin arbeidsgiver, og vanligvis vil ha en plikt til først å varsle om kritikkverdige forhold internt i virksomheten, står også arbeidstakeres ytringsfrihet sterkt.

§ 5-7 oppfordrer medlemmene til engasjement for tannhelsens beste. For tiden mangler det ikke områder å engasjere seg i. Blant annet kan nevnes Tannhelseutvalgets NOU.

Endringer og behov for omstillinger skjer kontinuerlig. Uten dette ville verden stoppe opp. Noen ganger ønsker vi endringene velkommen, og andre ganger frykter vi dem. Noen ganger viser det seg at de endringene vi fryktet viste seg å være et gode, mens andre ganger er frykten velbegrunnet. Uansett vil du ved å vise engasjement, ha mulighet til å påvirke beslutninger. Engasjementet kan vises på arbeidsplasser, i fagforeningen eller i politikken. Du kan gi innspill både før en

beslutning tas, men også ved å være med på evalueringer etter omstillinger.

NTFs medlemmer kan naturligvis uttale seg om både tannhelsefaglige og tannhelsepolitiske saker. NTFs tillitsvalgte i lokal- og spesialistforeningene involveres i foreningens arbeid i viktige tannhelsepolitiske saker, bl.a. Tannhelseutvalgets NOU (NTFs vedtekter § 18-4 og 19-3).

Som medlem i Tannlegeforeningen er du forpliktet til å følge de etiske retningslinjene. § 5-7 gjør at du med ryggdekning gjennom ditt medlemskap i NTF kan «*medvirke til at allmennheten og myndigheter får saklig informasjon om tannhelsefaglige spørsmål*».

Husk at ingen andre har helt ditt perspektiv. Du må tenke sjæl.

Smarte verktøy for tannklinikken



Bemanning

Arbeidstid, egenmelding og sykmelding, ferie og avspasering



Utsstysregister

Dekker alle lovkrav og sikrer deg ved eltilsyn



Stoffkartotek

Alle sikkerhetsdatablader oversiktlig organisert og tilgjengelige for alle

 **TrinnVis**
Drift, HMS og kvalitet

Hva sier? studentene

Det koster å utdanne gode tannleger!

DERJA AWDI HUSEIN-OMAR OG ESTHER VARHAUG, STYREMEDLEM OG INFOSEKRETÆR I NTF STUDENT

Vi er tannlegestudenter og gleder oss til å bli gode tannleger, men veien dit er lang, og vi trenger mer hjelp enn vi får i dag. Det økonomiske presset universitetet står under påvirker oss hver eneste dag i klinikken, og det er viktig for oss at alle skjønner konsekvensene dette har.

I skrivende stund, 24. August 2024, var det utlyst følgende stilling på finn.no: «Instruktørtannlege (4 x 40 % fast og 60 % vikariat) ved seksjon for oral protetik». Det søkes erfarne tannleger med god kunnskap til en lønn på 646 000 kr i året. Dette er tross alt tannleger som skal ha den nødvendige kunnskapen og tryggheten, som sørger for at både pasientene og studentene føler seg forsvarlig ivaretatt. Finnes det godt kvalifiserte tannleger som vil jobbe under disse vilkårene? Hva gjør vi når for få søker på disse stillingene? Akkurat nå er det realiteten, og minst like problematisk som det høres ut som for oss studenter som er avhengige av disse klinikerne.

Siri Flagestad Kvalheim, førsteamanuensis ved universitetet i Bergen, uttrykker problemstillingen i en kronikk kalt «Tannlegestudiet – utdanning på sparebluss». Her stiller Kvalheim spørsmål ved hvordan det har seg slik at landets dårligst betalte tannleger er de som skal sikre tannhelsetjenesten med kvalitet. Er universitetene bevisste nok på denne utviklingen? Kan et uni-

versitet utvikle seg uten disse kompetente forskerne og klinikerne? Vi mener svaret er nei.

Torsdag 15. august publiserte også instituttlederne ved UiT, Mohammed Al-Haroni, Asgeir Bårdsen fra UiB, og dekan ved UiO Tiril Willumsen, en artikkel i Dagens Medisin. De kritiserer at tannlegestudentene må finansiere egen klinisk undervisning. Klinikken, utstyret, fasilitetene og den kliniske praksisen finansieres av universitetene, mens dette ikke er tilfellet for legestudentene, hvor deres praksis ikke er en utgift for universitetet. Tannlegestudiet har utgifter på alle kanter som skal finansieres av pasientene vi selv behandler, mens andre helseprofesjoner derimot finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet. Hvorfor er det slik? Vi mener at det ikke skal være inntjeningen fra studentene som gjør at utdanningen går rundt.

