

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGENS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
132. ÅRGANG · #8 · 2022



NY OG FORBEDRET!

ScanOrder

- Nå med full lagerstyring

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

Ønsker du tilgang til Lagerstyring i din ScanOrder?

Ta kontakt med oss , vi hjelper deg i gang!



Spar tid med Scann og bestill

- rask, enkel og effektiv varebestilling



NYHET! Full Lagerstyring

- gir deg fullstendig kontroll og oversikt over din beholdning, bestillinger og restordre.



NYHET! Enkel, tidsbesparende varetelling

- varetellingsfunksjon som gir deg komplette lister rett i mailboksen, klar for din regnskapsfører.



Frivillig bokssystem

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



Er du interessert i ScanOrder?

Ta kontakt med oss, vi hjelper deg i gang!

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

609–700



666



648

610 Siste nytt først**613** Leder

Hva er samfunnsproblemet?

615 Presidenten har ordet

Fremtiden er nå

616 Vitenskapelige artikler

616 Linda Stein, Therese Bondø, Erika Hauglid Endresen og Tiril Berggren: Tannhelsetjenester i norske fengsler. En spørreundersøkelse blant fengselsansatte og fengselstannleger

626 Mariann Saanum Hauge, Bent Stora, Olav Vassend, Asle Hoffart og Tiril Willumsen: Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi versus «Fire gode vaner»/bruk av midazolam. En randomisert kontrollert studie av behandling av tannbehandlingsangst i primær tannhelsetjeneste

640 Aktuelt fag

640 Lars Björkman: Kostnadseffektivt å fjerne amalgam-fyllinger hos pasienter med helseplager de mistenkte var påvirket av amalgam

642 Doktorgrad

642 Lars Martin Berg: Apnéskinner som alternativ til kontinuerlig luftveisovertrykk ved ikke-alvorlig obstruktiv søvnapné

645 Bivirkningsskjema**648** Aktuelt

648 Nye satsinger i Bergen

653 Utrettelig til tjeneste

657 Samfunnsodontologisk forum 2022: Tannhelsetjenesten i dag og i morgen

662 NIOM 50 år: 1972–2022: Tester, lister, forskning og informasjon

665 NIOMs 50-årsjubileum ble feiret med et fagprogram med foredragsholdere fra hele Norden.

666 Kommentar og debatt

666 Kommentar til artikkelen Munnhelse i sykehjem – en undersøkelse gjort i Akershus (Janicke C. Liaaen Jensen)

667 Svar til Janicke Liaaen Jensen: Tannhelse blant beboere på institusjon, speiltesten og dens finurligheter

669 Fra NTF

670 Mange meninger om fremtidens tannhelsetjeneste. Forum for tillitsvalgte 2022

673 NOAT møte

674 Tilbake i Tromsø! NTFs midnattssolsymposium 2022

676 NTFs digitale fagdag

678 LM 2022

680 Obligatorisk etterutdanning

681 Høstens Presidentens time

682 Arbeidsliv: «Hygienetillegg» i samarbeidskontrakter mellom tannleger

684 Oversikt over kollegahjelpere

685 Spør advokaten: Har ansatte rett til fri på sine religiøse helligdager?

687 Snakk om etikk: Plikt til å varsle

688 Kurs- og aktivitetskalender

690 Notabene

690 Tilbakeblikk

690 Personalia

693 Kunngjøring

693 Kunngjøring om opptak til spesialistutdanning i odontologi 2022 med studiestart høsten 2023

694 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Mye skjermtid kan gjøre barn tilfredse



Foto: iStock.com

I motsetning til hva mange frykter, er norske barns tid foran skjermen forbundet med god livskvalitet, skriver Universitetet i Oslo.

– Vi finner faktisk det motsatte, nemlig en positiv sammenheng mellom unges selvrapporterte livskvalitet og tiden de bruker på nett, sier Niamh Ní Bhroin, medieforsker ved Universitetet i Oslo.

Ní Bhroin deltar sammen med Elisabeth Staksrud, professor i medievitenskap ved UiO, i det europeiske forskningsprosjektet «Youth Skills».

Norske barn og unge bruker mest tid på nett i Europa. Samtidig skårer de høyest på hvor tilfredse de selv er med livet. Dette kom fram i undersøkelsen EU Kids online fra 2018, og er utgangspunktet for den nye studien. I analysen, som er publisert i tidsskriftet *New Media & Society*, ser Ní Bhroin og kollegene nærmere på hvordan tid brukt på nett henger sammen med hvordan barn og unge selv opplever at de har det.

De ser både på hvorvidt tid brukt på nett påvirker livskvaliteten, og på hvilke faktorer som endrer forholdet mellom de to tingene. Her er hva barna bruker tid på på nett, men også sosiale forhold, som familie, skole og sosioøkonomisk status, tatt med. Forskerne har justert for faktorer som alder og kjønn, og ser på faktorer som atferd på nett, bruk av sosiale medier og spill, men også sosiale forhold, som familie, skole og sosioøkonomisk status. Så undersøker de hvordan disse faktorene kan påvirke barns livstilfredshet – sett sammen med tiden barna bruker på nett. Dette har forskere i liten grad gjort tidligere.

1001 barn og unge mellom 9 og 16 år ble intervjuet.

Resultatene tyder på at forhold i familien, for eksempel om man har strenge regler rundt skjermtid, eller om man bruker tid på å legge til rette for og snakke om hvordan barna bruker digitale medier, påvirker livskvalitet.

– Funnene våre tyder på at for barn og unge som har en støttende familie- og skolekontekst, er mye skjermtid positivt, heller enn negativt, for god livskvalitet, sier Ní Bhroin.

Så hvordan kan det ha seg at den omstridte skjermtiden ikke er så skadelig for barn og unge som mange frykter?

– Vi tror dette handler om at «skjermtid» ofte er brukt som et samlebegrep for det barn og unge gjør på nett. Siden bruk av digitale medier er såpass integrert i barn og unges hverdag rommer dette egentlig ganske mye, påpeker Ní Bhroin, og legger til at digitale verktøy blant annet brukes til å kommunisere med venner og familie.

– Fra tidligere forskning vet vi at graden av mediepåvirkning i ulike situasjoner henger sammen med flere andre ting, som personlighet, holdninger, sosiale forhold og kognitivt og følelsesmessig utviklingsnivå, sier Elisabeth Staksrud.

– Det betyr at man kan reagere ulikt på det samme innholdet.

Hun mener det er grunn til å tro at dette også gjelder for nettbruk. I Youth Skills-prosjektet er ett av målene å finne ut hva som gjør deg sårbar på nett, og hvilke ferdigheter som kan redusere slik sårbarhet.

– Får du negative erfaringer på nett, for eksempel i forbindelse med uønsket seksuell kommunikasjon, kan dette være med å redusere livskvaliteten din, forklarer hun.

– Men kanskje er det måter å håndtere dette på som kan redusere risiko for skade. Derfor trenger vi finne ut mer om slike mekanismer.

Hvem som er mest utsatt for slike opplevelser, og hvordan de kan bli mindre sårbare, er nå viktige forskningsspørsmål.

– Én av de tingene vi håper på, er å finne ut mer om hvordan barn og unge forstår og utvikler digital kompetanse, sier Staksrud.

– Det er ikke full enighet om hva digital kompetanse er, men det blir ofte forstått som tekniske ferdigheter. Vi forskere trenger å stille kritiske spørsmål rundt

dette. Vi undersøker derfor dette fenomenet i bred forstand, og kanskje vil vi se at det handler om helt andre ting i tillegg, som for eksempel sosial kompetanse og psykisk motstandsdyktighet.

REFERANSE

Tijana Milosevic, Tijana Milosevic mfl.: Time spent online and children's self-reported life satisfaction in Norway: The socio-ecological perspective. *New Media & Society*, 2022. [Doi.org/10.1177/14614448221082651](https://doi.org/10.1177/14614448221082651)

Vegetarianarar et ikkje nok frukt og grønt



Foto: iStock.com

Halvparten av dei som følgjer ein plantebasert diett, et mindre fullkorn, frukt og grønnsaker enn styresmaktene anbefaler.

Det viser ei ny undersøkning om matvanar blant 808 deltakarar som held seg til plantebaserte diettar, skriv Universitetet i Agder og forskning.no.

– Berre halvparten av deltakarane i vår studie rapporterte at dei et frukt kvar dag. 75 prosent svarte at dei et grønnsaker kvar dag, og 25 prosent svarte at dei et produkt med fullkorn dagleg, seier Synne Grouff-Jacobsen.

Ho er doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Agder (UiA), Institutt for ernæring og folkehelse, og har gjennomført studien i samarbeid med forskarar frå OsloMet.

– Studien konkluderer med at dei som har delteke i spørjeundersøkinga, et mindre frukt, grønnsaker og fullkornprodukt, og kan hende få i seg meir sukker enn det som er anbefalt i norske kosthaldsråd, seier forskaren. En liten del av utvalet ser ut til å få i seg meir sukker enn anbefalt. Halvparten rapporterer at dei et søtsaker og salthaldig snacks kvar veke. 10 prosent rapporterte dagleg konsum av drikke med sukker.

– Funna overraskar oss, og det er behov for å følgje opp med nye studiar, seier Groufh-Jacobsen.

Ho legg til at det er viktig å minne om at det er brei semje blant fagfolka om at eit vegetarisk kosthald er tilstrekkeleg i alle fasar av livet, men det forutset at kosthaldet dekkjer dei behova kroppen har for næringsrik mat.

Den nye studien er gjennomført som ei spørjeundersøking via nettet. Blant deltakarane var 530 kvinner og 278 menn. Dei har rapport om kosthaldsvanar, eiga helse og motivasjonen for å følgje plantebaserte diettar.

– Klimaomsyn, helse og dyrevelferd viser seg å vere dei viktigaste motivasjonsfaktorene for å følgje ein plantebasert diett, seier forskaren.

REFERANSAR

Synne Groufh-Jacobsen mfl: Dietary Habits and Self-Reported Health Measures Among Norwegian Adults Adhering to Plant-Based Diets. Front. Nutr., 2022.

Synne Groufh-Jacobsen mfl: Vegans, Vegetarians and Pescatarians Are at Risk of Iodine Deficiency in Norway. Nutrients, 2020.

Klar forventning om involvering



Foto: Akademikerne

Pensjonsutvalget foreslår at aldersgrensen for pensjon bør oppheves og erstattes med et system der grensen heves i takt med økt

levealder. Akademikerne forventer at partene i arbeidslivet involveres i det videre arbeidet med fremtidens pensjonssystem.

– Pensjon er et stort og viktig tema for dagens arbeidstakere. Derfor mener vi at det er helt nødvendig at hovedorganisasjonene involveres i den videre oppfølgingen av Pensjonsutvalgets rapport, sier Lise Lyngsnes Randeberg, konstituert leder i Akademikerne.

I 2030 vil det for første gang være flere eldre enn barn i Norge, og vi lever stadig lengre. I 2020 var forventet levealder i Norge 84,9 år for kvinner og 81,5 år for menn (FHI). Dette betyr både økte utgifter til helse- og omsorgstjenester, og økte pensjonsutgifter.

I 2011 la Stoltenberg-regjeringen frem pensjonsreformen, som blant annet skulle hindre en dramatisk økning i pensjonsutgifter i folketrygden som følge av at vi stadig lever lengre i dette landet.

Det er to år siden daværende regjering bestilte rapporten som ble lagt frem 16. juni i år.

– Regjeringen må søke bred, tverrpolitisk enighet for å sikre et mer bærekraftig pensjonssystem. Vi må både utnytte de eldres kompetanse og egenskaper, og hindre at vi utarmer statskassa med unødvendige pensjonsutgifter, sier Lise Lyngsnes Randeberg, konstituert leder i Akademikerne.

Utvalgets oppgave var å evaluere pensjonsreformen, og sentralt står de enorme utfordringene det norske samfunnet står overfor med en stadig eldre befolkning. Akademikerne mener det er viktig at man gjør mindre justeringer ved behov, ikke store brå endringer.

– I dag er faktisk insentivene for å stå lenge i arbeid svakere enn da pensjonsre-

formen trådte i kraft i 2011, kommenterer Randeberg.

– I dag harmonerer rett og slett ikke systemet med den kraftige økningen i levealder. De som ønsker og kan jobbe lengre bør kunne gjøre det, og det må også lønne seg.

Utvalget foreslår nettopp at aldersgrensen for pensjon bør oppheves og erstattes med et system der grensen heves i takt med økt levealder.

Mange pensjonister kunne stått lengre i arbeid. Akademikerne mener det er synd at deres livslange erfaringer og kompetanse ikke utnyttes bedre i dag.

– Vi er derfor glade for at utvalget foreslår å øke pensjonsalderen. Tiden er også overmoden for justering av aldersgrenser for stillingsvern, og det haster mest i offentlig sektor.

Når pensjonsalderen økes, må også aldersgrensen på andre ytelser økes.

– Når folk skal stå lengre i arbeid må vi også sørge for at sikkerhetsnettet, som for eksempel sykepenger og dagpenger, følger med, uavhengig av hvor gamle folk er. Det er bra at utvalget foreslår dette. Opplegget utvalget foreslår for å gjennomføre endringene vil ta lang tid før det får reell effekt. Her må man se på bedre løsninger, sier Randeberg.

**Klokka 0000
på utgivelsesdato**
www.tannlegetidende.no

maxfac DENTAL – vi gjør implantat-Norge billigere!



Fra kr 495

- Resorberbar kollagenmembran
- 100% hydrokspyapatitt
- Utmerket volumstabilitet



Fra kr 890

- Kollagenmembran
- Ca 4 mnd resorpsjonstid



Fra kr 1.995

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

OSSTEM
Verdens 6. største implantatprodusent

3,89%
Oljefondets eierandel i Osstem

Bli med på

Proteketdagen nær deg 1. september kl. 17.00

For mer informasjon og påmelding,
skann QR-koden:





FORSIDEILLUSTRASJON

@heiaklubben / Helene Brox

REDAKSJON

Ansvarlig redaktør:

Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:

Nils Roar Gjerdet

Jørn Arne Aas

Redaksjonssjef:

Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:

Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten Enersen,

Jostein Grytten, Anne M. Gussgard, Anne Christine

Johannesen, Sigbjørn Løes, Nina J. Wang,

Marit Øilo

Redaksjonskomité:

Malin Jonsson, Anne Rønneberg, Anders Godberg,

Kristin S. Klock, Odd Bjørn Lutnæs

ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 300,-

ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,

Tlf: 977 58 127

e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Christiania torv 5, 0158 Oslo

PB 2073, Vika, 0125 Oslo

Tlf: 22 54 74 00

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no

www.tannlegetidende.no

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 7000, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: 07 Media

Grafisk design: 07 Media

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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG



TRYKT I
NORGE
NO. 1470



Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT



ALLTID TRYKKET
07 MEDIA - 2041 0201

Hva er samfunnsproblemet?



Foto: Kristin Wiberg

Det er snart høst og studiestart. Av de som er kommet inn på odontologistudiet ved de tre norske lærestedene er bare så vidt over 20 prosent menn og rett under 80 prosent kvinner. Et samfunnsproblem, sier Akademikerne, om den store kvinneandelen på de lange helseutdanningene, medisin, psykologi og odontologi. Fordi du og jeg i fremtiden ikke vil kunne velge hvilket kjønn behandleren vår skal ha.

Er det dét som er samfunnsproblemet?

Er det ikke heller det at gutter ikke gjør det like godt på skolen som jenter, og konsekvensene av det, som er problemet? At gutter sakker akterut allerede de første skoleårene. At skolen er bedre tilpasset jenter enn gutter. At langt færre gutter enn jenter fullfører videregående skole, og at gutter som fullfører oppnår dårligere resultater og taper i konkurransen om studieplassene.

Det er dette diskusjonen handler om. Fra tid til annen, og nå igjen – blant annet i Dagsnytt 18 den 3. august – i forbindelse med tallene fra Samordna opptak, som viser hvem som er kommet inn på høyere utdanning høsten 2022.

Den ene debattanten tar til orde for at nå skal det være guttas tur, i betydningen sett inn tiltak nå, fremfor å vente 20-30 år når problemet har vokst seg større. Mens den andre debattanten sier noe om at det ikke kan bli guttas tur før styrerommene i næringslivet har fått større kvinnerepresentasjon.

Jeg er enig med førstnevnte. Jeg tror det er på høy tid med tiltak, før konsekvensene av en skole som passer bedre for jenter enn gutter blir for store.

Og det skal ikke være guttas tur i stedet for jentenes. Det skal være alles tur. Gutter og jenter skal trives, lykkes og gis muligheter. Dét synes alle å være enige om. Hvordan det gjøres er det ikke like stor enighet om.

Og nå i høst begynner nye små folk på skolen, uten at noe er endret. Jeg får prøve å ikke tenke så mye på det.

Det er nok av andre ting, som jeg også kan la være å tenke på hele tiden.

Det som er fint er å komme tilbake etter en lang ferie og møte folkene mine igjen, og høre og fortelle om sommerferiens opplevelser og prøvelser. Kolleger, naboer, venner og familiemedlemmer jeg ikke har feriert med dukker opp på nytt.

Og etter en kortere eller lengre avkobling fra jobbens, studiets, skolens og tilværelsens mange oppgaver og hverdagslige rutiner, er vi mer eller mindre klare til å ta fatt på nytt. Kanskje med litt startvansker, fordi vi har vært så til de grader koblet fra.

Jeg trives i denne fasen. Uthvilt, og litt desorientert. Husker ikke helt hvordan det var med det ene og det andre. Noen kaller det ferieløshet, og sier at det er nesten farlig å komme så til de grader ut av ting. Jeg er ikke redd for det. Jeg liker det faktisk veldig godt, og er tilbøyelig til å tro at det er sunt.

I denne utgaven av Tidende gir vi våre forhåpentligvis uthvilte og kanskje kunnskaps-hungrige lesere en solid dose faglig påfyll, med to vitenskapelige artikler, som begge blant annet tar for seg sider ved tannbehandlingsangst.

I tillegg har vi møtt lederen ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen, som har nytt å fortelle fra det lærestedet. Blant mye annet lesestoff.

Det er bare å komme seg ut av feriedvalen, egentlig.

Pasientene dukker vel også opp, en etter en. Det nytter ikke å feriere lenger, da.

God høst, da, dere. Med friskt mot. Håper jeg.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør

Klinisk relevante kurs for hele tannhelseteamet

Læring tilpasset dine behov

Ønsker du og dine kollegaer å heve kompetansen på odontologiske materialer og andre tannhelserelaterte temaer? Som et ledd i NIOMs arbeid for bruk av trygge og velfungerende tannbehandlingsmaterialer, tilbyr vi kurs til tannhelseteamet. Vi har kurspakker som styrker hele teamet, uavhengig av bakgrunnskunnskap. Kursene er spesifikt rettet til de ulike faggruppene: tannleger, tannteknikere, tannpleiere og tannhelsesekretærer.

Alle kursene gir tellende timer i Den norske tannlegeforeningens obligatoriske etterutdanning.

Kursene tilpasses ønsket lengde og målgruppe. Passer det med en kort innføring eller ønsker dere en grundig fordypning? Vi leverer både nettbasert læring og fysiske kurs på ønsket sted.

Om NIOM

Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer er et uavhengig nordisk test- og forskningscenter innen dentale materialer. NIOM jobber for trygge og varige dentale materialer, med fokus på pasientsikkerhet. Med moderne laboratorier, 30 ansatte og et tverrfaglig miljø, dekker instituttet de fleste disipliner innen dental materialforskning. NIOM tar imot gjesteforskere hvert år, og holder til i Sognsveien i Oslo.

Påmelding

For mer informasjon om innhold og pris, ta kontakt via vår e-post: kurs@niom.no, eller les mer på kurssiden: www.niom.no/courses.

Kurs vi tilbyr:

- Dentale erosjoner
- Dental zirkonia
- Protetikk med keramer
- Det orale mikrobiomet
- Minimally invasive dentistry
- Reparasjon av fyllinger
- Behandling av dyp karies
- Rettsodontologi
- Toksikologi og dentale biomaterialer
- Misfarging og tannbleking
- Fremtidens fyllingsmaterialer
- Regulatoriske krav til dentale materialer

Fremtiden er nå

Jeg var i ungdomsårene den gang Tannhelsetjenesteloven ble vedtatt. I 1984 hørte jeg Alphaville, Depeche Mode og Van Halen toppe hitlistene på svenske Poporama, og jeg tok opp musikken fra radio på kasset. Jeg gikk på Strupe ungdomsskole i Halden, hvor alle skvatt da tannlegesøstera kom inn i klasserommet og ropte navnet ditt. Jeg var ikke redd, tror jeg, men jeg gledet meg ikke til å borre. For hull var det på den tiden, og jeg var intet unntak. Det var bare én i klassen som ikke hadde hull. Hun bodde på gård og hadde brønnvann.

1984 er lenge siden. Siden den gang har kunnskapsnivået, kompetansenivået, kjøpekraften og helsen økt betydelig i Norge. Tannhelsen har bedret seg vesentlig. Vi er blant verdens aller beste land å bo i. Hvorfor skal vi da endre noe som fungerer? Hvorfor sier vi ikke lenger at tannhelsetjenesten er en suksesshistorie?

Munnhelse er noe mer enn tannhelse, og det er mye mer enn karies. Tannlegene forteller at på åttitallet hadde de nesten bare tid til kariesbehandling. I dag er kariesforekomsten betydelig mindre, selv om den fortsatt er svært høy i utsatte grupper. Det er verdt å minne om at kariesforekomsten er lav som følge av det gode forebyggende arbeidet som har vært utført av tannleger og tannpleiere over mange år, en viss politisk bevissthet og villighet til å se på sukker i kostholdet, men kanskje aller mest innføringen av fluorider i munnhygien. De endrede kostholdsvanene under pandemien og rapportene fra Sverige om en viss økning i kariesforekomst viser kanskje sårbarheten også når det gjelder karies. I tillegg til dette er det kommet rapporter som viser negativ periodontittutvikling under pandemien. Dette forteller meg at forebyggende arbeid og behandling og oppfølging av sykdom fortsatt er viktig.