Som tannlegestudent forventer vi tett forskningsbasert klinisk og teoretisk undervisning. Vi er fornøyde med instruktørene som velger å bruke tiden sin på oss – men det er for få av dem. Få instruktører fører til lang ventetid og utbyttet av dyrbar klinikketid blir dårlig. Hvor lenge er pasientene villige til å vente? Når slutter de å møte? Forholdene for pasient, student og ansatte må forbedres. Det må utdannes gode tannleger som man har lyst til å ansette.

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

18. okt	Langesund	Høstkurs Telemark tannlegeforening
19. okt	Oslo	OTF jubileumsball
22. okt	Lillestrøm	Kjeveptopedisk behandling hos voksne, Romerike TF
31. okt–2. nov	Lillestrøm	NTFs landsmøte og Nordental
7.–8. nov	Stiklestad	Årsmøtekurs NTTF
15. nov	Bergen	Medlemsmøte BTF: Protetisk rehabilitering av periodontalt svekkede tannsett
15. nov	Oslo	Heldagskurs OTF – Oralkirurgi
21.–22. nov	Oslo	Høstmøte NKF – Ortho/Perio
22. nov	Molde	Julekurs & julebord Nordmøre og Romsdal tannlegeforening
22.–23. nov	Jølster	Haustmøte, Sogn og Fjordane TF
28. nov	Oslo	Mer er ikke alltid bedre-konferansen 2024
4. des	Nettbasert	Webinar Biomaterialer: Kompositt og bonding
5. des	Bergen	Julemøte BTF
6. des	Haugesund	Julekurs Haugaland TF – «Plast og bonding anno 2024»
16.–17. jan	Bergen	Vestlandsmøtet 2025
24.–25. jan	Oslo	TSF Fellesseminar 2025
27.–28. mars	Trondheim	Midtnorge-møtet 2025

Andre kurs, møter og aktiviteter

17. okt	Nettbasert	Hovedstyremøte
8. nov	Jeløya	Årsmøte Østfold TF
12. nov	Nettbasert	Presidentens time
14.–15. nov	Oslo	Næringspolitisk forum
27.–28. nov	Oslo	Hovedstyremøte
28.–29. nov	Oslo	Forum for tillitsvalgte
10. des	Nettbasert	Presidentens time

TSE-moduler høsten 2024

Modul	Sted	Tid
Modul 7 Restorativ behandling	Rogaland, Stavanger	1. samling: 6.–7. september 2. samling: 18.–19. oktober
Modul 8 Spesielle faglige utfordringer	Arrangeres ikke høsten 2024	
Modul 9 Endodonti	Innlandet, Hamar	1. samling: 5.–6. november 2. samling: 4.–5. desember
Modul 10 Periodontale sykdommer	Østfold	1. samling: 17.–18. oktober, Fredrikstad 2. samling: 8.–9. november, Moss

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



Sykehjelpsordningen

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

www.sykehjelpsordningen.no



NOFs Hatton Award, to priser til Norge

To talentfulle, unge nordiske forskere ble tildelt prisen NOFs Hatton Award under fellesmøtet mellom CED (Continental European Division) og NOF (Nordisk Odontologisk Forening) i Genève, som fant sted 12. – 14. september.

Det var hard konkurranse mellom unge forskere fra i alt åtte nordiske og baltiske land, og i år gikk begge prisene til Norge:

Åshild Johansen: *Induction of Endothelial-like Phenotype of Biobank-Stored Dental Pulp Stem Cells*, UiB

Ingrid Beate Ringstad: *Dry Mouth, Frailty and Polypharmacy in Acutely Ill Older Adults*, UiO

Disse to får nå anledning til å delta i IADRs (International Association for Dental Research) verdensomspennende Hatton Award-konkurranse som finner sted i Barcelona, 25. – 28. juni, 2025.

Under NOFs generalforsamling ble Gunhild Strand takket av som Norges representant i NOF-styret. Marit Øilo ble deretter valgt som ny representant for Norge.



De to prisvinnerne Ingrid Beate Ringstad, UiO og Åshild Johansen, UiB med sine diplom – flankert av NOFs avtroppende styremedlem Gunhild Vesterhus Strand (t.v.) og NOFs president Ælle Voog-Oras fra Estland (t.h.). Foto: Shuntaro Yamada.

« tilbakeblikk

19/24

Avskjed

«Professor E.G. Christiansen er fra 1. september d. a. efter ansøgning meddelt avskjed som professor ved Statens Tandlægeinstitut og bestyrer av proteseavdelingen.

Der blev et øieblik stans i rækkene! Den staute, kraftige næven som slog i bordet! Den uforfærdede seiler som altid styrte like paa, helst naar stormen stod haardest mellem baaer og skjær. Avskjed? Det var merkelig, og det var tidlig

Det har staat sterk strid om Christiansens navn, og dette er han delvis selv skyld i. Han har ikke den smidige, beregnende evne, naar han vilde fremme sin sak. Urædde hug utdelte han omsvøpsfrit og gjerne. Og han fik dem og! Den mere behandskede blev ofte hans uven. Han kunde ofte høres hensynsløs, men var mottakelig for ærlige standpunkter fra motparten, og «hjartat det var gott».

🕒 Personaliaspalten, Tidende nr. 8, oktober 1924

19/74

«Antikk-telefon i original – 24 karat gull

kun kr. 750,-

Er dette noe deres frue, og de selv kanskje også, har vært inne på tanken av?

2 forskjellige tallskiver benyttes: Tallskiver for Oslo-området, samt for hele landet for øvrig.

Leveres komplett med norsk kontakt-plugg for tilkobling til tele-nettet, for daglig bruk hvis ønskelig!

Dette er siste nytt fra Amerika, nu også på kontinentet. Kjempesuksess i Sverige.»

🕒 Annonse i Tidende

20/14

«Hedres for tverrfaglig forskning

Tannlege og forsker, professor Tiril Willumsen er tildelt Akademikerprisen for 2014. Prisen får hun blant annet for forskning på tannlegeskrekk i forbindelse med tortur og overgrep.

Professor Tiril Willumsen mottok Akademikerprisen for 2014 for god tverrfaglig forskning på sammenhengen mellom tannlegeskrekk og overgrep.

Hun er en dyktig forsker med en tverrfaglig tilnærming til forskning på tannhelse og en svært verdig vinner av Akademikerprisen, sier juryleder Curt A. Lier i pressemeldingen fra Akademikerne.»

🕒 Tidende nr. 10, oktober 2014

Trygge barn i Tannbehandling (TBiT)

Trygge Barn i Tannbehandling (TBiT) er utviklet ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter tannhelse Midt (TkMidt) i Trondheim. TBiT er et tverrfaglig behandlingstilbud for barn og ungdom i alderen 8–18 år som ikke mestrer eller har betydelige vansker med å gjennomføre tannbehandling grunnet sterk frykt og angst.

TBiTs fire fokusområder

TBiTs fokusområder er pasientbehandling, kompetanseheving, fagutvikling og forskning. Pasientbehandling og angstbehandling er det primære og det benyttes kognitiv atferdsterapi (CBT) og eksponeringsterapi som behandlingsmetode. Hovedformålet med behandlingen er at denne pasientgruppa skal kunne gjennomføre ordinær tannbehandling og oppleve mestring og kontroll i tannbehandlingssituasjon. Varighet på et behandlingssløp er vanligvis mellom 5–10 behandlingstimer. Dersom det oppstår tannbehandlingsbehov mens pasienten står på venteliste- eller er under behandling i TBiT, ivaretas dette i samarbeid med henvisende tannklinikk. Tannbehandling som er en naturlig del av angstbehandlingen, kan gjennomføres i TBiT, men kun når dette vurderes som god eksponeringstrening for pasienten. TBiT bidrar til viktig kompetanseheving i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), blant annet gjennom kurs og foredrag på felles samlinger i DOT og andre relevante arenaer ved forespørsel. Det sentrale teamet er og tilgjengelige for drøfting av pasientkasus ved behov. TBiT bidrar også med fagutvikling gjennom utarbeidelse av ulike verktøy som filmer, manualer for ulike problemstillinger, apper og en digital verktøykasse. Det siste fokusområdet omhandler forskning som har som

mål om å kvalitetssikre behandlingstilbudet for å avklare faktisk effekt av ulike behandlingstiltak.