I kommunal- og spesialisthelsetjenesten er det ingen helsegrupper som tar ansvaret for munnhulen. Riktignok er det enkelte som gjør en innsats på dette området, men min opplevelse fra mange år i sykehus er at alle forventer at dette ordner tannlegen. Er vi det ansvaret bevisst? Er vi klare til å være hele munnhulens spesialister? Eller henger vi igjen på at vi først og fremst er operatørene? Er vi de som reparerer tapt



Foto: Kristin Aknes.

tann- (og ben)substans, tapte tenner og reduserte smil? Eller er vi munnhulediagnostikere? Jeg mener og tror at vi er alt dette. Tannlegen er munnhulens ekspert.

Rett før sommerferien fikk NTF det som vi ville. Regjeringen setter nå ned et utvalg som skal se på fremtidens tannhelsetjeneste. Mandatet er fortsatt ukjent idet dette skrives. NTF har kjempet for å få dette til, fordi vi ser at det er et stort forbedringspotensial i tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) arbeider utfra et lovverk som ble gitt i 1984. Siden den tid har samfunnet og resten av helse- og omsorgstjenesten utviklet seg mye. Min mening er at dagens lovverk ikke er tilpasset denne utviklingen. Vi må ha en ny lov som fremmer de gruppene i dagens samfunn som trenger det mest. Det samme mener jeg om Folketryktdloven. Innenfor munnhelse treffer ikke denne loven alle grupper som har et særskilt behov. Loven er i tillegg for komplisert og fører fortsatt til misforståelser, selv blant tannleger og tannpleiere. Totalt sett er lovverket for vanskelig å forstå. Lederen for psykiaterne sa det treffende: Når ikke jeg som lege klarer å forstå rettighetene til mine pasienter innenfor tannhelsefeltet, hvordan skal da pasientene forstå det?

Fremtidens tannhelsetjeneste formes nå. Hvordan skal tjenesten være organisert? Hvordan skal den være finansiert? Hvordan skal den store private sektoren bidra i dette bildet? Skal pengene følge pasienten? Hvordan skal vi sikre sosial ulikhet? Hvordan skal vi sørge for at munnhulen blir en del av kroppen? Hvilke konsekvenser får det? Hva med utdanningen? Forskingen? Spørsmålene er mange, og heldigvis har NTF allerede påbegynt denne prosessen selv i påvente av at regjeringen skulle komme på banen. Hovedstyret og Forum for tillitsvalgte har allerede arbeidet med mange av disse spørsmålene. I tillegg har NTF etablert et samfunnsodontologisk nettverk som vil løfte mange av disse problemstillingene. Vi skal fortsette å jobbe med disse prosessene både innad i NTF og i utvalget, hvor vi selvsagt skal være med. DU som medlem inviteres herved også til å bli med. Det er din fremtid som tannlege som skal i støpeskjeen, og det er nå det skjer. Fremtiden er nå!

Vi må ha en ny lov som fremmer de gruppene i dagens samfunn som trenger det mest.

HOVEDBUDSKAP

- Akutt behandling opptar mesteparten av arbeidsbyrden for tannleger i fengsler
- Tannbehandlingsangst er et stort hinder for undersøkelse og behandling
- Det utføres lite tannhelsefremmende og forebyggende arbeid i fengsler
- Innsatte er en gruppe som bør ses nærmere på i forbindelse med den kommende offentlige utredningen om tannhelsetjenester

FORFATTERE

Linda Stein, førsteamanuensis, ph.d. Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.

Therese Bondø, tannlege. Troms og Finnmark fylkeskommune

Erika Hauglid Endresen, tannlege. Nordland fylkeskommune.

Tiril Berggren, tannlege. Vestfold og Telemark fylkeskommune.

Korresponderende forfatter: Linda Stein. Institutt for klinisk odontologi. UiT Norges arktiske universitet, 9037 Tromsø. E-post: linda.stein@uit.no

Akseptert for publisering 02.04.2022

Artikkelen er fagfellevurdert.

Linda Stein L, Therese Bondø T, Endresen EH, Berggren T. Tannhelsetjenester i norske fengsler. En spørreundersøkelse blant fengselsansatte og fengselstannleger. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2022; 132: 616–23.

Norsk MeSH: Tannhelsetjenester; Fengsel; Fanger; Tannhelsepersonell; Spørreundersøkelser

Tannhelsetjenester i norske fengsler

En spørreundersøkelse blant fengselsansatte og fengselstannleger

Linda Stein, Therese Bondø, Erika Hauglid Endresen og Tiril Berggren

Undersøkelser fra andre land har vist at innsatte i fengsler generelt har dårlig tannhelse og stort behandlingsbehov. Det finnes imidlertid lite informasjon om dette i Norge. Hensikten med studien var å kartlegge forhold som påvirker tannhelsetjenester til innsatte i norske fengsler og undersøke fengselsansattes og fengselstannlegers holdninger til tilbudet. Elektroniske spørreskjemaer ble distribuert til landets 43 fengsler, og én tannlege og én fengselsansatt ble bedt om å svare. Svarprosenten var 93 % for tannleger og 90 % for fengselsansatte, da hhv 40 og 38 deltok.

Fengselsansatte oppgav lite bemanning og problemer med praktisk tilrettelegging i forbindelse med fremstilling av innsatte til tannklinikk utenfor fengselet som hindringer. Tannbehandlingsangst ble vurdert som den viktigste hindringen, både av fengselsansatte og fengselstannleger. Psykisk helse generelt og mangel på kunnskap om sine rettigheter var også viktige hindringer for å benytte tannhelsetilbudet. Samtlige tannleger oppgav akutt behandling som vanligste årsak for at innsatte kom til tannklinikken. Behandlingsbehovet hos de innsatte ble vurdert som større enn det ressursene dekker, og de fleste tannlegene skulle ønske de kunne gjort mer for å bedre tannstatus hos de innsatte. Det var lite fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, både på individ- og gruppenivå. Fremtidige studier bør undersøke innsattes perspektiver på tannhelse og tannhelsetjenester.

Innsatte i norske fengsler er en gruppe med sammensatte utfordringer, og de har generelt hatt dårligere levekår enn den øvrige befolkningen. En kartlegging av innsatte i Norge fra 2015 (1) fant at den dominerende gruppen var menn under 40 år med norsk statsborgerskap og ingen utdanning utover ungdomsskole. En betydelig andel hadde blitt mishandlet i oppveksten, kontakt med barnevernet før fylte 18 år var vanlig, og nesten halvparten hadde familie-medlemmer som hadde sittet inne. Før fengsling var under halvparten i arbeid, over halvparten brukte narkotika, og en tredjedel var under behandling for psykiske problemer. I tillegg hadde en tredjedel hatt behov for psykiatrisk behandling før de ble innsatt, men ikke hatt behandling. To av ti innsatte vurderte den generelle helsen sin som ganske dårlig eller dårlig. Til tross for ung alder var det fire av ti som vurderte tannhelsen sin som ganske dårlig eller dårlig. Kliniske studier fra andre land i Europa har funnet at innsatte har dårligere tannhelse og større udekt tannbehandlingsbehov sammenliknet med samme aldersgruppe i den generelle befolkningen (2, 3).

I Norge er normalitetsprinsippet gjeldende i straffegjennomføringspolitikken (4). Dette innebærer at fengselsstraffen skal være berøvelse eller innskrenkning av frihet, ikke tap av andre grunnleggende menneskerettigheter. Straffen skal ikke være mer tyngende enn det som er nødvendig av sikkerhetsmessige hensyn, så bortsett fra frihetsberøvelsen har innsatte de samme rettighetene som andre norske borgere (5). Det er Kriminalomsorgen som har ansvaret for soningen, og hovedoppgavene innebærer å forebygge kriminalitet, forbedre soningsforhold, og å bidra til at soningstiden kan benyttes til rehabilitering. Kriminalomsorgen skal også sørge for at innsatte under soning skal få den behandlingen de har behov for, da en bedring av helsesituasjonen også styrker evnen til et selvstendig liv etter løslatelse (4).

Per 1. januar 2018 var det i underkant av 4 000 innsatte i norske fengsler, hvorav de fleste var over 20 år (7). Innsatte har ifølge Lov om tannhelsetjenesten (8) ingen eksplisitte rettigheter til regelmessig og oppsøkende tilbud med mindre fylkeskommunen de oppholder seg i har valgt å prioritere denne gruppen inn i gruppe E, som er nederst på prioriteringslisten. Når det gjelder akutt behandling har Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) plikt til å gi innsatte nødvendige tiltak uavhengig av soningens varighet. Dersom soningens varighet er lenger enn tre måneder, skal det tilbys undersøkelse, samt nødvendig forebyggende og konserverende behandling. Hvis behandlingsbehovet er av svært omfattende karakter, tilbys tannbehandling først når fengselsoppholdet er av lengre varighet (6). Tannhelsetjenester gis enten i tannklinikker i fengselet eller utenfor fengselet.

Slik situasjonen er i dag foreligger det sparsomt med informasjon om tannhelsetjenester til innsatte i Norge. For å kunne forbedre og videreutvikle tjenesten trengs det mer informasjon om forhold rundt dette. Det overordnede målet med studien var å kartlegge tannhelsetilbudet til innsatte i norske fengsler. Mer spesifikt var målet å kartlegge forhold som påvirker tannhelsetjenester for innsatte, behandling av innsatte, og utfordringer i forbindelse med behandling. Fengselsansattes rolle i forbindelse med tannhelsetjenester, samt tannlegers og ansattes holdninger vedrørende tannhelsetjenester for innsatte skulle også undersøkes.

Materiale og metode

Da hensikten var kartlegge tannhelsetilbudet sett fra både fengselsansattes og tannlegers synspunkt ble det utarbeidet to spørreskjemaer. Disse hadde en del felles spørsmål i tillegg til enkelte spørsmål tilpasset respondentenes arbeidsoppgaver og yrkesbakgrunn. Spørreskjemaene ble pilottestet blant fengselsansatte og tannleger tilknyttet tre ulike fengsler, og ble deretter noe redigert og nedkortet for ferdigstilling. Spørreskjemaet hadde flest fastsatte svaralternativer, men enkelte spørsmål var åpne der respondentene kunne skrive kommentarer i fritekst. UiO Nettskjema ble benyttet for å samle inn spørreskjemadata elektronisk.

Det var ønskelig å gjennomføre en nasjonal kartlegging, og forespørsel om deltakelse ble sendt til alle landets fylkestannleger samt lederne for Kriminalomsorgens fem regioner. Samtlige ledere i Kriminalomsorgens regioner og alle fylkestannlegene i Norge var positive til studien og takket ja til deltakelse. Lederne satte oss i kontakt med ansatte tilknyttet hvert fengsel i sin region. På tidspunkt for gjennomføring var det 43 fengsler i Norge, og én ansatt og én tannlege ble bedt om å svare fra hvert fengsel. De ansatte som svarte ble valgt av Kriminalomsorgen på bakgrunn av ansvar og oversikt over tannhelsetilbudet til innsatte i fengselet de jobbet i. Fylkestannlegene var behjelpelig med kontaktinformasjon til tannlegen(e) som behandlet innsatte i sitt respektive fylke. Forespørsel om deltakelse med samtykkeerklæring og lenke til spørreskjemaet ble sendt elektronisk via e-post til de aktuelle respondentene; 43 tannleger og 42 fengselsansatte. Innsamlingen pågikk fra mars til juni i 2018. Etter tre påminnelser i denne perioden kom det inn svar fra 40 tannleger og 38 fengselsansatte, noe som gav en svarprosent på henholdsvis 93 og 90 %.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Nord) vurderte studien som helsetjenesteforskning, og den utløste dermed ikke søknadsplikt. Prosjektet ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) i januar 2018, og godkjenning ble mottatt i februar samme år (referansenummer 58627).

Resultat

Praktiske forhold og samarbeid med andre

Størrelsen på fengslene i Norge hva gjelder antall innsatte varierte (Tabell 1), og ifølge tannlegene var det flest små fengsler (68 %) med under hundre innsatte. Godt over halvparten av tannlegene (65 %) oppga at det ikke var egen tannklinik i tilhørende fengsel. Deltakere som svarte ja på spørsmålet om egen tannklinik i fengselet, ble bedt om å oppgi hvor ofte tannlegen var til stede. Over halvparten oppga at en tannlege var til stede én eller to dager i uka. Resten besvarte at en tannlege var til stede i fengselet tre eller fem dager i uka. Over halvparten av tannlegene (51 %) henviste regelmessig pasienter til spesialister i oral kirurg, protetik, endodonti og periodonti. I tillegg ble det henvist til allmennpraktiserende tannleger som utfører narkosebehandling. Tannlegene ble også spurt om tannpleier benyttes ved undersøkelse/behandling av de innsatte i fengslene de tilhører, noe tre fjerdedeler (75 %) svarte nei til. En tredjedel av respondentene (33 %) oppga at de ikke samarbeider med andre yrkesgrupper enn tannhelsepersonell. Resten svarte at de samarbeider med henholdsvis helseavdelingen i fengselet, helsepersonell som lege og sykepleier, samt andre ansatte i fengselet.

Tabell 1. Beskrivelse av praktiske forhold og samarbeid med andre. Besvart av tannleger (n=40).

	% (n)
Størrelse på fengsel¹	
Små	68 (27)
Middels	10 (4)
Store	22 (9)
Tannklinik i fengsel	
Ja	35 (14)
Nei	65 (26)
Henvising av pasienter²	
Ja, til tannhelsespesialister	51 (20)
Sjelden	13 (5)
Nei	36 (14)
Samarbeid utover tannhelsepersonell²	
Nei	33 (13)
Ja, helseavdeling	53 (21)
Ja, andre ansatte i fengselet	14 (6)
Tannpleier involvert i behandling/undersøkelse av de innsatte	
Ja	25 (10)
Nei	75 (30)

¹ Små fengsler: ≤99 innsatte, middels store fengsler: 100-149 innsatte, store fengsler: ≥150 innsatte.

² n=39

Behandling av innsatte

Alle tannlegene oppga akutte problemer som hyppigste årsak til at den innsatte søker tannhelsetjenesten første gang (Tabell 2). På spørsmål om hvilken behandling som oftest ble utført på innsatte, svarte tannlegene konserverende behandling, etterfulgt av ekstraksjoner og endodontisk behandling. Kun to tannleger svarte at det ble utført forebygging på gruppenivå, der en av de svarte at tannpleier gjorde dette.

På åpne spørsmål om utfordringer med behandling av innsatte beskrev tannlegene innsatte som en gruppe pasienter med dårlig tannstatus; de manglet tenner, hadde mange nedkarierte tenner, samt utbredt periodontal sykdom. Andre faktorer som ble nevnt var rusproblemer, smerter, estetikk og selvbylde. Disse faktorene bidro til å gjøre behandlingen av innsatte krevende. Det ble også nevnt flere ganger at de innsatte ikke alltid rekker å bli ferdigbehandlet før de løslates, og oppfølging etter endt soning kan være vanskelig. Ved spørsmål om hva tannlegene vurderte som den største hindringen for å utføre tannbehandling av innsatte, oppga majoriteten av tannlegene (83 %) tannbehandlingsangst. De øvrige oppga mangel på finansiering som største hindring.

Ansattes vurderinger av hindringer

En sentral del i kartleggingen var å spørre ansatte i fengslene hvordan de vurderte utfordringer knyttet til tilrettelegging av tannbehandling av innsatte (Tabell 3). Lite bemanning var den faktoren flest ansatte dro frem (81 %), etterfulgt av utfordringer tilknyttet praktisk tilrettelegging som transport til og fra klinikk (61 %), og mangel på finansiering fra det offentlige (37 %). Omtrent en tredje-

Tabell 2. Behandling av innsatte og hindringer for undersøkelse/behandling. Besvart av tannleger (n=40).

	% (n)
Vanligste årsak til den innsattes første besøk hos tannlegen	
Akutt	100 (40)
Vanligste behandlingstyper	
Konserverende behandling	83 (33)
Ekstraksjon	35 (14)
Endodontisk behandling	25 (10)
Hindringer for undersøkelse og behandling av innsatte	
Tannbehandlingsangst	83 (33)
Økonomi (mangel på finansiering)	15 (6)
Forebygging på gruppenivå	
Ja	5 (2)
Nei	95 (38)

del (32 %) svarte at sikkerhetsmessige grunner gav utfordringer ved tilrettelegging av tannbehandling.

Fengselsansatte fikk spørsmål om hva de mente kunne være bakenforliggende faktorer for at en del innsatte ikke benytter seg av tannhelsetilbudet. Tannbehandlingsangst ble fremhevet av majoriteten av de fengselsansatte (90 %), og godt over halvparten (63 %) trakk også frem psykisk helse som en viktig hindrende faktor for ubenyttet tilbud. Mangel på kunnskap om sine rettigheter ble oppgitt av nesten halvparten (42 %), mens mangel på økonomisk støtte, i tillegg til sikkerhetsmessige grunner som bruk av håndjern i offentlighet, ble nevnt av drøye en tredjedel (37 %). En knapp tredjedel (32 %) av de ansatte mente at lang ventetid kunne være en bakenforliggende faktor for å ikke benytte tilbudet om tannhelsetjenester.

Ved spørsmål om hva slags orale hygieneartikler de innsatte har tilgang på i fengselet, oppgav nesten alle at de innsatte hadde tilgang på tannbørste (97 %) og fluortannkrem (95 %). Litt under halvparten (42 %) oppga at de innsatte har tilgang på tanntråd/tannstikker, mens fluortilskudd ble oppgitt av drøye tredjedelen (37 %) av de fengselsansatte.

Holdninger til tannhelsetjenester

Både fengselsansatte og tannlegene som behandler innsatte fikk noen holdningsutsagn de skulle ta stilling til (Tabell 4 og 5). Ved spørsmål om fengselet de ansatte jobber ved har god mulighet til å

Tabell 3. Hindringer for god tannhelse. Besvart av fengselsansatte (n=38).	
	% (n)
Utfordringer tilknyttet tannbehandling	
Sikkerhetsmessige grunner	32 (12)
For lite bemanning	82 (31)
Praktisk tilrettelegging (transport til og fra klinikk)	61 (23)
Mangel på økonomisk støtte	37 (14)
Bakenforliggende faktorer for at innsatte ikke benytter tannhelsetilbudet	
Psykisk helse	63 (24)
Tannbehandlingsangst	90 (34)
Mangel på kunnskap om sine rettigheter	42 (16)
Mangel på finansiering	37 (14)
Sikkerhetsmessige hindringer	37 (14)
Lang ventetid	32 (12)
Tilgang på hygieneartikler	
Tannbørste	97 (37)
Fluortannkrem	95 (36)
Tanntråd/tannstikker	42 (16)
Andre fluortilskudd (f.eks. fluortabletter, fluorskyll)	37 (14)

legge til rette for at innsatte skal kunne motta tannbehandling (Tabell 4), sa majoriteten (90 %) seg enige i dette. Flesteparten av de ansatte (81 %) var også enige i at de innsatte i deres fengsel får informasjon om at de har rett på akutt tannbehandling, mens under halvparten (42 %) mente at de innsatte mottar informasjon om at de har rett på forebyggende tannhelsetjenester. Godt over halvparten (62 %) av de ansatte var enige i at innsatte i fengselet har større behandlingsbehov enn det ressursene dekker. Rundt halvparten av de spurte (53 %) var enige i at de oppfordrer de innsatte til å benytte seg av tannhelsetilbudet i DOT. Kun én av de fengselsansatte

Tabell 4. Holdninger til tannhelsetjenester i fengsel. Besvart av fengselsansatte (n=38).

	% (n)
Fengselet har god mulighet til å legge til rette for at innsatte skal motta tannbehandling	
Helt enig/noe enig	90 (34)
Verken enig eller uenig	5 (2)
Helt uenig/noe uenig	5 (2)
Innsatte får informasjon om rett på akutt tannbehandling	
Helt enig/noe enig	81 (30)
Verken enig eller uenig	19 (7)
Helt uenig/noe uenig	0 (0)
Innsatte får informasjon om rett på forebyggende behandling	
Helt enig/noe enig	42 (16)
Verken enig eller uenig	37 (14)
Helt uenig/noe uenig	21 (8)
Innsatte har større behandlingsbehov enn ressursene dekker	
Helt enig/noe enig	63 (24)
Verken enig eller uenig	29 (11)
Helt uenig/noe uenig	8 (3)
Jeg oppfordrer de innsatte til å benytte tannhelsetilbudet i DOT	
Helt enig/noe enig	53 (20)
Verken enig eller uenig	32 (12)
Helt uenig/noe uenig	15 (6)
Som ansatt har jeg mottatt ekstra opplæring i forbindelse med tannbehandling av innsatte	
Helt enig/noe enig	3 (1)
Verken enig eller uenig	5 (2)
Helt uenig/noe uenig	92 (33)
Jeg har tilstrekkelig kunnskap til å veilede innsatte om tannhelse	
Helt enig/noe enig	32 (12)
Verken enig eller uenig	15 (6)
Helt uenig/noe uenig	53 (20)

oppgå å ha mottatt ekstra kursing eller opplæring i forbindelse med tannbehandling av innsatte. Over halvparten av de fengselsansatte (53 %) mente selv at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap til å veilede innsatte vedrørende tannhelse.