Organisering av TBiT

TBiT består av et «Sentralt TBiT-team» og et eller flere «Desentraliserte TBiT team». Det sentrale TBiT teamet har det overordnede ansvaret for tilbudet i fylket. Sentralt TBiT-team består per i dag av psykolog, administrativ ressurs, tannpleier og spesialist i pedodonti. Dette teamet fungerer som henvisningsmottak, opplæringsteam og står for fagutvikling og forskning i samarbeid med andre nasjonale sentrale team. Det sentrale teamet behandler i hovedsak de mest komplekse pasientene.

Det er de «Desentraliserte TBiT-teamene» som i hovedsak gjennomfører angstbehandling på de lokale tannklinikene under månedlig veiledning av psykolog og spesialist fra sentralisert team. Behandlingsløpet gjennomføres i sin helhet på offentlige tannklinikker der barnet bor. Per i dag kan offentlige tannklinikker og Statens barnehus henvise til TBiT, og det tilstrebes en maksimal ventetid på 3 måneder fra mottatt henvisning til behandlingsoppstart. I 2024 ble det opprettet et nasjonalt samarbeid hvor fylker interessert i å etablere TBiT er involvert. Interessen for TBiT har vært stor, hovedformålet med samarbeidet er å opprette en felles

plattform for deling av ressurser, kunnskap og erfaringer.

TBiT som tidlig intervensjon mot ungt utenforskap

TBiT kan sammenliknes med det godt etablerte TOO- tilbudet i alle landets fylker. TBiT er imidlertid noe mindre omfattende og for de under 18 år som per i dag ikke har et organisert nasjonalt tilbud. Det er viktig å etablere et nasjonalt likeverdig tilbud til barne- og ungdomspasientene som av ulike grunner ikke mestrer-, eller synes det er problematisk å gjennomføre tannbehandling. Forskning viser at iverksettelse av tiltak rettet mot barn og unge med tannbehandlingsvansker kan bidra til å forhindre at denne gruppen havner utenfor det sosiale felleskapet. Barns munn- og tannhelse er en viktig del av barnets generelle helse, trivsel og velvære. Flere studier viser at det er en tydelig sammenheng mellom dårlig munnhelse og sosialt utenforskap da dårlig munnhelse ofte er forbundet med skam og stigmatisering. Det er sannsynlig at en tidlig intervensjon som TBiT vil kunne bidra til å bedre barnets livskvalitet. I tillegg vil intervensjon på et tidlig tidspunkt være kostnadsbesparende for samfunnet da det kan forhindre utvikling av fremtidig psykisk uelse.

I Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for tannbehandling til barn



og unge i alderen 0 – 20 år beskrives TBIT som et eksempel på en ressurs for forebygging av tannbehandlingsangst. Retningslinjene er som kjent normerende. Dette medfører at DOT i alle landets fylker bør inkludere en ressurs for å fange opp denne pasientgruppen som av ulike grunner ikke mester tannbehandlingssituasjonen. Et viktig argument er at

denne gruppen er definert som barn, og derfor ikke kan forventes å ivareta seg selv. Dette er også forankret i lov gjennom FNs Barnekonvensjon. I tillegg må det påpekes at nåværende regjering har forpliktet seg til å følge opp «EUs Missions 2030». Denne har som mål at innen 2030 skal flere barn og unge være inkludert i utdanning, arbeid og

samfunnsliv. Her vurderer vi TBIT som et viktig og nødvendig bidrag for å ivareta barn og unges munn- og tannhelse, og forhindre ungt utenforskap.

<https://www.khrono.no/darlig-munn-helse-kan-fore-til-ung-utenfor-skap/811281>

For ytterligere informasjon, se tbitinfo.no

Det 50. årsmøtet i den Skandinaviske forening for oral patologi og oral medisin (SFOPOM)

 **DIPAK SAPKOTA OG TINE SØLAND**

Det 50. årsmøtet i SFOPOM ble avholdt i Oslo 21.-23. august. Møtet ble arrangert av førsteamanuensis Tine Søland, professor Dipak Sapkota, videreutdanningskandidat Maren Solhaug, overingeniører Olaf Schreurs og Evan Vallenari samt professor emeritus Tore Solheim, alle ved Institutt for oral biologi (IOB), Universitetet i Oslo (UiO).

På møtet deltok oralpatologer, stipendiater og andre interesserte fra Sverige, Finland, Danmark og Norge. Totalt var det 34 påmeldte. Temaet for årets møte var: «Oral pathological conditions in children and adolescents».

Møtet ble innledet med forelesninger av førsteamanuensis og spesialist i barnetannpleie, Ingvild Brusevold (Institutt for Klinisk Odontologi, UiO) og overlege i patologi ved Rikshospitalet Helga Isaksdottir, etterfulgt av snittseminar med 12 kasus relatert til årets tema. Det ble også holdt et «Open slide seminar» hvor seks ulike kasus og problemstillinger ble demonstrert. Deler av møtet var viet til forskning og forskningsresultater. Vi mottok

seks abstracts, to fra Finland og fire fra Norge.

Stipendiat Bishwa Prakash Battarai fra UiO: «Prognostic markers in oral leukoplakia».

Tine Søland fra IOB: «Odontogenic tumors in Sweden, Norway, Finland, and Denmark». Dette er et samarbeidsprosjekt mellom oralpatologer i SFOPOM og hvor Søland er prosjektleder.

Stipendiat Hanne Borge ved Universitetet i Bergen: «Investigation of minor salivary glands from Sjögren's syndrome patients in a spatial context using Hyperion Imaging Mass Cytometry™».

Forsker Ardita Aliko fra Bivirkningsgruppen for dentale materialer, Bergen: «Reported adverse reactions to dental biomaterials in children and adolescents».

Postdoktor Meri Torri fra Universitetet i Helsinki: «The prognostic value of tumor-infiltrating lymphocytes in head and neck squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis».

Stipendiat Ella Brandt fra Universitetet i Helsinki: «Induction of collagenolytic



MMP-8 and -9 cascade by head and neck carcinoma radiotherapy».

En diskusjon rundt muligheten for flere felles forskningsprosjekt innen SFOPOM ble ledet av Dipak Sapkota. Årets Pindborgforelesning ble holdt av professor emeritus og rettsodontolog Håkan Mörnstad fra Sverige.

Generalforsamlingen den 23/8 ble ledet av Tine Søland. Universitetslektor Jaana Willberg fra Universitetet i Turku, Finland er foreningens president til neste årsmøte, som skal holdes i Turku, Finland den 20.-22. august 2025.

Tannlege-NM i golf 2024

 **KAREN WANDA FREDRIKSEN**

Den siste solfylte helgen i august gikk årets golfturnering for tannlegebransjen av stabelen. Samtidig markerte turneringen 30-års jubileum, og nesten 40 golfentusiaster var samlet i Kragerø fra 31. august – 1. september.

Første dag var det individuell turnering. Her er det delt inn i fire klasser. Herreklassen er videre delt i to: slagkonkurranse og stableford. Damene spiller stableford. Det er i tillegg en egen stablefordklasse for sponsorer, ledsagere og resten av tannhelseteamet.

Til tross for varierende spill på en vanskelig bane, var humøret strålende hos samtlige deltakere.

Søndagen var det klart for tomanns scrambleturnering, med Texas scramble-spill.

Martin Hoftvedt stakk i år av med vandrepokalen i slagturneringen. Olga Majeva vant kvinneklassen, herrenes stablefordklasse vant Steinar Osmundsen, mens Peter A. Christoffersen vant ledsager-/sponsorklassen.

I år holdt vi også årsmøte, hvor det ble bestemt at turneringen skal finne sted



Foto: privat.

den siste helgen i august. Neste års turneringsdatoer er 29.-31.august.

Dette er en avslappet turnering, hvor det sosiale er det viktigste. Her kan man bli kjent med kolleger fra hele landet, og

vi håper at vi kan samle enda flere golfspillende tannleger neste år.

Følg med på vår Facebook-gruppe Tannlegegolf, for videre detaljer.

 **TGS**
TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



tidende

Frister og utgivelsesplan 2024

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
10	12. september	17. september	17. oktober
11	10. oktober	15. oktober	14. november
12	7. november	12. november	12. desember

Frister og utgivelsesplan 2025

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	3. desember '24	9. desember '24	16. januar
2	10. januar	14. januar	13. februar
3	7. februar	11. februar	13. mars
4	7. mars	11. mars	10. april
5	1. april	4. april	15. mai
6–7	5. mai	12. mai	12. juni
8	5. juni	10. juni	14. august
9	15. august	19. august	18. september
10	12. september	16. september	16. oktober
11	10. oktober	14. oktober	13. november
12	7. november	11. november	11. desember

STILLING LEDIG

KJEVEORTOPED SØKES TIL ATTRAKTIV PRAKSIS I HALDEN

Vi søker en kjeveortoped i 100% stilling til vår veletablerte kjeveortopediske avdeling i Halden Tannhelsesenter AS.