Når det gjaldt tannlegene (Tabell 5), var over halvparten (53 %) enige i at de innsatte har større behandlingsbehov enn det ressursene dekker. Halvparten av tannlegene (50 %) var uenige i at behandlingsforslag må endres til et mindre kostbart alternativ på grunn av problemer med finansiering (tabell 5). Drøye halvparten av tannlegene (54 %) skulle gjerne gjort mer for å bedre tannstatusen blant de innsatte, mens fire av ti (41 %) var enige i at de innsatte har akseptabel tannstatus før de går tilbake til det normale samfunnslivet utenfor murene. Om lag en fjerdedel (26 %) var enige i at innsatte

hadde god kunnskap om kariesforebygging og fluor. Kun et fåtall av tannlegene (15 %) oppga å ha mottatt ekstra kursing i forbindelse med at de jobber med behandling av innsatte.

Diskusjon

Praktiske forhold og samarbeid med andre

Problemer med fremstilling av pasienter til behandling utenfor fengselet ble begrunnet med at sikkerhetsmessige årsaker krevde mer ressurser fra Kriminalomsorgen eller politiet for å kunne gjennomføre fremstillingen. Ved å ha tannklinikk lokalisert i fengselet, unngår man å måtte aktivere et større apparat for å få fraktet den innsatte fra fengsel til tannklinikk. Da det var flest små fengsler med under hundre innsatte, er forståelig at det ville vært kostbart å ha egen tannklinikk i alle fengsler, men det brukes også betydelige ressurser på reise og sikkerhetstiltak i forbindelse med behandling ved lokale offentlige tannklinikker. En rapport fra Rogaland Revisjon (9) beskriver at de innsatte i fylket får bedre tannhelsetjenester dersom det er en tannklinikk i fengselet, og at dette skyldes lettere tilgang til tannhelsetjenester, færre avbestillinger og at det er et mer kjent tilbud. Imidlertid kan det være andre utfordringer med dagens system som vanskeliggjør behandlingen. Evensen og Bull understreker i en ny artikkel (10) at uavhengig av om pasienten får behandling i fengselet eller ved en tannklinikk utenfor fengselet flyttes innsatte relativt ofte mellom fengsler. De påpeker at det per i dag ikke finnes noe system for at journalen fra tannhelsetjenesten medfølger i flyttingen - i motsetning til helsejournaler. Dette betyr at om en tannlege påbegynner behandlingen, er det ikke sikkert behandlingen blir videreført, og mangel på opplysninger og vurderinger om den innsattes orale helse kan derfor være til hinder for en kontinuerlig behandling. Våren 2019 presenterte Hedmark fylkeskommune mobile uniten, som i første omgang testes ut i Ilseng fengsel (11). Det mobile utstyret er ment å tilby enkle undersøkelser og behandlinger, som tannsteinfjerning og midlertidige fyllinger. Ved behov for grundigere tannbehandling, må innsatte fremdeles fremstilles til en tannklinikk. Fremtidens tannhelsetjenester kunne med fordel vurdert muligheter for å gjøre behandling mer tilgjengelig for personer på institusjoner, som eventuelt ambulerende tannbusser som kommer til institusjoner der det av ulike årsaker er utfordrende for pasientene å komme til tannklinikken.

Når det gjaldt samarbeid med andre, svarte vel halvparten av tannlegene at de samarbeidet med helseavdelingen i fengselet, mens en tredjedel av respondentene oppga at de ikke samarbeider med andre yrkesgrupper enn tannhelsepersonell. Kun en fjerdedel av fengslene benyttet tannpleiere til undersøkelse og behandling av innsatte. Å benytte tannpleier i større grad vil være mer samfunnsøkonomisk, og vil kunne styrke det helsefremmende og

Tabell 5. Holdninger til tannhelsetjenester i fengsel. Besvart av tannleger (n=40).

	% (n)
De innsatte har større behandlingsbehov enn ressursene dekker	
Noe enig/helt enig	53 (21)
Verken enig eller uenig	30 (12)
Noe uenig/helt uenig	17 (7)
Jeg opplever at behandlingsforslag må endres til et mindre kostbart pga. finansiering	
Noe enig/helt enig	20 (8)
Verken enig eller uenig	30 (12)
Noe uenig/helt uenig	50 (20)
Jeg skulle gjort mer behandling for å bedre tannstatus hos de innsatte¹	
Noe enig/helt enig	54 (21)
Verken enig eller uenig	20 (8)
Noe uenig/helt uenig	26 (10)
De innsatte har akseptabel tannstatus før de går tilbake til det normale samfunnslivet¹	
Noe enig/helt enig	41 (16)
Verken enig eller uenig	31 (12)
Noe uenig/helt uenig	28 (11)
Jeg har mottatt ekstra opplæring fordi jeg jobber med fengselsinnsatte¹	
Noe enig/helt enig	15 (6)
Verken enig eller uenig	5 (2)
Noe uenig/helt uenig	80 (31)
De innsatte har god kunnskap om fluor og kariesforebygging¹	
Noe enig/helt enig	26 (10)
Hverken enig eller uenig	33 (13)
Noe uenig/helt uenig	41 (16)

¹ n=39

forebyggende perspektivet. Det er tenkelig at manglende bruk av tannpleier i fengsel kan ses i sammenheng med at det utføres mye akutt behandling og oppsiktsvekkende lite forebyggende arbeid rettet mot innsatte. Tannhelsetjenesteloven (8) fastslår at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling. Kun to tannleger svarte at det ble utført forebygging på gruppenivå, der en av dem svarte at tannpleier gjorde dette.

Å utføre forebyggende tiltak på individ- og gruppenivå innenfor soningstiden vil kunne gi helsegevinst for fremtiden, og igjen bidra til økt sjanse for ivaretagelse av oral helse etter endt soningstid. Fengselsopphold kan være en fin anledning til å gjøre intervensjoner da de innsatte ofte kjeder seg, lett kan følges opp, og har godt med tid tilgjengelig. Selv om innsattes liv før fengsling er av stor viktighet for tannhelsen, er fengsel en kontekst som representerer rutine og struktur, noe som er en fordel i helsefremmende arbeid (12). I åpne spørsmål på spørreskjemaet til tannlegene kom det dessuten kommenterer på at det generelt er manglende kunnskap og oppfølging av de innsattes egenomsorg ved løslatelse. Styrking av opplæring og egenomsorg vil derfor kunne være gunstig for å bedre den innsattes tannhelse og rehabilitering til samfunnet. En longitudinell studie fra Norge fant at positive erfaringer med tannhelsetjenesten kan bidra til å redusere tannbehandlingsangst blant unge voksne uavhengig av karieserfaring og mental helsetilstand (13). Det kan derfor være nærliggende å tenke at møte tannhelsepersonell utover akutte situasjoner i forbindelse med soningen vil kunne bidra positivt for forholdet til tannhelsetjenesten i fremtiden.

Behandling av innsatte og hindringer

Alle tannlegene oppga akutte problemer som hyppigste årsak til at den innsatte søker tannhelsetjenesten første gang. I en slik situasjon er det ikke gunstig å jobbe med adferdsendring eller opplæring av innsatte, og man risikerer å få en ond sirkel hvor behandlingsbehovet opprettholdes i stedet for å reduseres. Tannlegene mente at de innsatte mottar informasjon om rett på forebyggende behandling i mye mindre grad enn rett på akutt behandling. Imidlertid var tannbehandlingsangst en stor utfordring, ifølge både tannlegene og de ansatte. Dette er i tråd med en nyere finsk studie som fant at tannbehandlingsangst er vanlig hos innsatte, og at prevalensen er høyere hos innsatte sammenliknet med samme aldersgruppe fra befolkningen utenfor murene (14). I en doktorgradsavhandling fra 2021 (15) ble tannbehandlingsangst i en ung befolkning ble undersøkt, og man fant at høy tannbehandlingsangst over tid var assosiert med større byrde av mentale helseutfordringer, unngåelse av tannbehandling og dårlig tannhelse. En direkte sammenheng mellom seksuelt misbruk og tannbehandlingsangst ble dessuten funnet i den voksne befolkningen. Godt over halvparten av de ansatte i fengsle-

ne trakk også frem psykisk helse hos de innsatte som en viktig hindrende faktor for ubenyttet tilbud. Dette samsvarer også med den finske studien (14) som fant at nesten alle innsatte hadde en psykiatrisk diagnose.

Et sentralt mål med soning er styrking av helsesituasjonen fordi dette igjen øker sannsynligheten for evne til et selvstendig liv etter løslatelse (4). Det er ikke usannsynlig at for eksempel manglende tenner i fronten på et jobbintervju vil slå negativt ut for den jobbsøkende. Dersom den innsattes tannbehandlingsangst ikke blir behandlet kan rehabilitering av tannsettet bli utfordrende å få til, både under fengsling og etter løslatelse. Det er nå ti år siden oppbygningen av det tilrettelagte tannhelsetilbudet for personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi, TOO, startet (16). Resultatene fra kartleggingen av tannhelsetjenester til innsatte antyder, i likhet den generelle kartleggingen av innsatte fra 2015 (1), at mange innsatte kan ha diagnoser som kan kvalifisere for TOO-tilbud. En styrket innsats av TOO-tilbud rettet mot innsatte i fengsel kan derfor være hensiktsmessig å vurdere.

I tillegg til tannbehandlingsangst og psykisk helse trakk de fengselsansatte frem flere hindringer for undersøkelse/behandling. Lite bemanning i fengselet var den faktoren flest fengselsansatte påpekte, etterfulgt av utfordringer tilknyttet praktisk tilrettelegging som transport til og fra klinikk. Da mange fengsler ikke har egen tannklinikk vil det naturligvis innebære mye ressursbruk. Sikkerheten må ivretas, og omtrent en tredjedel svarte at sikkerhetsmessige grunner gav utfordringer ved tilrettelegging av tannbehandling. Bruk av håndjern i offentlighet ble trukket frem som et hinder, og man kan tenke seg at det kan oppleves stigmatiserende å komme inn på lokale tannklinikker iført håndjern foran de øvrige pasientene og ansatte på klinikken. Egne tannklinikker i fengsel eller mobile uniten kunne kanskje løst noen av utfordringene knyttet til transport til og fra klinikk og i tillegg gitt de innsatte en bedre opplevelse av å komme til tannlegen.

Holdninger til tannhelsetjenester

Flesteparten av de fengselsansatte var enige i at de innsatte i deres fengsel får informasjon om at de har rett på akutt tannbehandling, mens under halvparten var enig i at de innsatte mottar informasjon om at de har rett på forebyggende tannhelsetjenester. Dette samsvarer med at akutt behandling, i følge tannlegene, var hovedårsaken til at de innsatte kom i kontakt med tannhelsetjenesten. Det er imidlertid ikke sikkert at de innsatte vil benytte seg av tjenester selv om de får informasjon, og en studie fra Skottland fant at innsatte generelt er en gruppe som bruker lite tannhelsetjenester, både i og utenfor fengsel (12).

Det at kun en fjerdedel av tannlegene var enige i at innsatte hadde god kunnskap om kariesforebygging og fluor tyder på at det er et

stort behov for helsefremmende og forebyggende arbeid blant innsatte. Man kunne tenkt seg at fengselsansatte kommer i situasjoner der de kan veilede innsatte i tannhelseatferd, men studien viste at over halvparten av de fengselsansatte mente selv at de ikke har tilstrekkelig kunnskap til å veilede innsatte vedrørende tannhelse. Det er ikke avklart om dette kunne vært en oppgave for ansatte, men kun én ansatt hadde mottatt opplæring i forbindelse med tannbehandling av innsatte. Fremtidens tannhelsetjeneste burde se på muligheter for å ha enklere tilgang på veiledning i tannhelseatferd til de innsatte, og vurdere hvem som er best egnet til å utføre denne oppgaven.

Både denne kartleggingen og studier fra andre land (2,3) viser at ressursbehovet for tannhelsetjenester hos innsatte er stort. Sittende regjering har ambisjoner om å gjennomføre en tannhelsereform, og ifølge Hurdalsplattformen (17) er det et mål å sikre at de som har rett til gratis offentlige tannhelsetjenester får et riktig og godt tilbud. Rettighetene til tannhelsetjenester for innsatte er imidlertid ikke banket i stein, og dette er ett av mange punkter som bør ses nærmere på i forbindelse at Stortinget har bedt regjeringen om en utredning av tannhelsetjenester (18). For tannhelsetjenester til innsatte er spesielt vedtaket om styrking av det forebyggende arbeidet, gjennomgang av refusjonsordningene, samt forslag om å hjelpe dem som ikke har økonomisk mulighet av interesse. Også den forrige regjeringen var enig i at det er behov for en samlet gjennomgang av rettighetene på tannhelsefeltet, og at en grundig gjennomgang trengs ble løftet frem i Stortingsmelding 38 (2020-2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten* (19). Om innsatte blir prioritert, og hva prioriteringene innebærer når det gjelder undersøkelser, behandling og forebygging blir interessant å følge med på i den kommende offentlige utredningen (NOU).

Denne studien har noen svakheter. Det ble innhentet to besvarelser fra hvert fengsel; én fra fengselstannleger og én fra fengselsansatte. Vi kan dermed ikke utelukke at flere besvarelser fra hvert

fengsel ville gitt et annet resultat. Den høye svarprosenten i begge gruppene styrker imidlertid studiens validitet. På den annen side kan det stilles spørsmål med hvor mange som faktisk har forutsetning for å svare på spørsmålene om tannhelsetjenester i fengsel. For å unngå at deltakerne måtte svarte på noe de ikke hadde forutsetning til, fikk de mulighet til å krysse av for «vet ikke» eller «verken enig eller uenig» i spørreskjemaet. Dette styrker studiens reliabilitet. Som ved spørreundersøkelser generelt kan man ikke være helt sikker på at det er riktig person som har besvart skjemaet selv om selv om skjemaet er sendt til en angitt person. Denne studien har kartlagt tannhelsetilbudet til innsatte i norske fengsler, sett fra tannlegers og fengselsansattes side, og kan ikke si noe om hvordan innsatte opplever tilbudet.

Konklusjon

Akutt behandling opptar mesteparten av arbeidsbyrden for tannleger i fengsler, og det synes å foregå lite tannhelsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot innsatte. Tannbehandlingsangst ses på som et stort hinder for bruk av tannhelsetjenester i fengsel, noe som er med på å gjøre denne gruppen enda mer sårbar. Det er enighet mellom tannlegene og fengselsansatte om at innsatte har større behov enn det dagens ressurser dekker. Dette taler for at innsatte er en gruppe i befolkningen som kan ha behov for økt prioritering fra det offentlige, både når det gjelder forebygging og behandling. Fremtidige studier og den kommende offentlige utredningen, kan med fordel undersøke hvordan de innsatte vurderer tannhelsetilbudet og andre forhold knyttet til tannhelse i denne gruppen.

Takk

Forfatterne takker fylkestannlegene og lederne i kriminalomsorgen for hjelp til å rekruttere deltakere. Stor takk til tannlegene og fengselsansatte for deltakelsen i spørreundersøkelsen.

REFERANSER

1. Revold MK. Innsattes levekår 2014. Før, under og etter soning. SSB-rapport 2015. 2015;47.
2. Vainionpää R, Peltokangas A, Leinonen J, Pesonen P, Laitala ML, Anttonen V. Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ open*. 2017 Mar 3;3(1):1-5.
3. Heidari E, Dickinson C, Wilson R, Fiske J. Oral health of remand prisoners in HMP Brixton, London. *Br Dent J*. 2007 Jan;202(2):E5-.
4. Justis- og politidepartementet. Straff som virker – mindre kriminalitet- tryggere samfunn – (Kriminalomsorgsmeldingen). St.meld.nr 37 (2007-2008).
5. Straff i fengsel [nettdokument]. Lillestrøm: Kriminalomsorgen [lest: 01. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/straff-i-fengsel.516314.no.html>
6. Helsedirektoratet. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel: veileder. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-1971.
7. Fengslinger [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [lest: 01. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/fengsling/>
8. Lov om tannhelsetjenester (tannhelsetjenesteloven). LOV-1983-06-03-54. Sist endret i: LOV-2021-05-07-31. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>
9. Forvaltningsrevisjon av tannhelsetilbudet til innsatte [nettdokument]. Rogaland fylkeskommune; 2016 [lest 01. februar 2022]. Tilgjengelig fra: [https://www.rogaland-revisjon.no/userfiles/upload/files/import/rr%20rfk%202016%20tannhelsetilbudet%20til%20innsatte\(1\).pdf](https://www.rogaland-revisjon.no/userfiles/upload/files/import/rr%20rfk%202016%20tannhelsetilbudet%20til%20innsatte(1).pdf)
10. Evensen KB, Bull VH. «Vær så god neste-hvis vi har nok tid og ledig kapasitet» En kommentar om viktigheten av innsattes orale helse og tannhelsetilbudet i norske fengsler-og behovet for mer kunnskap. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2021 (4):105-9.
11. Tester ut mobil tannpleie [nettdokument]. Oslo: Parat [oppdatert 25. juni 2019; lest 01. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.parat.com/parat24/tester-ut-mobil-tannpleie-5456-406776>
12. Freeman R, Richards D. Factors associated with accessing prison dental services in Scotland: A cross-sectional study. *Dentistry Journal*. 2019 Mar;7(1):12.
13. Nermo H, Willumsen T, Johnsen JA. Changes in dental anxiety among 15-to 21-year-olds. A 2-year longitudinal analysis based on the Tromsø study: Fit futures. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019 Apr;47(2):127-33.

14. Vainionpää R, Pesonen P, Laitala ML, Pohjola V, Anttonen V. Dental fear and dental health and attendance among Finnish male prisoners. *J Oral Maxillofac Res.* 2019 Oct;10(4).
15. Nermo H. Dental anxiety in adolescents and adults. Epidemiological studies based on the Tromsø Study 7 and Fit Futures 1 & 2 [doktorgrad]. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://munin.uit.no/handle/10037/22435>
16. HelseDirektoratet (2021). Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi («TOO-tilbudet») – Rapport fra PwC [nettdokument]. Oslo: HelseDirektoratet (oppdatert 09. september 2021; lest 07. februar 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-tannhelsetilbud-til-personer-utsatt-for-tortur-og-overgrep-og-personer-med-odontofobi-too-tilbudet-rapport-fra-pwc>
17. Hurdalsplattformen. For en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet 2021-2025 [nettdokument]. Oslo: Regjeringen Støre. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>
18. Representantforslag om styrking av norsk tannhelse [nettdokument]. Dokument 8:209 S (2017-2018), Innst. 39 S (2018-2019). Oslo: Stortinget. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Vedtak/Sak/?did=40024681&p=71877&fbclid=IwAR08WcsJVR62bRp-a6frwf0VecAIEBjOJKiOC-TEtTWbqG-iPhvqwsVI7CM>
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Nytt, ressurs og alvorlighet – prioritering i helse- og omsorgstjenesten. St.meld. nr 38 (2020-2021).

ENGLISH SUMMARY

Stein L, Bondø T, Endresen EH, Berggren T.

Oral health services in Norwegian prisons. A survey among dentists and prison staff

Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 616–23.

Prisoners have poorer dental health and greater treatment need than the general population. However, information regarding oral health services for prisoners in Norway is scarce. The purpose of the study was to assess oral health services for inmates in Norwegian prisons. Electronic questionnaires were distributed to prison staff and dentists treating inmates in the country's 43 prisons, and one dentist and one staff member answered from each prison. Forty dentists and 38 prison staff participated, which gave a response rate of 93 and 90%, respectively.

The prison staff highlighted lack of staff and challenges related to transporting inmates to clinics outside the prison as obstacles to

treating inmates. Dental anxiety was reported by prison staff and prison dentists as the most critical reason inmates did not seek oral health treatment. Mental health and lack of knowledge about their rights were also important obstacles. The need for treatment among the inmates was considered larger than the resources covered, and most dentists wished they could do more to improve the oral health of the inmates. There was little focus on health-promoting and preventive work, both at individual and group levels. Future studies should examine inmates' perspectives on oral health and oral health services.



Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial kirurgi

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

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Frøde Øye
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Tannlege
Margareth Kristensen Ottersen
spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi

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



Vi har spesialister over hele landet

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

Trenger du hjelp med din pasient?

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



Spesialister

Spesialister i endodonti

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

Spesialister i kjeveortopedi

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

Spesialister i periodonti

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

Spesialister i oral protetikk

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

Spesialister i oral kirurgi og oral medisin

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

Spesialist i multidisiplinær odontologi

Mona Eide-Gast / Madla

Spesialist i maxillo-facialkirurgi

Attila Nagy / Munkegata

oridental.no/spesialister

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



Shoresh Afnan

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



Hauk Øyri

Director, Oris Academy
hauk@oridental.no
+47 936 31 009



Pia Selmer-Hansen

Advisory Board Member, Oris Academy
pia.selmer@oridental.no
+47 414 18 692



Eirik Aasland Salvesen

CEO, Oris Dental
eirik@oridental.no
+47 909 42 298

HOVEDBUDSKAP

- Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi (D-CBT) er en metode som effektivt kan redusere både alvorlig og mindre alvorlig tannbehandlingsangst i løpet av få behandlingstimer (5 timer) hos allmennpraktiserende tannlege.
- Tannbehandling under sedasjon med midazolam kombinert med bruk av kommunikasjonsmetoden «Fire gode vaner» kan effektivt redusere tannbehandlingsangst.
- Studien støtter en modell der pasienter kan få behandling av tannbehandlingsangst i primær tannhelsetjeneste utført av allmenntannlege. Det tverrfaglige offentlige tilbudet (TOO) kan i en slik modell spisses mot sammensatte og/eller mer behandlingsresistente tilfeller av tannbehandlingsangst.

FORFATTERE

Mariann Saanum Hauge, tannlege, ph.d.-stipendiat. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og Tannhelsetjenestens kompetansesenter, Rogaland, Stavanger
Bent Storå, psykologspesialist, ph.d. Tannhelsetjenesten i Agder, Kristiansand
Olav Vassend, professor i psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Asle Hoffart, professor i psykologi. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo og Forskningsinstituttet – Modum Bad, Vikersund
Tiril Willumsen, professor. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Korresponderende forfatter: Mariann Saanum Hauge, Det odontologiske fakultet, Geitmyrsveien 69/71, 0455 Oslo. E-post: marshau@odont.uio.no

Akseptert for publisering 13.03.2022

Artikkelen er fagfellevurdert.

Hauge MS, Storå B, Vassend O, Hoffart A, Willumsen T. Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi versus «Fire gode vaner»/bruk av midazolam. En randomisert kontrollert studie av behandling av tannbehandlingsangst i primær tannhelsetjeneste. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2022; 132: 626–36

Norsk MeSH: Odontofobi; Angst; Kognitiv atferdsterapi; Våken sedasjon; Traume- og stressrelaterte forstyrrelser

Artikkelen er norsk versjon basert på: Hauge MS, Storå B, Vassend O, Hoffart A, Willumsen T. Dentist-administered cognitive behavioural therapy versus four habits/ midazolam: An RCT study of dental anxiety treatment in primary dental care. *Eur J Oral Sci.* 2021;129:e12794. <https://doi.org/10.1111/eos.12794> (Creative Commons lisens)

Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi versus «Fire gode vaner»/bruk av midazolam

En randomisert kontrollert studie av behandling av tannbehandlingsangst i primær tannhelsetjeneste

Mariann Saanum Hauge, Bent Storå, Olav Vassend, Asle Hoffart og Tiril Willumsen

I denne studien ble effekten av kognitiv atferdsterapi mot tannbehandlingsangst testet i allmennpraksis. Eksperimentgruppen mottok tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi («dentist-administered cognitive behavioural therapy» – D-CBT) mens en beste-praksis kontrollgruppe mottok tannbehandling under sedasjon med midazolam kombinert med en kommunikasjonsmodell kalt «Fire Gode Vaner». Nittiseks pasienter med selvrapportert tannbehandlingsangst ble inkludert i en randomisert kontrollert studie, og fordelt likt på de to intervensjonsgruppene. 82 pasienter (85%) hadde en skår som indikerte sterk tannbehandlingsangst («Modified Dental Anxiety Scale» (MDAS) > 19). 77 pasienter fullførte og hadde signifikant nedgang i angstskår både på MDAS og «Index of Dental Anxiety and Fear» (IDAF-4C). Gjennomsnittlig angstnedgang var: MDAS: -6,6 (SD=0,5); IDAF-4C: -1,0 (SD=1,1). Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppene. Cohens d effektstørrelser (basert på MDAS-skår) var store; 1,8 (CI=1,3–2,3) i intervensjonsgruppen og 1.6 (CI=1,2–2,1) i kontrollgruppen. Funnene viser at en allmennpraktiserende tannlege

med riktig kompetanse kan gi effektiv behandling for tannbehandlingsangst i et typisk klinisk utvalg. Konklusjon: Evidensbaserte behandlingsmetoder som tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi og kommunikasjonsstøttet sedasjon administrert av allmenntannleger (offentlig eller privat) har potensiale som en kostnadseffektiv førstelinjetjeneste for pasienter med tannbehandlingsangst. Det tverrfaglige offentlige tilbudet (TOO) kan da spisses mot spesielt sammensatte tilfeller, og mot pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig angstreduksjon hos den allmennpraktiserende tannlegen.

Tannbehandlingsangst rapporteres av 1 av 6 voksne (1-5). Utsettelse eller unngåelse av tannbehandling sees ofte hos disse pasientene (6). Pasienten kan komme inn i en ond spiral der tannbehandlingsangst leder til unngåelse av tannbehandling med dårlig oral helse som resultat. Synlig ødelagte tenner og redusert evne til å håndtere tannbehandling kan videre lede til skamfølelse, som igjen øker angsten (7-11). Tidlig identifisering og behandling av tannbehandlingsangst er derfor av betydning fordi det kan hjelpe pasienten ut av den negative spiralen før helsekonsekvensene blir store. På motsatt side så ser vi at nedgang i tannbehandlingsangst kan bedre både oral helse og oral helserelatert livskvalitet (12, 13).

En trygg relasjon, pasientens følelse av kontroll og effektiv smerTELindring er grunnleggende i all tannbehandling uansett angstnivå (14). Pasienter med tannbehandlingsangst blir ofte behandlet under premedikasjon, ofte med benzodiazepiner (15-17). I europeisk sammenheng er anbefalingen at sedasjon skal kombineres med gode kommunikasjonsmetoder (18). «Fire Gode Vaner» er et eksempel på en evidensbasert kommunikasjonsmodell. Den er utviklet av den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanente og har gitt gode resultater i norske sykehus (19-21). Modellen har blitt tilpasset tannbehandlingssituasjonen og er per dags dato en viktig del av pensum for tannlegestudentene ved Odontologisk fakultet i Oslo (14, 22). «Fire Gode Vaner» består av fire hovedelementer som blir kalt «vaner» (se tabell 1).

Mens sedasjon helst brukes for å oppnå reduksjon av angstsymptomer i selve behandlingssituasjonen, så brukes psykologiske intervensjoner for å oppnå varig reduksjon av tannbehandlingsangsten (23, 24). Kognitiv atferdsterapi (CBT) er den best dokumenterte psykologiske behandlingsmetoden for angstlidelser generelt og flere studier har vist at metoden også er nyttig som intervensjon ved tannbehandlingsangst (25, 26).

TOO-ordningen (for pasienter som har vært utsatt for tortur, overgrep eller har diagnosen odontofobi) tilbyr via spesialist-team bestående av psykolog, tannlege og tannhelsesekretær kognitiv atferdsterapi mot tannbehandlingsangst etterfulgt av nødvendig

Tabell 1 Hovedkomponentene i «Fire gode vaner»-modellen og ferdighetene som trengs for å kunne bruke den på riktig måte.

Vane	Evne/ferdighet
Invester i innledningen	Bygg relasjon kjapt
	Få fram pasientens bekymringer
	Planlegg besøket sammen med pasienten
Ta pasientens perspektiv	Spør om pasientens ideer
	Få fram spesifikke ønsker
	Utforsk påvirkning på pasientens liv
Vis empati	Vær åpen for pasientens følelser
	Gi empatisk tilbakemelding
	Vis empati nonverbalt
Invester i avslutningen	Gi diagnostisk informasjon
	Gi nødvendig opplæring
	Involver pasienten i avgjørelser
	Fullfør timen

tannbehandling hos annen tannlege (se faktaramme). Hele behandlingsløpet er kostnadsfritt for pasienten. Innvendinger mot ordningen har vært lang reisevei og lange ventelister. Pasienter med sterk tannbehandlingsangst, men som ikke kvalifiserer for diagnosen odontofobi, er utelukket fra dette tilbudet med mindre de har opplevd overgrep eller har vært utsatt for tortur.

Pasienter med tannbehandlingsangst har økt risiko for å ha andre psykiatriske lidelser (27). Vi vet likevel lite om tilstedeværelsen av andre psykiske lidelser, som for eksempel post-traumatisk stress lidelse (PTSD), påvirker sannsynligheten for å lykkes med behandling av tannbehandlingsangst hos pasienter. I 2002 fant Kvale og medarbeidere (25) ingen signifikant forskjell i behandlingseffekt mellom pasienter med en enkel fobi og dem med multiple diagnoser.

De aller fleste studier som er gjort på behandling av tannbehandlingsangst beskriver tverrfaglig behandling utført i spesialklinikker (24). I en artikkel fra 2019 tok Hare til orde for at pasienter med svært alvorlig grad av tannbehandlingsangst bør henvises for behandling av psykolog og tannlege sammen mens mildere tilfeller godt kan håndteres med enklere psykologiske teknikker av allmenntannleger (28). Tilbake i 2000 testet Willumsen et al en 10-sesjons intervensjon med kognitiv atferdsterapi administrert av en tannlege alene. De fant klinisk signifikante forbedringer i angsten som holdt seg stabile over en fem-årsperiode etter behandlingen (29). Til tross for disse lovende funnene på behandling av tannbe-

handlingsangst utført av allmenntannlege, har få, om noen, systematiske studier undersøkt effekten av behandling av tannbehandlingsangst innenfor rammene av en allmennpraksis. Behovet for slike studier har vært påpekt i oversiktsartikler både av Armfield og Heaton (28) og de Jongh (30).

I Norge, som i mange andre land i verden, utføres tannbehandling på voksne oftest av tannleger i allmenn privatpraksis. Bruk av evidensbaserte metoder for å redusere angsten i allmennpraksis vil øke tilgangen til behandling både med hensyn til reisetid og ventetid. Tidlig angstintervensjon kan øke sjansen for å unnsnippe fra den onde spiralen beskrevet av Berggren. En slik tilnærming kan gi helse- og økonomigevinster både på samfunns- og individnivå, og man kan forebygge pasientlidelser forårsaket av ubehandlet oral sykdom.

Behovet for en effektiv førstelinjebehandling for tannbehandlingsangst lå bak ønsket om å utvikle en manual for kognitiv atferdsterapi administrert av tannleger (D-CBT – «dentist-administered CBT»-manual) og teste denne behandlingen ut i et randomisert klinisk forsøk mot en «beste praksis»-behandling. Tannbehandling i tråd med «Fire gode vaner» kombinert med sedasjon med midazolam («Four Habits Model»/midazolam) ble vurdert som en passende beste-praksis kontrollbetingelse.

Studien testet følgende tre hypoteser:

- 1: Både tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi- og «Fire gode vaner»/midazolam-behandling vil gi reduksjon i tannbehandlingsangst.
- 2: Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi vil gi større reduksjon i tannbehandlingsangst enn «Fire gode vaner»/midazolam-behandling.
- 3: Behandling av tannbehandlingsangst er assosiert med en økt oral helserelevanter livskvalitet og generell livskvalitet.

Materiale og metoder

Design og deltakere

Studien var en to-armet parallell randomisert kontrollert studie lokalisert til en privat tannlegepraksis i Mandal. Den ble godkjent av Regional etisk komite (REK) med ID-nummer 2017/97, og er registrert i clinicaltrials.gov med identifikasjon: NCT03293342.

Totalt 96 pasienter ble innlemmet i studien mellom september 2017 og mars 2020. Informasjon om studien ble spredt via annonser i lokalaviser og via sosiale media (Facebook), samt til tannlegekolleger i distriktet. Inklusjonskriterier var (i) selvrappert tannbehandlingsangst som var så alvorlig at det påvirket pasientens selvverderte evne til å motta tannbehandling (ingen nedre grense for målt tannbehandlingsangst) og (ii) evne til å kommunisere flytende på norsk.

Pasienter som tok kontakt fikk først en time der en forskningsassistent (tannlegeassistent), ga detaljert informasjon om studien. Det ble også informert om det offentlige behandlingsalternativet via TOO-team, for å sikre at pasientene var klar over sine mulige rettigheter der. Deretter skrev pasienter som ønsket å delta i denne studien under på et informert samtykke, fylte ut en baseline spørreskjemapakke og ble randomisert til intervensjonsgruppen (n=48) eller kontrollgruppen (n=48) med 1:1 ratio. Figur 1 presenterer et flytskjema av studieprosedyren.

Alle pasienter ble behandlet av samme tannlege (MSH) som beskrevet nedenfor. Pasientene ble tilbudt fire til fem kostnadsfrie behandlingssesjoner. Total varighet på behandlingen var lik i begge grupper; omtrent 300 minutter. Noe tannbehandling ble utført som del av intervensjonen for pasienter i FHM-gruppen. Behandlingen kunne typisk være profesjonell tannrengjøring, lokal bedøvelse og 1-4 komposittfyllinger. I gruppen som fikk tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi ble mengden tannbehandling bestemt av progresjonen på terapien og var mindre omfattende, det ble sjelden lagt mer enn én komposittfylling. For alle pasienter var tannbehandlingen som ble gitt som del av angstbehandlingen kostnadsfri. Den påfølgende tannbehandlingen, som foregikk hos annen tannlege, var med ordinær finansiering, noe som i det fleste tilfeller innebar at pasienten bar hele kostnaden selv.

Alle sesjoner ble filmet. Andre og siste forfatter evaluerte et tilfeldig utvalg av videopptak sammen og vurderte om behandlingene var i tråd med manualene. I dette arbeidet ble manualene sammenfattet til en sjekklister og vurderingen ble gjort ved å undersøke om alle tema på listen var inkludert i behandlingen på relevant måte.

Behandlingsmetoder

Manualen for tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi, D-CBT-manualen, ble utviklet i fire trinn: (i) Basert på litteratursøk og klinisk erfaring ble det utviklet et første manualutkast som beskrev intervensjonen i detalj. (ii) Manualen ble evaluert av alle medforfattere og av en ekspertgruppe som bestod av tre kliniske psykologer og tre tannleger med et høyt nivå av klinisk erfaring i behandling av målgruppen. Basert på deres tilbakemeldinger ble den endelige manualen utformet. (iii) Manualen ble testet i en pilotstudie som inkluderte 10 pasienter med tannbehandlingsangst.

Manualen for tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi består av fire hovedkomponenter: A. Bygge en god relasjon med pasienten, B. Opplæring i angstens funksjon og symptomer, C. Kartlegging av individuelle symptomer på angst og til sist D. Eksponering for angstfremkallende stimuli. D-CBT-manualen er tilgjengelig elektronisk (31).



Figur 1. Utforming og flyten i studien. (Under omlegging av systemet ved Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo gikk flere registreringer tapt.)

Beste praksis kontrollbetingelsen var tannbehandling under midazolamsedasjon samtidig som man fulgte prinsippene i «Fire gode vaner»-modellen (tabell 1). Tre hundre minutter ble tilbrakt sammen med pasientene gjennom fire forskjellige timeavtaler, en for å planlegge behandlingen, to til for å gjøre tannbehandling under premedisinering og en siste for avslutning og planlegging av videre behandling. Metodene benytter seg av kontrasterende prinsipper for behandling som er nærmere klargjort i tabell 2.

Bakgrunnsdata

Informasjon om pasientens alder, kjønn, antall år siden sist behandling, og hvorvidt man har opplevd en traumatisk hendelse ble samlet inn ved baseline.

Utfallsvariabler

De følgende registreringer ble gjort første gang for randomisering i grupper og andre gang etter gjennomført intervensjon:

The Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) består av fem spørsmål om forskjellige potensielt angstprovoserende stimuli på en 5-punkts skala med følgende alternativer: «ikke engstelig», «litt engstelig», «noe engstelig», «veldig engstelig» og «ekstremt engstelig». En sumskår (5–25) på 19 eller høyere indikerer ekstremt høy tannbehandlingsangst (32–35). Cronbachs α av MDAS's dimensjoner er tidligere rapportert å være 0,89 (36), mens den i denne studien var 0,75. Flere studier har funnet som bekrefter skalaens validitet (34, 37).

IDAF («Index of Dental Anxiety and Fear») var utviklet av Armfield i 2010 og er oversatt til norsk ifølge standard prosedyrer (38). Den har tre moduler (IDAF-4C (angst og frykt), IDAF-S (stimuli), and IDAF-P (fobi)) som kan brukes separat eller i kombinasjon (39–41). Cronbachs α i et svensk klinisk utvalg var 0,94 (42), mens den var 0,71 i inneværende studie.

«Oral Impact on Daily Performances» (OIDP) måler oral uhelse og hvordan den påvirker fysisk, sosial og fysiologisk funksjon (43–45). Gjennom åtte spørsmål utforskes det hvor ofte oral helse-relaterte problemer har negativ påvirkning på daglige oppgaver eller funksjoner (pusse tenner, sove, smile etc.). Hvert spørsmål besvares på en 5-punkt skala; svarene spenner fra «hver dag» til «aldri», der man har en reversskår med 1 for aldri og 5 for hver dag. Totalskår varierer da mellom 5 og 40 der høyere skår indikerer en høyere negativ innflytelse av oral uhelse på dagliglivet. God validitet og intern konsistens er vist i tidligere studier (44, 46). Cronbachs α i studiens utvalg var 0,91.

«Satisfaction with Life Scale» (SWLS) er et selvrapporteringsverktøy utviklet av Diener i 1985 (47). Det undersøker livstilfredshet og består av fem spørsmål som skåres fra 1 – 7. (48, 49). Norma-

Tabell 2 Kontrasterende prinsipper mellom tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi og «Fire gode vaner» kombinert med sedasjon med midazolam.

	Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi	«Fire gode vaner»/midazolam
Fokus	Stimuli-tanker-angst	Effekt av midazolam, avslapning, likegyldighet
Angstaktivering	Nødvendig	Ikke ønsket
Læringsmåte	Skjemaskifte	Positive opplevelser fra lignende situasjoner
Indikasjon på endring	Reduksjon av katastrofetanker	Reduksjon av fryktrespons
Middel for endring	Dialog og atferd	Atferd
Tannlegens rolle	Sokratisk dialog-partner	Administrere midazolam
Oppstart av tannbehandling	Etter tre til fem timer	Etter en time
Praktiske implikasjoner	Ingen	Faste, trenger følge, redusert funksjon resten av dagen
Etterutdanningsbehov	Spesifikke kurs og trening etter endt tannlegeutdanning	Ingen, kommunikasjon og farmakologikunnskaper fra tannlegeutdanningen er tilstrekkelig.

tive data for SWLS er tilgjengelig for diverse utvalg (50) og i et representativt norsk utvalg var gjennomsnittsskår 26,2 (49). Validiteten er tidligere vist å være god med Cronbachs α på 0,87 (51). I denne studiens utvalg var Cronbachs α 0,91.

Alle pasienter ble spurt om de noen gang hadde opplevd en traumatisk hendelse. Hvis svaret var ja, ble pasientene forelagt et 17-spørsmålsskjema om symptomer på post-traumatisk stresslidelse (PTSD) via PCL-S («PTSD checklist for DSM-IV», versjon PCL-S). Den totale symptomalvorlighetsskår var mellom 17 og 85. Grenseverdi for sannsynlig PTSD er satt til å være 30–35 i populasjonsscreeninger (52). Det er rapportert gode resultater for validitet og reliabilitet og PCL har vist seg å kunne brukes i screeninger for PTSD (53).

Ved slutten av studieperioden ble pasientene spurt om de ønsket å fortsette behandling hos en lokal allmennpraktiserende tannlege eller foretrakk videre angst- og tannbehandling i TOO-ordningen.

Utvalgsstørrelse

Utvalgsstørrelse ble estimert fra forventet endring av DAS (Dental Anxiety Scale)-verdier blant pasienter med tannbehandlingsangst (uten diagnosen odontofobi), som var rapportert i en norsk studie

utført av Kvale og medarbeidere (25). Man tok høyde for forholdsvis stort frafall (50 %) for å ha mulighet til å teste effekten av behandlingen i et lengre tidsperspektiv. Ut fra disse analysene ble det bestemt å inkludere 48 pasienter i hver gruppe.

Dataanalyse

Statistisk analyse ble gjennomført ved hjelp av Stata/SE 16.0 statistisk programvare. Visuell inspeksjon av histogrammer indikerte ikke-normalitet på de fleste variabler. Tabeller over skjevhet og kurtose bekreftet dette. Av den grunn ble behandlingseffekter analysert ved hjelp av ikke-parametriske analyser. Wilcoxon matched-pairs signed-rank test ble brukt i tillegg til Wilcoxon rank-sum test. For binære data ble Pearsons chi-squared test brukt. Effektstørrelser ble beregnet ved hjelp av Cohens d. P-verdi for signifikans ble satt til 0,05. Dataene ble oppbevart og analysert i anonymisert form, kun identifiserbare ved prosjektnummer, ved Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo. Funnene rapporteres i henhold til de oppdaterte retningslinjene til CONSORT 2010 (54, 55).

Resultater

Hundre pasienter ble tilbudt å være med i studien, fire pasienter takket nei og oppga en av to følgende årsaker: pasienten synes angsten var for lav til at behandlingen var nødvendig eller at han/hun foretrakk en mer økonomisk gunstig behandling i TOO-team. Totalt startet 96 pasienter behandling og 82 fullførte den. Ingen pasienter ble ekskludert, alle var over 18 år og snakket flytende norsk. Under omlegging av systemet ved Tjenester for Sensitive Data

(TSD) ved Universitetet i Oslo ble flere registreringer slettet og fem var ikke mulige å gjenopprette fra eksisterende backup. 77 pasientregistreringer var derfor tilgjengelige for analyse.

Gjennomgang av et tilfeldig utvalg av videoopptak av behandlingene ble gjort. Momentene fra sjekklistene for hver av behandlingene ble ansett å ha blitt inkludert på relevant måte i alle gjennomgåtte videoopptak.

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom behandlingsgruppene med hensyn til bakgrunnsvariabler (tabell 3). Pasientene viste seg å være en svært heterogen gruppe. Alder varierte mellom 19 og 65 år, mens MDAS-scoringer varierte mellom 12 og 25. Blant de 96 pasientene som startet behandling, hadde 82 (85%) en skår på 19 eller høyere. Blant de 54 pasientene som oppga å ha gjennomgått traumatiske opplevelser, hadde 38 (70%) en PCL-S-skår på 35 eller høyere. Antall år siden siste tannbehandling varieret også mye; fra 0 til 40 år.

Angstreduksjonen fra før til etter behandling, målt med MDAS eller IDAF, var størst i gruppen som fikk tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi, men forskjellen i angstreduksjon mellom gruppene var ikke signifikant, se tabell 4 for detaljer. Begge behandlingsmetoder ga stor og lignende reduksjon av tannbehandlingsangsten. Cohens d effektstørrelser (basert på MDAS-skår) var store; 1,8 (KI=1,3–2,3) i intervensjonsgruppen og 1.6 (KI=1,2–2,1) i kontrollgruppen. Andelen pasienter med ekstrem tannbehandlingsangst (MDAS-skår >19) gikk ned fra n=31 (86%) til n=6 (17%) i gruppen som fikk tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi og fra n=34 (83%) til n=8 (20%) i kontrollgruppen.