Praksisen ligger i et område med stort pasientgrunnlag. Stillingen har stort potensiale både faglig og økonomisk- og du blir en viktig del av teamet som pr i dag består av 7 tannleger.

Du må ha norsk autorisasjon som tannlege og god muntlig og skriftlig norskkunnskap. Du liker å jobbe i team og mestrer digitale verktøy. Vi foretrekker søkere med erfaring, men oppfordrer alle interesserte til å søke. Vårt fokus er høy faglig kvalitet og personlig egnethet vektlegges. Se også: www.haldentannhelsesenter.no.

CV og søknad kan sendes til epost: oskar@haldentannhelsesenter.no

HALDEN  TANNHELSESENTER AS



**Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?
Da er Tannhelse Rogaland noe for deg.**

Ledige stillinger er annonsert på tannhelseerogaland.no



Torget tannlegesenter i Drammen sentrum søker spesialist i endodonti

Vi er et moderne tannlegesenter midt i hjertet av Drammen sentrum som er et område med stort pasientgrunnlag og solid henviser base. Vi søker en spesialist i endodonti med god arbeidskapasitet og som kan bidra til et godt arbeidsmiljø 1 - 3 dager i uken, dette kan diskuteres nærmere Torget tannlegesenter, en del av OC tannklinikker består av tre allmenntannleger, en tannpleier og fire tannhelsesekretærer i et dynamisk og inkluderende arbeidsmiljø. Behandlingsrommet står klart 1 -3 dager i uken med Anthos unit med takmontert mikroskop. I tillegg har vi CBCT/OPG og avtale med radiolog.

Kontaktinfo: Klinikkleder Helene B. Karlsen, tlf. 99427008

Mail: helene.karlsen@torgettannlegesenter.no



TORGET TANNLEGESENTER
EN DEL AV OC TANNKLINIKKER



Meget attraktiv tannlegestilling Ålesund

Vi søker en ny tannlege på fulltid til vår travle og trivelige praksis, med moderne og lyse lokaler i Ålesund sentrum. Deltid kan også vurderes for rett kandidat. Stillingen vil ta over en meget stor og etablert pasientliste.

Klinikken er fullt utstyrt, 3 behandlingsrom, samt 2 tannhelsesekretærer. Vi har et veldig godt faglig og sosialt arbeidsmiljø.

Nøkkelegenskaper vi vektlegger er kvalitetsbevisst, positiv, faglig interessert og engasjert. Det er svært gode betingelser for den riktige kandidaten. Søkere må beherske norsk muntlig og skriftlig flytende, og ha norsk autorisasjon. Minimum 2 års erfaring ønskelig.

For spørsmål ta kontakt på 90205917.
Søknad + CV sendes til post@tannlegesenter.as

KJØP OG SALG

HØYT OG HERLIG PÅ HOVDEN I SETESDAL ETABLERT OG SOLID PRIVATPRAKSIS PÅ HOVDEN VURDERES SOLGT

<https://www.hovdentannklinikk.no/>

Moderne utstyrt klinikk med to fullverdige behandlingsrom og resepsjon med tilhørende utstyr i Hovdetun senteret.
OPG OPUS journalsystem
Godt pasientgrunnlag

Kontakt DL Eirin Benestad for mer info
Henvendelse pr tlf: 92401777 eller mail: eirinbenestad@hotmail.com

ØNSKER Å KJØPE

en fungerende Digora Optime scanner, fortrinnsvis i Bergens-området.

Kontakt meg gjerne på mob.nr. 92465617.
Mvh. Tannlege Bjørg Neverdal

BØ I VESTERÅLEN

Privatpraksis med godt pasientgrunnlag ønskes solgt pga pensjonering.

Mentorordning kan gjerne avtales i oppstartsfasen.

Interesserte kan henvende seg enten per mail, svein.martinussen@vkbb.no eller telefon 47015942

TANNLEGEPRAKSIS OSLO SENTRUM

Selges pga oppnådd pensjonsalder. En unit, Nextsys data, felles venterom med kollega. Takst fra OTF takseringsutvalg foreligger.

Gunstig beliggenhet nær alle typer offentlig kommunikasjon.

Henvendelse mob tlf 915 72 077

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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

#whnordic



wh.com



Lisa mini

For deg som vil ha noen instrumenter raskere enn andre

NYHET



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

lisa MINI