Tabell 3 Bakgrunnsvariabler for pasienter i de to intervensjonsgruppene sammenlignes i denne tabellen. Skår på MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) og IDAF-4c («Index of Dental Anxiety and Fear; anxiety and fear module») er inkludert i tabellen sammen med alder, kjønn, år siden sist ordinære tannbehandling og prevalens av traumatiske hendelser i tillegg til skår på PCL-S (PTSD checklist for DSM-IV).

Variabler	Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi (n=48)	«Fire gode vaner»/midazolam (n=48)	Forskjell mellom gruppene
Alder, gjennomsnitt (95% KI)	38 år (34,5-41,9)	39 år (35,4-42,2)	1 år (-4,4-5,6)
Kjønn, prosent kvinner	69%	69%	X ² =0,42
År siden sist tannbehandling (95% KI)	11 år (7,2-13,8)	9 år (6,4-11,9)	2 år (-2,8-5,6)
MDAS, gjennomsnitt (95% KI)	21 (20,2-21,8)	21 (20,2-21,9)	0 (-1,9-2,5)
IDAF-4C, gjennomsnitt (95% KI)	4.2 (4,0-4,3)	4.1 (3,9-4,3)	0 (-0,4-0,6)
Traumatisk hendelse, prosent	54%	58%	X ² =0,17
PCL-S>35, prosent	40%	38%	X ² =0,83
PCL-S gjennomsnitt (95% KI)	43 (36,6-48,8)	39 (34,4-42,7)	-4 (-11,2-2,9)

Skår på alle IDAF-S-spørsmål gikk signifikant ned under behandlingen. Frykt for smerte, å bli behandlet av en ufølsom tannlege og tap av kontroll var de mest angstskapende stimuli hos pasientene. Ingen signifikante forskjeller mellom gruppene ble funnet.

Skår på livskvalitet (SWLS) endret seg ikke signifikant under behandlingen, og oral helserelatert livskvalitet endret seg kun signifikant i intervensjonsgruppen, og ikke i kontrollgruppen. Likevel var det ikke en signifikant forskjell mellom behandlingsgruppene.

Totalt droppet 14 pasienter ut av studien, 9 i intervensjonsgruppen og 5 i kontrollgruppen. Ingen signifikante forskjeller i bakgrunnsdata ble funnet mellom de som fullførte og de som falt fra (tabell 5). Det var flere kvinner enn menn som falt fra, og flere med

skår over grenseverdi på PTSD-symptomer i frafalls-gruppen, men ingen av disse forskjellene var signifikante. Når det var mulig ble pasienter spurt om årsak til at de avsluttet deltakelsen (figur 1)

For å avgjøre om funnene hadde blitt påvirket av frafall ble det gjort en «Intention-to-treat»-analyse på alle primære utfallsmål (tabell 6). Erstatning av manglende data ble gjort ved metoden LOCF («last-observation-carried-forward»), noe som i dette tilfellet betydde at etter-verdier ble satt like som før-verdier, og derved at behandlingseffekt ble antatt å være null for alle som droppet ut av studien/data som gikk tapt. Behandlingseffekten var statistisk signifikant også med denne metoden, og effektstørrelsene holdt seg store.

Tabell 4 Utfallsmål rapportert etter intervensjon. Gjennomsnittsskår på MDAS («Modified Dental Anxiety Scale»); IDAF-4C («Index of Dental Anxiety and Fear», angst og frykt modul); SWLS («Satisfaction with Life Scale») og OIDP («Oral Impact on Daily Performance») før (pre) og etter behandlingen (post) for hver behandlingsgruppe. KI: konfidensintervall. Signifikante forskjeller: *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001.

Spørreskjema	Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi (n=36)		«Fire gode vaner»/midazolam (n=41)		Forskjell mellom gruppene
	Pre	Post	Pre	Post	
MDAS (95% KI)	20.9 (19,8-21,9)	14.2 *** (12,6-15,8)	21.0 (20,0-21,9)	14.5 *** (12,9-16,0)	0.3 (-1,8-2,5)
IDAF-4C (95% KI)	4.1 (4,0-4,3)	3.1 *** (2,7-3,5)	4.2 (3,9-4,4)	3.2 *** (2,8-3,5)	0.1 (-0,4-0,6)
SWLS (95% KI)	23.7 (20,9-26,4)	23.9 (21,3-26,5)	23.2 (20,7-25,8)	24.2 (22,1-26,3)	0.3 (-3,0-3,6)
OIDP (95% KI)	18.3 (15,2-21,3)	16.5* (13,7-19,4)	21.2 (18,4-23,9)	20.2 (17,7-22,8)	3.8 (-0,1-7,5)

Tabell 5 Bakgrunnen til pasientene som fullførte deltakelsen i prosjektet sammenlignet med dem som ikke gjorde det. (KI: konfidensintervall)

Variabler	Fullført deltakelsen i prosjektet (n=82)	Falt fra underveis (n=14)	Forskjell mellom gruppene
Alder, gjennomsnitt (95% KI)	39 år (36,3-41,7)	36 år (29,0-42,0)	4 år (-3,5-10,5)
Kjønn, prosentandel kvinner	63 %	79 %	X ² =1.22
År siden sist tannbehandling, gjennomsnitt, (95% KI)	10 yr (7,4-12,2)	10 yr (5,7-14,0)	0 yr (-6,0-6,0)
MDAS, gjennomsnittsskår (95% KI)	21 (20,3-21,6)	21 (20,4-22,3)	0 (-2,1-1,3)
IDAF-4C, gjennomsnittsskår (95% KI)	4.1 (4,0-4,3)	4.3 (4,0-4,5)	0 (-0,4-0,2)
Traumatisk hendelse, prosentandel	56 %	57 %	X ² =0,01
PCL-S score>35, prosentandel	38 %	50 %	X ² =0,91
PCL-S, gjennomsnittsskår (95% KI)	43 (38,8-47,0)	47 (37,1-56,2)	-4 (-14,1-6,6)

MDAS: «Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)»; IDAF-4C: «Index of Dental Anxiety and Fear anxiety and fear module»; PCL-S; PTSD checklist for DSM-IV (PCL), versjon PCL-S.

Ved slutten av deltakelsen ble pasientene tilbudt henvisning videre, enten til egenfinansiert tannbehandling hos en lokal allmennpraktiserende tannlege de selv valgte eller til offentlig finansiert angst- og tannbehandling via TOO-team. Totalt ønsket 23 (30%) pasienter henvisning til TOO. Hovedårsaker til dette var økonomiske hensyn og gjenværende høy angst.

Diskusjon

I denne studien ble pasientenes tannbehandlingsangst effektivt behandlet med både tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi og sedasjon i kombinasjon med en evidensbasert kommunikasjonsmetode. Angstreduksjonen var sammenlignbar ved bruk av begge metoder, og ingen signifikante forskjeller i effekt ble funnet.

RCT-designet og bruken av validerte måleinstrumenter samt standardiserte behandlingsmanualer er metodologiske fortrinn som styrker generaliserbarheten av funnene fra denne studien. Det øker også kvaliteten på studien at etterlevelse av manualer ble evaluert gjennom videoopptak.

En og samme tannlege behandlet alle pasientene. Dette representerer både en styrke og en begrensning for studiedesignet. Styrken er at variasjon mellom ulike tannleger – hvordan de møter pasienter og måten de gjennomfører behandlingen på – ikke kunne påvirke funnene. Den observerte variasjonen mellom resultatene for pasientene kan derfor antas å være forårsaket av behandlingen de mottok. Men dette designet gir også en viktig svakhet; siden kun én tannlege utførte alle behandlinger så kan man ikke uten videre generalisere funnene til andre tannleger.

En annen begrensning er tidsrammen for studien. I en studie av Johren og medarbeidere (58) som sammenlignet effekten av en psykologisk intervensjon med behandling under midazolamsedasjon, fant man at den initiale angstreduksjonen for gruppen som ble sedert forsvant etter to måneder (56). Et annet aspekt er at man kan forvente at pasientgruppen som ble sedert vil ha behov for dette også ved videre tannbehandling. Det er følgelig usikkert hvilke

langtidseffekter som kan forventes og hvordan de vil variere mellom gruppene etter behandling med de to metodene som ble benyttet i denne studien.

Frafallsraten var 20% totalt og høyere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Skjevfordelt frafall antas å være en konsekvens av en plutselig endring i hvordan behandling av pasienter med tannbehandlingsangst ble finansiert av det offentlige. Det var flere pasienter som valgte TOO-team framfor deltakelse i prosjekt akkurat idet offentlig støtte til odontofobipasienter via Helfo ble avsluttet. Tilfeldigvis så var det flest pasienter i kognitiv atferdsterapi-gruppen som skulle starte opp behandling akkurat da dette skjedde, og vi tror det er årsaken til skjevfordelingen. Frafaller kan være skjevfordelt i den forstand at de pasientene som ville hatt dårlig effekt av behandlingen i større grad falt fra enn dem som ville hatt god effekt. For å undersøke nærmere hvordan frafall kunne ha påvirket resultatet ble det gjort en «Intention-to-treat»-analyse ut fra en antakelse om at behandlingseffekt var null for alle dem som falt fra. Selv en slik konservativ tilnærming viste at behandlingene ga en signifikant reduksjon av tannbehandlingsangsten. Dette indikerer at studiens hovedfunn ikke ble svekket av de manglende dataene.

Den første hypotesen ble bekreftet: Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi og «Fire gode vaner»/midazolam-behandling er begge assosiert med en signifikant reduksjon i tannbehandlingsangst. Det viste seg også at begge metoder var akseptable for målgruppen; kun én pasient aksepterte ikke den tilfeldig valgte behandlingen (kontrollgruppen) og det var bare fire som ikke fullførte behandlingen på grunn av ikke-møtt. Åttifem prosent av deltakerne hadde en MDAS-skår på over 19. Omtrent halvparten hadde opplevd en traumatisk hendelse, og en tredjedel hadde høy skår på PTSD-symptomer. Dette tyder på at begge behandlingsprosedyrer som ble testet var nyttige for pasienter med variert bakgrunn, ulike ressurser og sårbarheter. Så vidt forfatterne vet finnes det ingen tidligere studier som har utforsket om pasienter med traumatiske hendelser bak seg har god nytte av tannlegeadminis-

Tabell 6 «Intention to treat»-analyse. (KI: konfidensintervall)

Spørreskjema	Tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi (n=36+12=48)		«Fire gode vaner»/midazolam (n=41+7=48)		Forskjell mellom gruppene
	Pre	Post	Pre	Post	
MDAS, gjennomsnitt (95% KI)	21 (20,2-21,8)	16,0 (14,5-17,5)	21 (20,2-21,9)	15,5 (14,0-17,0)	0,5 (-1,5-2,6)
IDAF-4C, gjennomsnitt (95% KI)	4,2 (4,0-4,3)	3,4 (3,0-3,7)	4,1 (3,9-4,3)	3,3 (3,0-3,6)	0,1 (-0,4-0,5)

MDAS: «Modified Dental Anxiety Scale»; IDAF-4C: «Index of Dental Anxiety and Fear anxiety and fear module». Pre; før behandling. Post; etter behandling ifølge LOCF («last observation carried forward»)-modellen.

trert behandling for tannbehandlingsangst ved hjelp av kognitiv atferdsterapi eller sedasjon.

Den andre hypotesen om at tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi er assosiert med større reduksjon i tannbehandlingsangst enn «Fire gode vaner»/midazolam-behandling ble ikke støttet av funnene i studien. Lignende funn ble rapportert av Hakeberg og

medarbeidere (57) som fant at både atferdsterapi administrert av psykolog og tannbehandling under sedasjon med diazepam resulterte i signifikant og stabil forbedring i tannbehandlingsangst (10 års oppfølging) (58). De konkluderte at behandlingselementer som var felles for de to metodene (relasjonsbygging, eksponering, fokus på kontroll, detaljert informasjon og gradvis progresjon) sannsynligvis var ansvarlig for en stor del av behandlingseffekten. Dette kan være relevant også for funnene fra denne studien. De fleste studier på behandling av tannbehandlingsangst med kognitiv atferdsterapi har rapportert lignende god effekt (24). Resultatene for sedasjonsbehandling varierer derimot mer. I en studie av Thom og medarbeidere (58) som sammenlignet bruk av benzodiazepiner og én-sesjons behandling med kognitiv atferdsterapi, hadde sederte pasienter dårligst behandlingsresultat. Den mest åpenbare forskjellen mellom behandlingsmanualen til Thom og medarbeidere og behandlingsmanualen for sedasjonsbehandling i denne studien er bruken av en kommunikasjonsmodell til støtte under behandlingen.

En annen mulig forklaring på den manglende forskjellen i effekt mellom gruppene kan være at helt ulike terapikomponenter (som det å lære mer om angstfunksjoner og -symptomer eller våken sedasjon) virker på angsten på forskjellig vis, men likevel gir sammenlignbar reduksjon i angst i begge intervensjonsgrupper.

Den tredje hypotesen om at behandling av tannbehandlingsangst er assosiert med bedret oral helse relatert livskvalitet og generell livstilfredshet ble delvis støttet av funnene. I gruppen som fikk tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi ble det observert en signifikant bedring i oral helse relatert livskvalitet. Samtidig var det ingen signifikante endringer i global livskvalitet i noen av gruppene. Kanskje ville man i større grad sett positive endringer om man hadde gjort en måling etter at tannbehandlingen var fullført og oral funksjon var gjenopprettet. I en studie av Mehrstedt og medarbeidere (59) så man at økt tannbehandlingsangst var assosiert med dårlig oral helse relatert livskvalitet. Forfatterne stiller spørsmålet om en slik sammenheng kan bety at behandling av angsten i seg selv (og ikke bare tannbehandling) kunne påvirke oral helse relatert livskvalitet positivt. Dette kan forklare de signifikante endringene sett i oral helse relatert livskvalitet i intervensjonsgruppen selv før ordinær tannbehandling, men denne forklaringen passer ikke med mangelen på endring i kontrollgruppen.

I tannbehandling, som i annen medisinsk behandling, bør best tilgjengelige behandling tilbys rutinemessig (60). Campbell og medarbeidere peker ut to hovedindikatorer på kvalitet i helsetjenesten; den ene er tilgangen på behandlingen og den andre er effektiviteten til behandlingen (61). Det finnes et stort potensial for økt tilgang til helsehjelp for denne pasientgruppen dersom allmenntannleger effektivt kan behandle tannbehandlingsangst.

FAKTABOKS

Hva er tilrettelagt tannhelsetilbud TOO?

I 2011 etablerte Helsedirektoratet TOO-tilbudet, det vil si tilrettelagt tannhelsetilbud for torturofre, overgrepssatte og de med odontofobi. Tilbudet er todelt og omfatter både angstbehandling og tannbehandling.

De som fyller kriteriene, vil først få angstbehandling eller annen psykologisk behandling. Deretter tilbys de tannbehandling slik at de oppnår en akseptabel tannhelse (Jfr. «God klinisk praksis i tannhelsetjenesten» (IS-1589).

Tverrfaglige behandlerteam TOO

Tverrfaglige behandlerteam TOO består av psykolog, tannlege og annet tannhelsepersonell. Både den psykologiske behandlingen og tannbehandlingen i det tverrfaglige teamet er gratis. Tannhelsetjenestens kompetansesentre har en sentral faglig rolle og har behandlerteam med spisskompetanse.

Når pasientene er i stand til å motta tannbehandling, overføres/henvises de til *Tannbehandlerteam TOO* som kan være team med fylkeskommunalt ansatte eller private tannleger som fylkeskommunen har inngått avtale med.

Tannbehandlerteam skal være del av et helhetlig tilrettelagt tilbud overfor de aktuelle personene, og ha særskilt kompetanse for å ivareta pasientgruppen.

Pasientene får gratis tannbehandling frem til at tannsettet er rehabilitert og vedkommende mestrer behandling innenfor ordinær tannhelsetjeneste.

Tilbudet skal utvikles til en sammenhengende behandlingsskjede hvor tannhelsetjenesten sørger for at pasienten får rett behandling til rett tid.

Hvem omfattes av tilbudet?

- Personer som har vært utsatt for grov tortur
- Personer som har vært utsatt for overgrep av seksuell karakter eller vold i nære relasjoner
- Personer som lider av odontofobi eller annen psykisk lidelse med innslag av odontofobi

Etter samtale med psykolog med påfølgende diagnostisk intervju/screening, vil det fremgå hvorvidt pasienten fyller kriteriene for å omfattes av tilbudet.

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

Det faktum at to kontrasterende behandlingsmetoder viste seg å være like effektive, kan også åpne for at tannlegen kan velge behandling i tråd med pasientens preferanser, så vel som tannlegens ressurser og kompetanse. Dette harmonerer med en første- og andrelinjemodell, hvor tannbehandlingsangst i første rekke behandles av tannleger i allmennpraksis (førstelinjetjeneste). Det tverrfaglige offentlige tilbudet (TOO) kan da spisses mot spesielt sammensatte/krevende tilfeller, og pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig angstreduksjon hos den allmennpraktiserende tannlegen (andrelinjetjeneste). En slik modell ville lette presset på TOO-ordningen, og antakelig redusere den lange ventetiden for TOO-behandling.

Framtidig forskning bør teste langtidseffektene og generaliserbarheten til både tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi og kommunikasjonsstøttet sedasjon med midazolam. Det vil også være verdifullt å finne ut mer om hvor mye de ulike behandlingselementene bidrar til den totale behandlingseffekten.

Konklusjonen er at en lokal tannlege i allmennpraksis med riktig opplæring kunne tilby effektiv førstelinjehandling som passer for tannbehandlingsangst av varierende alvorlighetsgrad både med kognitiv atferdsterapi og kommunikasjonsstøttet sedasjonsbehandling.

Takk

Vi vil gjerne takke Kari Laudal for hennes uvurderlige assistanse gjennom hele forløpet av studien. Vi vil også takke Anne Birgit Vintermyr for hennes viktige bidrag som sørget for at studien fortsatte uforstyrret tross administrative utfordringer og Knut Helge Midtbø for nødvendig rådgiving og assistanse med statistikk.

Studien er finansiert av Helsedirektoratet.

Interessekonflikter

Forfatterne erklærer at de ikke har noen interessekonflikter.

REFERANSER

1. Armfield JM. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Aust Dent J.* 2010;55(4):368-77.
2. Oosterink FM, de Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci.* 2009;117(2):135-43.
3. Strom K, Skaare AB, Willumsen T. Dental anxiety in 18-year-old Norwegians in 1996 and 2016. *Acta Odontol Scand.* 2020;78(1):13-9.
4. Astrom AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health.* 2011; 11: 10.
5. Wigen TI, Skaret E, Wang NJ. Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. *Int J Paediatr Dent.* 2009;19(6):431-7.
6. Hill KB, Chadwick B, Freeman R, O'Sullivan I, Murray JJ. Adult Dental Health Survey 2009: relationships between dental attendance patterns, oral health behaviour and the current barriers to dental care. *Br Dent J.* 2013;214(1):25-32.
7. Berggren U, Carlsson SG. A psychophysiological therapy for dental fear. *Behav Res Ther.* 1984;22(5):487-92.
8. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc.* 1984;109(2):247-51.
9. Armfield JM. What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(3):279-87.
10. De Jongh A, Schutjes M, Aartman IH. A test of Berggren's model of dental fear and anxiety. *Eur J Oral Sci.* 2011;119(5):361-5.
11. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health.* 2007; 7:1.
12. Vermaire JH, de Jongh A, Aartman IH. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(5):409-16.
13. Hakeberg M, Wide U. General and oral health problems among adults with focus on dentally anxious individuals. *Int Dent J.* 2018;68(6):405-10.
14. Willumsen T. Odontologisk psykologi. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk; 2018.
15. Strom K, Ronneberg A, Skaare AB, Espelid I, Willumsen T. Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2015;16(4):349-55.
16. Hosey MT, Dentistry UKNCGP. UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry. Managing anxious children: the use of conscious sedation in paediatric dentistry. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12(5):359-72.
17. Craig DC, Wildsmith JA, Royal College of A, Royal College of Surgeons of E. Conscious sedation for dentistry: an update. *Br Dent J.* 2007;203(11):629-31.
18. Manogue M, McLoughlin J, Christersson C, Delap E, Lindh C, Schoonheim-Klein M, et al. Curriculum structure, content, learning and assessment in European undergraduate dental education - update 2010. *Eur J Dent Educ.* 2011;15(3):133-41.
19. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *The Journal of medical practice management: MPM.* 2001;16(4):184-91.
20. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient education and counseling.* 2005;58(1):4-12.
21. Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient education and counseling.* 2011;84(2):163-9.
22. Torper J, Ansteinsson V, Lundebj T. Moving the four habits model into dentistry. Development of a dental consultation model: Do dentists need an additional habit? *Eur J Dent Educ.* 2019;23(2):220-9.
23. Kvale G, Berggren U, Milgrom P. Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32(4):250-64.
24. Wide Boman U, Carlsson V, Westin M, Hakeberg M. Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. *Eur J Oral Sci.* 2013;121(3 Pt 2):225-34.
25. Kvale G, Raadal M, Vika M, Johnsen BH, Skaret E, Vatnelid H, et al. Treatment of dental anxiety disorders. Outcome related to DSM-IV diagnoses. *Eur J Oral Sci.* 2002;110(2):69-74.
26. Haukebo K, Skaret E, Ost LG, Raadal M, Berg E, Sundberg H, et al. One- vs. five-session treatment of dental phobia: a randomized controlled study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008;39(3):381-90.
27. Halonen H, Nissinen J, Lehtiniemi H, Salo T, Riipinen P, Miettunen J. The Association Between Dental Anxiety and Psychiatric Disorders And Symptoms: A Systematic Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2018; 14: 207-22.
28. Hare J, Bruj-Milasan G, Newton T. An Overview of Dental Anxiety and the Non-Pharmacological Management of Dental Anxiety. *Prim Dent J.* 2019;7(4):36-9.
29. Willumsen T, Vassend O. Effects of cognitive therapy, applied relaxation and nitrous oxide sedation. A five-year follow-up study of patients treated for dental fear. *Acta Odontol Scand.* 2003;61(2):93-9.
30. De Jongh A, Adair P, Meijerink-Anderson M. Clinical management of dental anxiety: what works for whom? *Int Dent J.* 2005;55(2):73-80.
31. D-CBT manual [Available from: <https://www.odont.uio.no/iko/om/organisasjon/fagavd/pedodonti-atferdsfag/rutiner-og-metoder/praktisk-manual-d-cbt.pdf>].
32. Schuurs AH, Hoogstraten J. Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21(6):329-39.
33. Haugejorden O, Klock KS. Avoidance of dental visits: the predictive validity of three dental anxiety scales. *Acta Odontol Scand.* 2000;58(6):255-9.

34. Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health*. 2009; 9: 20.
35. Freeman R, Clarke HM, Humphris GM. Conversion tables for the Corah and Modified Dental Anxiety Scales. *Community dental health*. 2007;24(1):49-54.
36. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J*. 2000;50(6):367-70.
37. Boland L, Lawson ML, Graham ID, Legare F, Dorrance K, Shephard A, et al. Post-training Shared Decision Making Barriers and Facilitators for Pediatric Healthcare Providers: A Mixed-Methods Study. *Acad Pediatr*. 2018.
38. Armfield JM. Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess*. 2010;22(2):279-87.
39. Ibrahim H, Lyons KM, Armfield JM, Thomson WM. Performance of the Index of Dental Anxiety and Fear in a population-based sample of adults. *Aust Dent J*. 2017;62(4):478-84.
40. Carrillo-Diaz M, Crego A, Armfield JM, Romero M. Adaptation and psychometric properties of the Spanish version of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Oral Health Prev Dent*. 2012;10(4):327-37.
41. Tolvanen M, Puijola K, Armfield JM, Lahti S. Translation and validation of the Finnish version of index of dental anxiety and fear (IDAF-4C(+)) among dental students. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):85.
42. Wide Boman U, Armfield JM, Carlsson SG, Lundgren J. Translation and psychometric properties of the Swedish version of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C(+)). *Eur J Oral Sci*. 2015;123(6):453-9.
43. Bettie NF, Ramchandiran H, Anand V, Sathiamurthy A, Sekaran P. Tools for evaluating oral health and quality of life. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015;7(Suppl 2):S414-9.
44. Gulcan F, Nasir E, Ekback G, Ordell S, Astrom AN. Change in Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) with increasing age: testing the evaluative properties of the OIDP frequency inventory using prospective data from Norway and Sweden. *BMC Oral Health*. 2014;14:59.
45. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community dental health*. 1988;5(1):3-18.
46. Astrom AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. *Eur J Oral Sci*. 2005;113(4):289-96.
47. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *J Pers Soc Psychol*. 1995;68(4):653-63.
48. Lopez-Ortega M, Torres-Castro S, Rosas-Carrasco O. Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):170.
49. Clench-Aas J, Nes RB, Dalgard OS, Aaro LE. Dimensionality and measurement invariance in the Satisfaction with Life Scale in Norway. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2011;20(8):1307-17.
50. Pavot W DE. Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*. 1993; 5: 8.
51. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-5.
52. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*. 2015;28(6):489-98.
53. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther*. 1996;34(8):669-73.
54. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int J Surg*. 2012;10(1):28-55.
55. Moher D, Stewart L, Shekelle P. Establishing a new journal for systematic review products. *Syst Rev*. 2012; 1: 1.
56. Thom A, Sartory G, Johren P. Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):378-87.
57. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. A 10-year follow-up of patients treated for dental fear. *Scand J Dent Res*. 1990;98(1):53-9.
58. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG, Grondahl HG. Long-term effects on dental care behavior and dental health after treatments for dental fear. *Anesth Prog*. 1993;40(3):72-7.
59. Mehrstedt M, John MT, Tonnie S, Micheels W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(5):357-63.
60. Campbell S, Tickle M. What is quality primary dental care? *Br Dent J*. 2013;215(3):135-9.
61. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611-25.

ENGLISH SUMMARY

Hauge MS, Storå B, Vassend O, Hoffart A, Willumsen T.

Dentist-administered cognitive behavioural therapy versus four habits/midazolam: An RCT study of dental anxiety treatment in primary dental care

Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 626–36.

The study aimed to test the effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) when administered by a general dental practitioner (GDP) in a general dental practice. In a two-arm parallel randomised controlled trial, the experimental group received a short dentist-administered CBT-intervention (D-CBT). A best-practice control group (FHM) received dental treatment during sedation with midazolam combined with an evidence-based communication model (The Four Habits Model). Ninety-six patients with self-reported dental anxiety were allocated to the study groups in 1:1 ratio. Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) scores spanned from 12 to 25 and 82 (85%) had a score of 19 or more, indicating

severe dental anxiety. In both groups, scores on MDAS and Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C) decreased significantly. Mean reductions were: MDAS: -6.6 (SD=0.5); IDAF-4C: -1.0 (SD=1.1). No differences were found between groups. Cohen's *d* effect sizes (MDAS) were large; 1.8 (CI=1.3–2.3) in the D-CBT-condition and 1.6 (CI=1.2–2.1) in the FHM-condition. In conclusion, local GDPs in general dental practices with proper competence have the ability for early detection of dental anxiety, and by use of a manual based D-CBT and FHM treatment GDPs could offer efficient first-line treatment suitable for dental anxiety of varying severity.

UPHEADS®

> Smarte IT-Løsninger



IT-løsninger for gode arbeidsdager – og lavere skuldre

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

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

Upheads.no

Odontia er i sterk vekst og søker flere dyktige tannklinikker



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

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

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

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



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



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



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

Alltid ivaretatt

ODONTIA
Tannlegene

Kostnadseffektivt å fjerne amalgamfyllinger hos pasienter med helseplager de mistenkte var påvirket av amalgam

Lars Björkman

Helseøkonomiske analyser av data fra et prosjekt med utprøvende behandling viste at fjerning av amalgamfyllinger hos pasienter med helseplager de mistenkte var påvirket av amalgam, var en svært kostnadseffektiv intervensjon. Resultatene av analysene er publisert i tidsskriftet PLoS ONE (1).

Både kostnader knyttet til erstatning av amalgamfyllinger (intervensjonskostnader) og kostnader ved bruk helsetjenester var inkludert i analysene. Sistnevnte ble fastsatt ved hjelp av pasientenes rapporterte bruk av helsetjenester og detaljerte kostnadsberegninger på individnivå. Generell helse og helserelatert livskvalitet ble dokumentert ved bruk av spørreskjemaet «EQ-5D-5L» ved starten av studien og ved oppfølgingen et år etter avsluttet utskifting.

Data fra gruppen som fikk skiftet ut sine amalgamfyllinger (Amalgam-kohort) ble sammenliknet med en gruppe pasienter med lignende plager (sammenligningsgruppe), men som ikke mistenkte at plagene var påvirket av amalgamfyllinger.

Kvalitetsjustert leveår (såkalt QALYs) ble brukt som hovedresultatmål. Den inkrementelle kostnadseffektiviteten (inkrementell kostnad-effekt-ratio; IKER - det vil si ratio mellom forskjellen i kostnader mellom gruppene og forskjellen i kvalitetsjusterte leveår)

OM FORFATTEREN

Lars Björkman er tannlege, med.dr. og leder for Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved NORCE; samt professor II ved Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Adresse: Lars.Bjorkman@norceresearch.no

ble beregnet. IKER ble således estimert som økte (inkrementelle) kostnader ved fjerning av amalgamfyllinger, delt på den inkrementelle nytten (økte nytten), og uttrykkes som kroner per kvalitetsjusterte leveår:

$$\text{IKER} = \frac{(\text{Kostnad (Amalgam kohort)} - \text{Kostnad (sammenligningsgruppe)})}{\text{QALY (Amalgam kohort)} - \text{QALY (sammenligningsgruppe)}}$$

Analysen ble i tillegg utført for å vurdere usikkerhet i beregning av både kostnader og effektivitet. Da de mest sannsynlige verdiene ble brukt i beregningsmodellen, var gjennomsnittlig økt kostnad per pasient i Amalgam-kohorten 19 416 kr sammenlignet med sammenligningsgruppen som fikk ikke fikk amalgamutskifting, mens gjennomsnittlig økning av QALY var 0,119 med en tidshorisont på to år. Dermed var de ekstra kostnadene per QALY av amalgamutskiftingen 162 680 kr, som normalt blir ansett å være kostnadseffektivt i Norge. Den beregnede kostnadsøkningen per QALY sank med økende tidshorisont, og amalgamfjerning ble funnet å være kostnadsbesparende over både 5 og 10 år.

Hos pasienter som tilskriver helseplager til amalgamfyllinger og oppfyller de inklusjons- og eksklusjonskriteriene som var brukt i prosjektet, er amalgamfjerning med en toårs tidshorisont assosiert med en beskjeden økning i kostnader og forbedret helserelatert livskvalitet.

Analysene av data fra studien indikerer at fjerning av amalgamfyllinger hos denne pasientgruppen trolig er en svært kostnadseffektiv intervensjon, men resultatene må tolkes med noe varsomhet grunnet relativt lite datagrunnlag. Spesielt gjelder dette generalisering av resultatene, som ikke uten videre kan overføres til en bredere populasjon enn den som var omfattet av inklusjons- og eksklusjonskriteriene i studien.

REFERANSE

1. Lamu AN, Björkman L, Hamre HJ, Alræk T, Musial F, Robberstad B (2022) Is amalgam removal in patients with medically unexplained physical symptoms cost-effective? A prospective cohort and decision modelling study in Norway. PLoS ONE 17(4): e0267236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267236>



**ARTINORWAY
GRUPPEN**
Formidling og norsk produksjon av tannteknikk



MEDIT



3shape

Din partner i digital workflow

En skanner er mye mer enn å ta et skann!

Vi på Artinorway vet hvor viktig god opplæring og support er i etterkant av et kjøp, derfor ser vi det som vår hovedoppgave at du som kunde skal bli fornøyd hver eneste dag. Gjennom å investere i en skanner fra oss, vil du kunne velge i de ledende produktene på markedet, vi hjelper deg gjennom hele det digitale kretsløpet fra skanning til ferdig arbeid.

Kontakt oss i dag på epost: ola@artinorway.no / postmaster@artinorway.no eller telefon Ola: 94 13 58 92

 /artinorway  #artinorwaygruppen

Apnéskinner som alternativ til kontinuerlig luftveisovertrykk ved ikke-alvorlig obstruktiv søvnapné



Foto: privat

LARS MARTIN BERG

Lars Martin Berg er tannlege utdannet ved Universitetet i Tromsø (UiT) i 2010 med spesialistutdanning i multidisiplinær odontologi ved UiT i 2015. Han har siden 2013 arbeidet med en klinisk studie blant pasienter med obstruktiv søvnapné, som har ført fram til avhandlingen «Treatment success with continuous positive airway pressure or mandibular advancement splints in non-severe obstructive sleep apnea: A randomized controlled clinical trial on sleep quality, health-related quality of life and clinical predictors of treatment success». Berg forsvarte ph.d.-graden ved UiT Norges Arktiske Universitet den 4. april og ph.d.-løpet var veiledet av førsteamanuensis Vegard Bugten (NTNU, hovedveileder fra 2017), professor Tordis Trovik (UiT, hovedveileder til 2017/biveileder fra 2017) samt biveiledere professor emeritus Sølve Hellem (UiB), førsteamanuensis Anders Sjøgren (UiT), førsteamanuensis Oddveig Rikardsen (UiT) og dr.odont. Ketil Moen (Sørlandet sykehus).

Obstruktiv søvnapné (OSA) er en søvnlidelse som karakteriseres av gjentatte pustestans som følge av mykvevskollaps i svelget. OSA øker risikoen for alvorlig sykdom og tidlig død. To vanlige behandlingsalternativer for OSA er kontinuerlig luftveisovertrykk (CPAP) og søvnapnéskinner. Anbefalt bruk av CPAP eller søvnapnéskinner for pasienter med OSA er minst fire timer per natt, mer enn 70 % av nettene.

Målet med den randomiserte kliniske studien i dette ph.d.-prosjektet var å sammenligne behandling med CPAP og søvnapnéskinner med hensyn til bedring i antall pustestans, behandlingsetterlevelse og virkningen fra behandlinga på opplevd søvnkvalitet og helse relatert livskvalitet blant pasienter med ikke-alvorlig OSA. Det ble også undersøkt om «Friedmans

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

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

Tidende ønsker å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserne og som bidrar til

å opprettholde norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2023.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:

– artikkelens systematikk og kilde-håndtering

- innholdets relevans for Tidendes lesere
- disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet
- illustrasjoner

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren.

tongue position» før behandling kan forutsi behandlingseffekten av og etterlevelsen til CPAP- og apnéskinnebehandling.

Totalt 104 voksne pasienter ved universitetssykehusene UNN i Tromsø og St. Olavs Hospital i Trondheim ble tilfeldig satt til behandling med CPAP eller søvnapnéskinner og fulgt opp med kontroller etter fire og 12 måneder. Både «intention-to-treat-analyser» (alle inkluderte deltakerne i prosjektet) og «per protocol-analyser» (kun de deltakerne som etterlevde behandlingen som anbefalt) ble utført ved sammenligning av behandlingsgruppene. Pasientene hadde mellom 10 og 30 pustestans per time søvn i gjennomsnitt før behandling.

Etter 12 måneder var median antall pustestopp per time ved bruk av CPAP redusert til 1,1 (interkvartilbredde 0,6–1,6) og ved bruk av søvnapnéskinner redusert til 10,1 (6,1–16,5). Mens CPAP-behandlingen var klart best til å redusere antallet pustestans, var etterlevelsen til skinnbehandling betydelig bedre enn ved CPAP-behandling. Blant pasientene som

brakte CPAP rapporterte 32,7 % at de brukte CPAP-maskinen så mye som anbefalt, mens 75,0 % av pasientene med søvnapnéskinne rapporterte det samme. Det var ingen forskjell i opplevd søvnkvalitet og helse relatert livskvalitet mellom CPAP- og apnéskinnegruppa etter 12 måneder med behandling.

I dette prosjektet ble det konkludert med at søvnkvalitet og helse relatert livskvalitet etter 12 måneder med CPAP- og apnéskinnebehandling ikke var forskjellig, til tross for stor forskjell i antall pustestans ved behandling. CPAP er fortsatt førstevalg ved behandling av ikke- alvorlig OSA, men effekten på pasientrapportert søvnkvalitet og helse relatert livskvalitet sammen med god behandlingsetterlevelse tilsier at apnéskinner burde være et tilgjengelig behandlingalternativ til CPAP. Videre kan det se ut til at «Friedmans tongue position» for tungeposisjon ikke kan predikere vellykkethet og etterlevelse i behandling med CPAP eller apnéskinne blant pasienter med ikke- alvorlig OSA.

EN NY ÆRA INNEN DENTALFOTOGRAFERING

SMILE LITE MDP

MOBILE DENTAL PHOTOGRAPHY

Spesielt designet for å få de mest fantastiske dentale bilder med din smarttelefon.



Norsk Orthoform  ETABL. 1930
DENTALARTIKLER Depot as

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

ACCREDITED BY
STYLE ITALIANO 



Uteblitt magasin?

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

Vi sørger for å ettersende utgaven som er uteblitt for

tidende

som er medlem i

 **Fagpressen**

BIVIRKNINGSSKJEMA

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

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

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

Tannlege, offentlig Tannlege, privat

Spesialist i:

Tannpleier, offentlig Tannpleier, privat

Lege, sykehus Lege, primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: _____ år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfimthet/allergi:

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

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjon(en)?

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

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
- Hodpine
- Hukommelsesforstyrrelser
- Konsentrasjonsforstyrrelser
- Angst
- Uro
- Depresjon

Annet:

Rapportørens funn
 Ingen

Intraoralt:

- Hevelse/ødem
- Hviltige forandringer
- Sår/blemmer
- Rubor
- Atrofi
- Impresjoner i tunge/kinn
- Amalgamtatoveringer
- Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

- Hevelse/ødem
- Sår/blemmer
- Erytem/rubor
- Utslett/eksem
- Palpable lymfeknuter
- Kjeveleddsdystfunksjon
- Nedsatt sensibilitet

Annet:

Øvrige funn:

- Hevelse/ødem
- Urtikaria
- Sår/blemmer
- Eksem/utslett
- Erytem/rubor

Annet:

Angi lokalisasjon:

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

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, fasader
- Faste protetiske erstattninger
- Avlegbare protetiske erstattninger
- Bittfysiologisk behandling
- Midlertidig behandling
- Rotbehandling (rotfylling)
- Tannkjøtsbehandling
- Oral kirurgi
- Tannregulering
- Forebyggende behandling

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

- Amalgam
- Kompositt
- Kompomer
- Glassionomer
- kjemisk lysherdende
- Bindingsmaterialer ("rimmer/bonding")
- Isolerings-foingsmaterialer
- Fissurforegglingsmaterialer
- Beskyttende filmer (f.eks. varmish, ferriss, 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
- Avtrykksmaterialer
- hydrokolloid elastomer
- Midlertidige materialer – faste proteser
- Midlertidige materialer – avtakbare proteser
- Andre midlertidige materialer
- Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam)
- Andre materialer

Produktnavn og produsent

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

Bivirkingsregisterets notater

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

Yrkesreaksjoner

Reaksjon(e) gjelder lamhelsepersonell 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: **Bivirkingsgruppen**
Arstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: 56 10 73 10

E-post: Bivirkingsgruppen@norceresearch.no
web: www.bivirkingsgruppen.no

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norceresearch.no

Henvisninger

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

Nei

Ja til

Bivirkingsgruppen

tannlege

odontologisk spesialist

allmennlege

medisinsk spesialist eller

på sykehus

alternativt terapeut

Annnet

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

Tannlege/tannpleier/lege:

Sikker/trolig relasjon

Mulig relasjon

Usikker/ingen opplæring

Pasient:

Sikker/trolig relasjon

Mulig relasjon

Usikker/ingen opplæring

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

Nye satsinger i Bergen

Senteret for videre- og etterutdanning, Best, åpnet 29. april. Tor, translasjonell odontologisk forskning, kommer i august. Og kanskje det blir tannlegevakt etter hvert.

 ELLEN BEATE DYVI
 KRISTIN AKSNES



Instituttleder Asgeir Bårdsen ved Institutt for odontologi ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen (UiB) tenker nytt, og resten av ledelsen ved Det medisinske fakultet er med.

– Økonomien er krevende, og de ansatte er veldig løsningsorienterte, sier han, blant annet, om det å være instituttleder:

Best – i vest

– Hva er *Best*?

– *Best* står for *Bergen etterutdanningscenter for tannhelse*, som er et nytt kurstilbud for tannleger og annet tannhelsepersonell, og som åpnet 29. april i år, her ved instituttet, forteller Bårdsen. Senteret er altså faglig og administrativt tilknyttet Institutt for klinisk odontologi.

– Vi tilbyr blant annet arbeidskurs og ulike livedemonstrasjoner ved pasientbehandling. Kursene er åpne for alle, det være seg privatpraktiserende eller offentlig ansatte.

– Det begynte med at fakultetet etablerte en komité som har jobbet frem retningslinjer for etter- og videreutdanning ved hele fakultetet, og som vi nå har trukket ned på instituttnivå. En av våre, Torgils Lægreid, ledet for øvrig arbeidet med retningslinjene på fakultetsnivå. Han er nå sentral i *Best*.

– Hittil har vi lang og god erfaring med videreutdanning ved instituttet, mens etterutdanning er et relativt nytt område for oss. Samtidig har vi all nødvendig og god kompetanse her, og også gode fasiliteter – ikke minst med tanke på Ferdighetssenteret som få eller ingen andre kan matche. Så dette er vi klare for.

– Er det et kommersielt aspekt her, det vil si: Er tanken at dere skal tilby kurs og etterutdanning til tannleger og tjene penger på det?

– Det er ikke det som er hovedhensikten. Samtidig er det slik at vi gjerne vil ha inntekter, for å kunne gi fagseksjonen litt romslighet. Med de stramme budsjettene vi har er det nesten ikke midler til å reise på konferanser eller delta i noe annet faglig som koster. Så hvis de kan få litt romslighet til å dra på noen kurs og konferanser er det fint.

Og det er heller ikke slik å forstå at tanken er at dette skal gå i null. Vi skal tjene penger på det, men dette skal ikke ha noen stor plass i våre budsjetter. Slik kan det sies. Og at vi vil være et supplement mer enn konkurrent til for eksempel NTF og andre som tilbyr kurs. Vi har, som sagt, helt unike fasiliteter som andre ikke har. Ferdighetssenteret, som allerede er nevnt, vil ingen andre kunne tilby. Sånt

finnes ikke på konferansesteder og hoteller der det ellers arrangeres kurs. Det er synd å ikke bruke det.

Og så vet vi ikke hvor hyppig vi vil arrangere kurs ennå. Vi startet opp nå i slutten av april med et kurs, og det neste er planlagt i september.

En annen tanke vi har er at vi kan samarbeide med andre institutter om kurs også. For eksempel kan kursing i helsejournalistikk være noe vi kan tilby på tvers av instituttene. Vi får se hvordan samarbeidet blir etter hvert.

Tor – kontakten mellom klinikk og laboratorium

– Vi er forresten også i gang med et annet nytt senter, for translasjonell odontologisk forskning. Det handler om det som skjer mellom klinikk og lab, altså om dynamikken mellom klinikk og laboratorium. Det heter *Tor*. Skjønt, senter og senter. Det ligger jo ingen steder dette, fysisk. *Tor* blir en paraply for forskergruppene. En mulighet for kontakt, som er etterlengtet. Så *Tor* er ikke et sted. *Tor* er over alt, her på huset, forteller Bårdsen.

– Som logoen til *Tor* viser tenker vi oss *Tor* med hammeren, lyn og torden, som vi assosierer med de gode ideene som blir til.

– Når setter dere i gang med *Tor*?

– Senteret skulle åpnet rett før jul i fjor, og ble utsatt på grunn av covid-19. Ny dato ble satt til 12. mai i år, og nå er det blitt 25. august. Da åpner det. Vi bare venter litt til, for å få med oss de gjestene vi vil ha til stede ved åpningen.

– Er *Tor* laget etter en modell, av noe som finnes andre steder, eller er det noe nytt dere har funnet på her?

– *Tor* er ikke unikt. Det finnes tilsvarende, for eksempel ved Forsythe i Boston. Derfra kommer det forresten noen hit i juni, for å fortelle om hvordan de driver der.

Studieplan for fremtiden

Dere har fått ny studieplan. Kan du si noe om hva som er forandret?

– Jeg kan si at den nye studieplanen er etterlengtet, så vi er glade for at den er ferdig og skal implementeres nå. Samtidig skulle jeg ønske at den var mer radikal, når vi først gjør endringer.

Og det er mye fint i den nye planen.

En ting som er nytt er at studentene skal ta imot pasientene ved en diagnostikkavdeling, og selv være med på å sette en behandlingsplan der. Derfra følger studentene pasientene rundt til de ulike klinikkene, og utfører behandlingen, før de til

slutt ender opp tilbake i diagnostikkavdelingen, der studentene påser at alt er utført og godkjent – før utskrivningen.

Med dette får vi mer kontroll med at alt som skal gjøres blir gjort, enn tidligere da pasientene ble sendt på egen hånd til hver enkelt avdeling.

Nå er det studentene som tar ansvar for å bestille plass ved de ulike avdelingene, følge med og sørge for at helheten kommer på plass.

– Vi må også se litt på undervisningsformene. Jeg ser at vi er veldig tradisjonelle her i Norge, med én pasient, én student, én lærer. Vi skal kikke nærmere på det som kalles *dyad teaching*, som de har et annet ord på i Oslo, og som vi vil se nærmere på her i Bergen nå. Det handler om å sette sammen grupper og diskutere kasus før under og etter, i større grad enn det vi tradisjonelt har gjort.

– De endringene vi gjør i undervisningsformen kan kanskje føre til at det blir litt mindre håndverk i fingrene på studentene. Og det er ikke nødvendigvis et gode, så vi skal få inn så mye vi kan av det også.

– I den sammenheng må det nevnes at vi har en stor utfordring når det gjelder mengden pasienter vi får til klinikkene ved instituttet. Vi får ikke nok, og det er ikke en ny situasjon.

Dette er en av grunnene til at vi tror dyadeundervisning vil være et gode, ved at flere vil kunne få kunnskap ut av et pasienttilfelle enn ved den tradisjonelle undervisningsmodellen.

– Den nye studieplanen er allerede implementert, eller hvordan er det?

– Den kommer for fullt til høsten, og er implementert for kull to nå i vår. Det vil si fjerdesemesterstudentene. Det er et kjempestort kull for øvrig, med 66 studenter. Normalt har vi plass til 48, så det er litt vanskelig å få logistikken til å gå rundt. Og her vil jeg rose de ansatte, som er kreative. De finner løsninger hele veien. Jeg kan egentlig ikke få rost dem nok.

Med så mange studenter på ny studieplan står utfordringene i kø, og jeg kan ikke si annet enn at det er kjekt å være leder for en så løsningsorientert gjeng som vi har her.

– Hvorfor er dette kullet så stort?

– Vi har ikke hatt det frafallet som vi alltid regner med.

Det kan ha noe med covid-19 å gjøre. Med kullet etter har vi motsatt problem. De er ikke flere enn 50, så der tåler vi så å si ikke noe frafall.

– Hva annet er nytt i den nye studieplanen?

– En annen ny ting er at vi begynner mye tidligere med såkalt integrert master. Det er jo ingen master i egentlig forstand. Det er et skriftlig arbeid som vi kaller integrert master, hvor skriftlig arbeid, statistikk og en rapport fra praksisstudiet inngår.

Uansett vil vi nå introdusere det tidligere i studieforløpet, for at studentene skal få mer tid til å fordøye det.

– Hvordan opplever du samarbeidet med de andre lærestedene i landet?

– Vi samarbeider nokså tett, og har jevnlig møter. Vi har ulike utfordringer og drar nytte av hverandres erfaringer på ulike områder. Pandemien har lært oss en del nyttige ting, og gjort det mer aktuelt å dele på forelesninger for eksempel. Det lar seg jo ganske lett gjøre når studentene kan være til stede digitalt.

Når det er sagt må jeg også si at vi er veldig glade for å være tilbake i auditoriet. Det er jo noe helt annet. Og vi skal høste gevinstene av at vi er blitt gode digitalt. Det digitale er kommet for å bli, og det blir aldri det samme eller like godt som det å være til stede fysisk.

Vanskelig økonomi

– Hvordan er det å være en del av et stort fakultet, nå, 14 år etter at dere ble en del av det medisinske fakultet?

– Vi kan trygt si at vi begynner å venne oss til det, og jeg tror ingen tenker at vi skal bryte ut. Det fungerer veldig godt. Og jeg vil gjerne skryte av dekanen, som er inkluderende, pragmatisk og fin som leder. Han ser oss, og gir oss plass. Det er veldig viktig. Vi har ukentlige instituttleder møter, og de skal ha første prioritet. Melder du avbud der skal du ha en god grunn. Der møtes vi og snakker om instituttspesifikke saker, og fakultetsrelaterte saker. Det skal være *vi* og *oss*, og ikke noe *de* andre. Dette jobbes det med.

Og så kan det kanskje tenkes at vi ville kommet bedre ut økonomisk, som eget fakultet. Det vet vi ikke. Jeg tror mye styres av andre ting enn hvordan vi er organisert.

Akkurat nå vet vi at covid-19 har gjort det vanskelig. Det har krevet mye tilpasning, bygningsmessig og utstyrmessig og vi har fått mindre pasientinntekter. Noe er blitt kompensert fra UiB sentralt, og bare det som har med økte utgifter å gjøre. Tapte inntekter er ikke blitt kompensert.

En ting som også rammer oss kraftig nå er det store pensjonskuttet, som regjeringen Solberg bestemte og som iverksettes nå. Vårt institutt har fått et kutt på fem millioner i denne sammenhengen, og det er mye penger for oss.

Stillingene ønsker vi ikke å gjøre noe med, så da må vi finne andre inntekter.

Vi satser på at vi kan vinne noe på et litt større opptak til spesialistutdanningene, med den støtten vi får fra Helsedirektoratet til disse, samt inntekten vi får fra pasientene til disse kandidatene.

Jeg må jo si at jeg er veldig spent på de nye spesialistreglene. De hører vi lite eller ingenting om, til tross for at det ble satt ned en hurtigarbeidende komité for to år siden. Etter sigende er saken kommet til Helse- og omsorgsdepartementet nå. Foreløpig er ingenting kommet på høring, så det venter vi spent på.

I tillegg til at vi har gjort oss avhengige av spesialistutdanningen er vi også rigget for å håndtere den, og har drevet med det i 50 år.

Jeg er litt redd for at Helsedirektoratet tenker at vi skal bli mer lik legene som har flyttet spesialistutdanningene ut av universitetene.

For oss vil det si til kompetansesentrene. Og det er meningsløst, etter min mening. Fordi det er så få kandida-

ter at de ikke kan deles på. Ideelt sett skulle de ikke vært fordelt i det hele tatt. Det er så få kandidater innen hver spesialitet at hvert lærested burde hatt ansvar for hver sin eller hver sine spesialiteter.

For å ta mitt fag, endodonti, som eksempel – der utdannes det tre i året. Det er ikke et volum som det er hensiktsmessig å dele på tre læresteder og fem kompetansesentre. Det sier seg selv. Samfunnsøkonomisk burde dette ligget ett sted.

Hvordan i all verden skal vi kunne dele på dette? Og hvordan skal vi klare å lage fagmiljøer?

Poenget er at vi er ikke som legene. Vi er ikke like mange, og vi har ikke store helseforetak. Jeg er veldig opptatt av at vi har et helt annet volum enn medisin, og slik sett ikke kan sammenlignes.

– Det siste jeg vil nevne er Hatlen-utvalget, som er kommet med forslag som bekymrer. Det dreier seg om økonomi dette også, og om tellekantsystemet – og forslaget om å redusere antall kategorier fra seks til to, eller maksimum fire. Argumentasjonen er trist, og jeg blir litt



Fantastisk tilgjengelighet og effektiv tørklekking, på en komfortabel måte!



- ♦ Pasientkomfort: Holder munnen åpen på en naturlig og skånsom måte, slik at leppene ikke forskyves i eller strekkes
- ♦ Kan sitte på plass ved kontroll av bittet, og åpner mellomrommet mellom leppene og kinnene slik at saliva holdes borte fra tennene og gjør det lettere å komme til med vakumsuget
- ♦ Tilpasset en mengde ulike prosedyrer som fissurforsøgling, kjeveortopedisk bonding, bleking på klinikken osv.

Fås nå også i str. Large

Følg oss!

eu.ultradent.blog

ULTRADENT.EU

© 2022 Ultradent Products, Inc. Alle rettigheter forbeholdt.



Ved åpningen av Bergen etterutdanningscenter for tannhelse (BEST) 29.april 2022. Fra venstre: Asgeir Bårdsen (instituttleder, IKO), Christian Schriwer, Sivakami Rethnam Haug, Torgils Lægred og Per Bakke (dekan, Det medisinske fakultet). Foto: Nils Roar Gjerdet.

skremt. Digitaliseringen har gjort studiene likere, heter det, og vi trenger ikke så mange kategorier lenger. Akkurat som om det ikke fortsatt er like stor forskjell på fagene odontologi og for eksempel fransk. Finansieringen er dårlig som den er, den og kan bli verre med dette. Det er der bekymringen ligger.

Kanskje tannlegevakt

– Noe annet nytt?

– Ja! Vi har vært i kontakt med fylkestannlegen og fått vite at de innskrenker åpningstiden til tannlegevakten – fra å være et tilbud hver kveld pluss helger og helligdager, til kun helger og helligdager. Dermed er hverdagene på kveldstid uten offentlig tilbud om tannlegevakt, og der kan

vi komme inn, har jeg tenkt. Dette er allerede klarert med dekanus, som er positiv og sier kjøør på!

– Selvsagt må det utredes, for å få klarhet i økonomi og pasientflyt og det ene med det andre. Vi må jo klare å dekke alle ukedagene fra mandag til fredag, og det er lite som er konkretisert foreløpig. Vi er på tankestadiet.

– Samtidig ser jeg mulighetene for å få nye pasienter til huset, og ikke minst at studentene får delta aktivt i akuttbehandling. Det siste er det aller viktigste.

– Og jeg håper det eventuelt kan gjøre noe godt for økonomien, som jeg ellers også håper kan snu seg til det bedre snart. Det er riktignok spennende å være instituttleder, selv i trange tider. Og kanskje særlig da. En blir satt på prøve hele tiden, avslutter Asgeir Bårdsen.

Utrettelig til tjeneste

Ivan Vakulenko (39) er tannlege i Oslo. Mens han venter på å få tjenestegjøre i den ukrainske hæren har han hentet flyktninger på grensen til Polen og samlet inn to fulle tilhengerlass med tannlegeutstyr til kolleger i Ukraina.

✍️ TONE ELISE ENG GALÅEN



Ivan Vakulenko bidrar med det han kan for å hjelpe tannleger i hjemlandet. All fritid går med til å organisere forsendelser med utstyr som lastes om på biler og kjøres gjennom Europa til Ukraina.

– Mange av vennene mine er innkalt til hæren, også broren min. Jeg har søkt om å få være med som militærtannlege, men står foreløpig på venteliste som nummer 25. Mange av tannlegene i Ukraina har måttet forlate praksisen sin og melder seg derfor til tjeneste, sier Vakulenko.

– Her i Norge er du trygg. Hvorfor vil du inn i hæren og ut i krig?

– Det er vanskelig å forklare. Jeg tror det handler om et instinkt, det føles selvsagt å skulle forsvare hjemlandet mitt, sier han.

To ganger ved grensen

En krig handler ikke bare om den fysiske krigføringen. Parallelt med maskingeværild, tanks og bomber som faller, foregår det også en krig om ressurser. Vakulenko bidrar der han kan. Som organisator, tolk, innsamlingsleder, kontaktperson og tannlege, har han siden krigens utbrudd i februar vært gjennom Europa to ganger i buss for å hente flykninger. Han har samlet inn flere hundre kilo med tannlegeinstrumenter og annet odontologisk utstyr. Sammen med kamerater har han levert kjøretøy til den ukrainske hæren, og han har gitt gratis tannbehandling til et per titalls ukrainske flykninger her i Norge.

– Det jeg kan tilby er min kunnskap, erfaring og kapasitet. All fritiden jeg har, går til å hjelpe og støtte Ukraina der jeg kan. Slik må det være, det føles riktig og meningsfullt, sier Vakulenko.

To ganger tannlege

Han er utdannet tannlege to ganger, først i Ukraina og så i Norge. Etter å ha jobbet som tannlege i Kharkiv i ni år, bestemte han og kona seg for å prøve noe nytt.

– Jeg solgte praksisen, og så reiste vi til Norge og Tromsø i 2013. Kona begynte å studere økonomi, selv fikk jeg avslag da jeg søkte om autorisasjon som tannlege i Norge. Etter hvert startet jeg på tredje året ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Tromsø, og ble siden uteksaminert som tannlege for andre gang, forteller Vakulenko.

Bare noen dager etter at krigen startet, ble det kjent for en hel verden at ukrainske kvinner og barn tok seg over grensen til nabolandet Polen i stort antall. Mange av dem ante ikke hvor de skulle ta veien videre.

Det var da jeg bestemte meg for å gjøre noe aktivt. Ukrainere vet generelt lite om Norge. De som kom over grensa trengte tolk, og noen som kunne orientere og veilede. I løpet av kort tid befant jeg meg på en buss i retning Polen. Planen var å fylle opp bussen med flykninger og returnere til Norge, sier han.

NRK var med på turen og laget en reportasje, som også ble publisert i Tidende nr. 6–7 i år.

Mange donerer utstyr

Hjemme i Norge har Vakulenko bygget opp et nettverk av givere som bidrar med utstyr som trengs på en tannklinikk.



– Jeg er med i gruppen *Oss tannleger imellom* på Facebook. Den teller rundt 4 000 norske tannleger. Jeg spurte der om noen hadde tannlegeutstyr å donere. Responsen var svært positiv. Mange ønsket å bidra. Det samme gjelder for de leverandørene jeg er i kontakt med. Nesten alle har donert kirurgisk utstyr, materiell og produkter til desinfeksjon. Også *Endodontic Teaching Centre Oslo* har bidratt med mye utstyr, særlig til endodontisk behandling, sier han.

Utstyret fraktes frem til den polske grensen og sendes inn i Ukraina til byen Lviv, der den ukrainske tannlegeforeningen har sitt depot. Alt tannlegemateriell donert fra land i Europa kommer hit før det blir fordelt videre. Her blir det tatt bilder av utstyret, og avsender får en rapport om hvor det ender til slutt.

Vakulenko tok også kontakt med norske apotek i håp om å få tak i lokalbedøvelse, men møtte et byråkratisk problem: Legemidler kan ikke doneres. Da samlet kollegene ved Bekkestua tannklinikk inn 10 000 kroner som var nok til å kjøpe 2 100 anestesikarpyler med nål i Polen.

Når Tidende snakker med Vakulenko skal en ny last med utstyr sendes fra Norge til Ukraina dagen etter. Denne gangen skal alt til Bucha, en by i nærheten av Kyiv. Her blir utstyret lastet av, før bilen kjøres videre til Kharkiv og doneres til militærlegen som redningsbil.

–Tannlegene i Bucha forsøker å renovere den offentlige tannklinikken. De ringte meg og spurte om jeg kunne hjelpe, de mangler alt. Kontorene er helt ødelagt av bombing, men halvparten av klinikken fungerer. De legger ikke lenger fyllinger eller setter inn kroner, alt de gjør nå er akutt. De trekker tenner, eller henviser videre til oralkirurg. Bucha er utbombet, og i tillegg et av stedene hvor det er blitt begått folkemord under denne krigen, forteller Vakulenko.



Kollegaer og leverandører har så langt donerte mange hundre kilo tannlegeutstyr. – Responsen har vært overveldende, sier Vakulenko.

Gratis tannbehandling til flyktninger

Mange tannleger har flyktet fra Ukraina og befinner seg nå i Europa. I likhet med i Norge, får ingen ukrainske tannleger praktisere i europeiske land. Polen er et unntak, her kan de utøve yrket sitt så sant de behersker polsk.

– Det er bare kvinnelige tannleger som kan krysse grensen ut av Ukraina. De mannlige tannlegene som nå står uten pasienter må finne noe annet å gjøre, eller verve seg til hæren. Det er derfor ikke særlig overraskende at jeg står i kø, sier Vakulenko.



Dentalstøp
Tannteknikk

@ post@dentalstoep.no

☎ 55 59 81 70

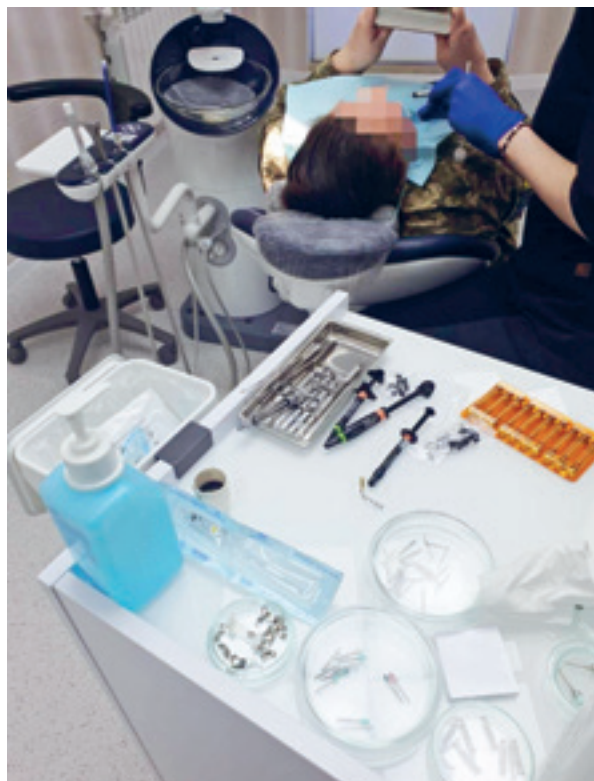
🌐 dentalstoep.no

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





Ved Christiania tannlegesenter Oslo tar tannlege Ivan Vakulenko imot ukrainske flyktninger. I stolen sitter Oksana Nima, tannlegesekretær Danayet Yared Kidane til høyre.



Den generelle tannhelsen i Ukraina er henger sammen med geografi og økonomi. I noen områder av landet er tannhelsen svært dårlig, mens den i store byer med større tilgang til tannhelsetjenester er betydelig bedre. Ukraina har ingen tann- og helsestatistikk å vise til, likevel er Vakulenko ikke i tvil om årsaken.

– Forklaringen er sukker. Ukraina produserer mye sukker for eksport, og det er vanlig for befolkningen å spise mye sukker. Det får konsekvenser. I Ukraina er det helt vanlig at barn må til tannlegen på grunn av smerter forårsaket av karies, forteller han.

Da de ukrainske flyktningene begynte å komme til Norge, tilbød Vakulenko gratis tannbehandling på klinikken. De fleste hadde store tannhelsemessige utfordringer.

– Jeg snakket med klinikkleder for Christiania tannlegesenter, og vi ble enige om at jeg kunne gi gratis behandling i påvente av at NAV utarbeidet retningslinjer for ukrainske

flyktninger over 18 år. Vi spredte informasjon om tjenesten i sosiale medier, og i løpet av den første måneden tok vi imot cirka 20 personer til behandling, i tillegg til mange henvendelser eller konsultasjoner på telefon og Messenger. Nå er det godt organisert og de ukrainske flyktningene får tilbud om tannlegebehandling gjennom det offentlige, eller ved private klinikker i kommunen der de er blitt bosatt, sier Vakulenko.

Han forventer at tannhelsen i den ukrainske befolkningen vil forverres i løpet av krigen. I byer der russerne er blitt presset tilbake, som Kharkiv, returnerer den fordrevne befolkningen.

– I sosiale medier kan jeg se at mine tidligere kolleger kommer tilbake og forsøker å organisere en praksis. Det vil bli nok å gjøre for ukrainske tannleger i årene etter at krigen er over. Du prioriterer ikke tannhelse når mannen din er drept i krigen eller når huset ditt er bombet sønder og sammen, sier Vakulenko.



SAMFUNNSODONTOLOGISK FORUM
SANDEFJORD 14.-15. JUNI 2022



Vestfold og Telemark
FYLKESKOMMUNE

Tannhelsetjenesten i dag og i morgen

Samfunnsodontologisk forum ble arrangert på Scandic Park Sandefjord med 197 deltakere fra hele landet.

 **KRISTIN AKSNES**

Tall fra SSB

Trond Ekornerud ved Statistisk sentralbyrå (SSB) holdt innlegget «Dyrere pasienter og tendenser fra en pandemi», og stilte spørsmålet om hvordan produktiviteten i tannhelsetjenesten kunne økes.

Selv om det er vanskelig å måle produktiviteten i offentlig sektor, kan målene som er brukt i denne sammenhengen tyde på at produktiviteten i tannhelsetjenesten er redusert de siste 12 årene.

Men tallene viser også at sammensetning av de prioriterte gruppene i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) har endret seg i samme periode. Gruppen som helhet er blitt mer ressurskrevende å behandle. At DOT behandler relativt flere ressurskrevende pasienter og gjør flere komplekse behandlinger, kan være en viktig årsak til at utgiftene per behandlet pasient har økt, mente han.

KPR og Hvakostertannlegen.no

Anja Ulseth-Skogan og Øyvind Olav Schjøtt Christensen fra registeravdelingen i Helsedirektoratet snakket om fordeler og muligheter ved et nasjonalt kommunalt pasientregister (KPR). Deres prosjekt er å utvikle og etablere datafangst innenfor blant annet tannhelseområdet, og derigjennom å gi kunnskapsgrunnlag for å fornye, forenkle og forbedre helsesektoren, samt gi et bedre beslutningsgrunnlag for myndighetene.

De har allerede et pilotprosjekt i fylkeskommunene, og håper å få til det samme i privat tannhelsetjeneste i 2022. De kunne fortelle at de også har håp om utrulling og implementering av prosjektet i både privat og offentlig sektor i løpet av 2023.

Dette vil først og fremst kreve samarbeid med leverandørene av de elektroniske pasientjournalssystemene (EPJene), siden datainnsamlingen skal gå automatisk, eller «automagisk», som de optimistisk kalte det.

De kunne også fortelle at Forbrukerrådets portal Hvakostertannlegen.no ble stengt våren 2020 på grunn av for dårlig datagrunnlag. Planen var at prisinformasjonen skulle komme direkte fra EPJene, men det strandet på samarbeidet med EPJ-levelandørene. Her håper Forbrukerrådet at de kan få sine data fra KPR i stedet, slik at portalen kan gjenåpnes.

Tbit-prosjektet

Ingrid Berg Johnsen, psykolog i Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TK-Midt), presenterte prosjektet «Trygge barn i tannbehandlingen» (Tbit). Hun fortalte at fra ni til 20 prosent av alle barn strever med tannbehandling.

Tbit – angstbehandling for barn, er et tilbud til barn mellom åtte og 18 år hvor de bruker eksponeringsterapi og kognitiv atferdsterapi. Desentraliserte Tbit-team tilbyr forholdsvis få behandlinger, og det gir gode resultater.

Tbit driver også generell kunnskapsformidling og tilbyr kurs, opplæring og veiledning ut mot offentlig tannhelsetjeneste. Hun håpet flere fylkeskommuner ville benytte seg av tilbudet. For flere opplysninger, ta kontakt med tkmidt.no

Mangel på systematisk evaluering

Per Lüdeman fra Helsedirektoratet, snakket om tannhelsekostnader og om samfunnet får nok tilbake. Han konkluderte med at det er en mangel på systematiske evalueringer av hva det offentlige finansierer, at tannhelsen i befolkningen generelt er svært god, men at det er utfor-



dringer når det gjelder forskjellen i sosioøkonomiske forhold.

Nødvendig behandling eller overbehandling?

Er overbehandling et problem? Kjetil Reppen stilte spørsmålet i sitt foredrag og viste til en del eksempler på overbehandling, både innenlands og utenlands. Markedsføring foregår ikke lenger på «Gule sider», men på sosiale medier, hvor logaritmene styrer og alt er mindre gjennom-siktig. Mange klinikker tilbyr en svært billig inngangsbillett, men det er behandlingen de foreslår etterpå som koster penger.

– Folk må forstå at de ikke får tannbehandling for 200 kroner, sa han.

Det utdannes ca. 150 tannleger innenlands og 150 tannleger utenlands hvert år, og de fleste vil jobbe i byene. Den private etableringen er avhengig av at tannlegene følger de etiske reglene, både når det gjelder behandlingsforslag og kontrakter med nyutdannede tannleger, sa han.



Det var mange i salen som kommenterte paneldebatten. En av dem var direktør i tannhelsetjenesten i Oslo, Per Christian Prøsh.

Tannbehandling i utlandet – bruk samtykkeerklæringen

Advokat i NTF, Dag Kielland Nilsen, snakket om tannbehandling i utlandet. Tannlegeforeningen mener at faren for å utsettes for antibiotikaresistente bakterier er underkommunisert.

Mange tannleger er skeptiske til å overta behandling av pasienter som har mottatt omfattende tannbehandling i utlandet. De er urolige for å overta det økonomiske ansvaret. En tannlege har samme plikt til å motta utenlandspasienter som andre. Men behandlende tannlege i Norge er ansvarlig for den tannbehandling vedkommende selv utfører, og påtar seg ikke ansvar for tannbehandling mottatt i utlandet.

NTF har utarbeidet en samtykkeerklæring mellom pasient og behandler som kan brukes til akkurat dette. Det sikrer også at pasienten får den informasjonen de trenger. I tillegg har Tannlegeforeningen et policydokument om utenlandsbehandling som ligger på NTFs hjemmesider.

– Utenlandsbehandling utgjør få problemer for norske tannleger i dag, sa Nilsen, og la til at Helfo-refusjonene i forbindelse med tannbehandling i utlandet er ganske små.

Framtidens arbeidsmarked

Carl Christian Blich, privatpraktiserende tannlege og universitetslektor ved Universitetet i Oslo, snakket om fremtidens arbeidsmarked for tannhelsepersonell, og om tjenesten er godt nok forberedt.

– Vi vet lite om tannhelsetjenesten i Norge, men vi vet noe. I 1973 var 50 prosent av befolkningen over 65 år tannløse. Slik er det ikke lenger. Tannhelsen er gått gjennom en revolusjon, og unge mennesker har knapt karies, sa han.

Han tok for seg forholdet mellom antall tannpleiere og tannleger i Norge. I 2020 var den én tannpleier på fire tannleger i gjennomsnitt. Det vil si én tannlege til 2,318 tannpleiere i Den offentlige tannhelsetjenesten og én tannlege til 6,54 tannpleiere i den private delen. Han spurte om dette var lønnsomt, og viste til en undersøkelse gjort på BI som viste at den private klinikken fikk bedre økonomi ved å øke antall tannpleiere i forhold til tannleger.

Hans hovedbetyrning er at tannhelsen er blitt så god at den private delen av allmenntannhelsetjenesten får for lite mengdetrening innen flere områder.

Fremtidens norske tannhelsetjeneste mot 2030

Paal Barkvoll, tidligere dekan ved UiO, nå president i The Association for Dental Education in Europe, ledet paneldebatten på forumets siste dag. Temaet var fremtidens norske tannhelsetjeneste mot 2030. Et av spørsmålene er hva som er kostmetikk og hva som er kostmetisk behandling. Et annet tankekors er lavkostkjeder med utenlandske tannleger som ikke behersker språket, men som etablerer seg her allikevel, samt billig- og lokketilbudene for tannlegjetjenester på sosiale medier.

Barkvoll innledet ved å vise til en viktig milepæl i 2022: Verdens helseorganisasjon, WHO, har vedtatt en resolusjon og en strategi for oral, global helse, som blant annet sier at oral helse skal være integrert i det generelle folkehelsebegrepet og må på den politiske dagsorden. Tannleger må integreres i primærhelsetjenesten for å forebygge og behandle sykdom i det orale området.



Panelet besto av (fra venstre) Tirill Willumsen, Carl Christian Blich, Per Lüdemann, Jostein Grytten og Eva Rydgren-Krona.

Panelet besto av Tirill Willumsen, professor og dekan ved Det odontologiske fakultet, UiO, Carl Christian Blich, privatpraktiserende tannlege og universitetslektor, tilknyttet UiO, Per Lüdemann, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, Jostein Grytten, professor i samfunnsodontologi ved UiO og Eva Rydgren-Krona, tannpleier og rådgiver i Viken fylkeskommune.

Tirill Willumsen innledet med å si at hun like gjerne ville se på underbehandling av sykdom som overbehandling. Mange har få behov, men vi har også grupper som har store behov og sammensatte problemstillinger, og det er for mange mennesker i Norge i dag som ikke får den behandlingen de trenger. Her er samarbeid med andre profesjoner helt avgjørende, sa hun.

– Vi må også begynne å snakke om hva som er helse og hva som er kosmetikk og lage klare kriterier. Det er dessuten diagnosen og følgetilstanden som må utløse økonomisk støtte, ikke pasientgruppen du tilhører, sa hun.

Carl Christian Blich mente at dagens organisering ikke kommer til å fungere i dagens marked.

– Vi har store sosiale forskjeller, og for mange er egenandeler, for ikke å snakke om prisene i den private tannhelsetjenesten, altfor høye, sa Blich. Samarbeidet mellom Den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommu-

nen og de kommunale helsetjenestene fungerer ikke så godt som det kunne ha gjort.

Alle debattantene var enige om at tannhelsetjenesten bør legge mer vekt på forebygging og samarbeid med andre helseprofesjoner.

– Vi trenger en plan for tannhelsearbeid på sykehjem, men også på barne- og ungdomsavdeling på sykehus. Samhandlingskompetanse må læres, det er ikke nok å besøke et sykehjem to ganger i året. Forebygging må dessuten inn i kodeverket, sa Rydgren-Krona.

President i NTF, Heming Olsen-Bergem, tok ordet fra salen og sa at en må få hele problematikken inn på ledelsesnivå, ellers kommer det ikke til å skje noe. I tillegg skjer det ganske store endringer nå, med «Bo trygt hjemme»-reformen og ambulerende psykisk helsevern. Folk er stort sett ikke på institusjon, men hjemme hos seg selv, og de er dårlige. De kommer ikke til oss, vi må komme til dem.

– Vi må tenke nytt om hvordan tannhelsetjenesten skal innlemmes i resten av helse- og omsorgstjenesten. Lederen for fastlegene vet ikke at tannleger og tannpleiere ikke har elektronisk journal, og de vet ikke hvordan de skal kommunisere med oss, sa han.

Hvor er vi i 2030?

– Nå gjenstår det åtte minutter av paneldebatten og det er åtte år til 2030. Hvor tror panelet vi er da? ble det spurt fra salen. Panelet svarte:

– Vi skal i hvert fall ha integrert tannhelsetjenesten og primærhelsetjenestene. Det er overordnet, sa Barkvoll.

– Om åtte år er vi akkurat der vi er i dag. Det er ingen trøkk i Stortinget til å gjøre noe akkurat nå. I tillegg er dagens Helfosystem modent for skraphaugen, sa Jostein Grytten.

– Det er jo typisk at dere skal spørre oss om hvor tannhelsetjenesten er om åtte år. Det må dere jo finne ut selv, sa Per Lüdemann.

– Dette er en paradigmeskiftetid. Det ene dilemmaet er skillet mellom helse og kosmetikk, og det andre er sosiale ulikheter. Vi har såpass store sosiale ulikheter i oral helse, og jeg håper virkelig ikke vi er der vi er nå i 2030, sa Tirill Willumsen.

– Tannhelsen blir stadig bedre, og jeg er bekymret for kvaliteten på reparativt arbeid når tannlegene får for lite å gjøre, sa Carl Christian Blich.

Selve sykdomsbegrepet var også under diskusjon. Hva er sykdom og hva er en normal tilstand?

– Vi må slutte å snakke om null hull. Det er friske tenner, og det er i stor grad det folk har. Med begrepet null hull forventer folk behandling, men de er jo friske, sa Eva Rydgren-Krona.

– Tannlegene opplever massive sosiale forskjeller hver bidige dag, og jeg kjenner meg ikke igjen i diskusjonen, for det er ikke hverdagen vår, lød det fra salen. Jeg synes vi skal være stolte over at vi har Europas kanskje beste munnhelse. Men vi er i en situasjon hvor vi fremdeles driver med kariesbehandling, for karies er ikke borte. Og vi sliter med å få tak i kvalifiserte tannleger både i Oslo og ellers i landet, avsluttet han som dermed fikk siste ord i debatten.

Samfunnsodontologisk forum 2023

Samfunnsodontologisk forum i 2023 blir arrangert i Rogaland.



Sykehjelpsordningen

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



For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no

NIOM 50 år: 1972–2022:

Tester, lister, forskning og informasjon



NIOM, Nordisk institutt for odontologisk materialer, ble opprettet i 1972 for å bidra til trygge og velfungerende tannmaterialer i Norden. Verktøyet var testing av materialer, samt uavhengig forskning og informasjonsvirksomhet.

NIOM OG TIDENDES REDAKSJON

– Det var et stort og viktig mandat, i en tid da det fantes liten kontroll av materialene. Men NIOMs første ansatte kontorsjef Jostein Pettersen, gikk umiddelbart i gang med oppgaven å etablere et nordisk institutt, sier direktør Jon E. Dahl.

Dahl har ledet NIOM siden 2011. Mange kjenner ham i tillegg som professor i odontologi, foreleser og foredragsholder.

Ivar A. Mjör bygde NIOM

– NIOMs andre ansatte var instituttets første leder, professor Ivar A. Mjör, sier Dahl.

Mjör og Pettersen brukte de første årene til å bygge opp instituttet. Spesialister fra flere felt ble hentet inn, og en unik maskinpark bygget opp.

I tillegg kom jevnlig møter både med og i de nordiske landene.

– Utstrakt møtevirksomhet gjorde at instituttet raskt ble kjent innen de odontologiske miljøene i Norden. Nordisk samarbeid var jo høyaktuelt på den tiden, samtidig gikk Mjör ut over Norden. Han bygget NIOM opp til å bli en internasjonalt kjent institusjon, sier Dahl.

NIOMs lister

Spesielt viktig i denne sammenhengen var arbeidet med Nordisk sertifiseringsordning, populært kalt «listene». NIOM testet dentale materialer når det gjaldt blant annet holdbarhet, og ga hvert år ut lister over hvilke materialer som overholdt standardiserte krav.

– I Norge var tannlegene bundet til å kun kjøpe materialer fra disse listene, sier Dahl.

Listene ble raskt internasjonalt kjent. Selv land utenfor samarbeidet, og så langt unna som Australia, brukte etter hvert listene som veiledende for innkjøp. NIOM hadde



NIOMs besetning i april 2022, 50 år etter administrasjonssjef Jostein Pettersen tok opp arbeidet som NIOMs første ansatte. Bakerst fra venstre: Dimitri Alkarra, Silvio Uhlig, Morten Syverud, Tove Brubbakk, Frode Staxrud, Siv Randi Palm, Rune Becher og John Tibballs. Nest bakerste rad: Jan Tore Samuelsen, Jon E. Dahl, Liv Christiansen, Kristin Wille, Katrine Hartmann Isene, Naomi Azulay, Heidi Holm, Hilde M. Kopperud, Hanne Wellendorf og Freya Sofia Andersen. Nest forreste rad: Else Morisbak, Amund Ruud, Aida Mulic, Simen E. Kopperud og Bergitte Olderbø. Første rad: Torbjørn Knarvang, Inger-Sofie Dragland, Maria Pain, Ellen Bruzell og Håkon Valen. Ikke til stede da bildet ble tatt var: Lene Grutle, Solveig Uvsløkk, Mina Sagen, Per Von Steyern og Linda Vos. Foto: Britt K. Andersen.

likevel alltid oppmerksomheten rettet mot de nordiske forholdene.

Gjesteforskere

– For å invitere til økt samarbeid i Norden fikk NIOM også raskt på plass en finansiering av gjesteforskere. Dette gjorde at vi hvert år kunne ta imot flere forskere som var affiliert med nordiske institusjoner. Dette ble og er fortsatt en veldig vellykket ordning, sier Dahl.

Det begynte i det stille med midlertidig ansatte fra ulike nordiske land, og økte på. Siden 1979 har NIOM hatt over 140 gjesteforskere. De fleste er blitt mellom tre og seks måneder, og har bosatt seg midlertidig i Oslo under oppholdet. Da rensker de kalenderen for andre forpliktelser og gir forskningen sin fulle oppmerksomhet. NIOM gir dem en egen veileder og full tilgang til alle ressurser: fra spesialister til instrumenter.

Lederroller innen CEN og ISO

NIOM har helt siden starten vært opptatt av å ha den mest aktuelle kompetansen på området. Dette betyr at det har vært ansatt, og videreutdannet, forskere og ingeniører innen mange felt. Fra klinikere til kjemikere, biologer, metallurger og mer.

– NIOMs unike posisjon som et uavhengig og tverrfaglig kompetansesenter gjorde at vi raskt opparbeidet oss dybdekompetanse som ble anerkjent i det internasjonale miljøet for standardisering, sier Dahl.

NIOM fikk på den måten en stor innflytelse på kvalitetskrav til dentale materialer. Både instituttets ledere og forskere bidro som gruppeledere og medlemmer i arbeidsgrupper i CEN og ISO.

– Instituttets kompetanse innen testing var dessuten med på å sikre at metodene var praktisk gjennomførbare, sier Dahl.

Kommersielle oppdrag

Et stort skifte i NIOMs historie kom på slutten av 90-tallet da EØS-avtalen ikke tillot regioner å ha egne sertifiseringsordninger. NIOMs lister gikk ut av tiden i 1998, men instituttets mandat ble opprettholdt. Det samme ble testaktiviteten.

– Testingen er ofte aktuell innen forskningen, men instituttet tar også på seg oppdrag fra industrien. Vi er et av de få instituttene hvor produsenter av dentale materialer kan få en uavhengig dokumentasjon av produktenes egenskaper, forklarer Dahl.

Forskning i 2022 – bærekraft og bivirkningsproblematikk

Fraværet av listene fikk flere konsekvenser. En av disse var at store mengder tid plutselig ble tilgjengelig for andre oppgaver.

– De siste to tiårene er det blitt mer forsknings- og informasjonsvirksomhet. Hva vi forsker på har også endret seg. I dag er økt levetid på restaureringer, bærekraft og bivirkningsproblematikk viktige forskningsområder, sier Dahl.

Reparasjon av fyllinger, bonding og sementering er viet mye oppmerksomhet. I tillegg kommer blant annet

forskning på nyere materialer som zirkonia, behandling av erosjoner og digital tannpleie. I stedet for en møysommelig prosess med avtrykk, gips og voksmodellering og så støping, jobber man nå digitalt. Pasientens tenner skannes, og filen bearbeides før man 3D-printer eller freser den ferdige restaureringen.

– Dette er både raskere, og mer bærekraftig – med mindre bruk av materialer, sier Dahl.

Jubileumsfeiring

I sitt femtiende år er NIOM fortsatt fullt dedikert til arbeidet for trygge og effektive dentale materialer. Den 12 mai feiret instituttet sine første 50 år med tilbakeblikk og foredrag om aktuell forskning i Oslo konserthus.

I anledning jubileet kom NIOM med en jubileumsbok *En nordisk reise i kunnskap og kvalitet* skrevet av forfatter Vibeke Riiser-Larsen. Boken er basert på intervjuer og muntlige kilder og presenterer dagens forskning samtidig som den løfter frem både de personlige stemmene og de lange linjene. Resultatet er en bok som både feirer og viser frem NIOMs 50 år som nordisk institutt, heter det til slutt i pressemeldingen fra NIOM i anledning jubileet.

For å bestille boken: Ta kontakt med niom@niom.no

Tidende er et nivå 1-tidsskrift, på norsk. Tidende er en del av tellekantsystemet, og publisering i Tidende gir formidlingspoeng.



– Vi er i overkant av 350 000 innbyggere på Island, og i den islandske tannlegeforeningen er vi 294 medlemmer, sa Eva Guðrún Sveinsdóttir i sitt foredrag kalt «Tannhelsetjenesten på Island og effekten av varierende økonomi». På Island har vi nesten bare private tannleger, mens i de andre nordiske landene har dere også offentlig tannhelsetjeneste, så disse systemene er ganske ulike, sa hun.



Pekka Vallittu (t.h.), Finland, snakket om «Bioactivity - what it means with dental biomaterials?» og Per Vult von Steyern, Sverige, om «Dentala keramer; en översikt ur ett kliniskt perspektiv».

NIOMs 50-årsjubileum

ble feiret med foredragsholdere fra hele Norden

📍 KRISTIN AKSNES



Aida Mulic, Ellen Bruzell og Jan Tore Samuelson fra NIOM delte sine tanker om fremtiden.



Helen Pullisaar, Det odontologiske fakultet, Oslo, snakket om «Current and future trends in orthodontic materials».



Ulla Pallesen, Danmark, snakket om kompositte restaureringer gjennom 50 år.



**Å benytte speiltesten
alene vil føre til
underrapportering.**

Kommentar til:

Munnhelse i sykehjem – en undersøkelse gjort i Akershus

(Publisert i Tidende nr. 4, 2022)

I denne artikkelen ble speiltesten utført og resultatene fra denne benyttet til å si hvor stor andel av pasientene som var munntørre. Forfatterne fant på denne måten at 16 % var moderat munntørre og 2 % svært munntørre. I og med at dette handler om beboere på sykehjem som vanligvis er så syke at de ikke kan klare seg selv og som bruker et høyt antall medisiner, synes antallet munntørre å være svært lavt og skyldes nok mer metoden som ble benyttet enn de faktiske forhold.

Sammen med flere kolleger, opprettet jeg Munnørrehetklinikken (Understanding salivary gland function - Faculty of Dentistry (uio.no)) ved Det odontologiske fakultet i Oslo i 2015. Vi har undersøkt ulike grupper av pasienter med tørr munn, nemlig pasienter med primært Sjögrens syndrom, bestrålte hode-halskreft-pasienter og medisinerte psykiatriske pasienter. Vi har kommet frem til et standard oppsett for å undersøke hvorvidt pasientene har symptomer og funn relatert til tørr munn.

For subjektiv vurdering av tørr munn bruker vi det generelle xerostomi-spørsmålet (1): *Hvor ofte er du plaget av munntørhet?* Med svaralternativene aldri, av og til, ofte og alltid. Videre bruker vi forkortet xerostomi-indeks (2). Denne har spørsmål om hvor ofte man er plaget av tørrhet under måltider, utenom måltider, problemer med å svelge, problemer med å svelge tørr mat og om man har problemer med tørre lepper, med svaralternativene aldri, av og til, ofte. Til objektiv vurdering av tørrhet benytter vi speiltesten (slik Preus *et al* brukte den), og vi vurderer munnhulen for ti tegn forenlige med tørrhet, den såkalte kliniske orale tørrhet-score (3). Så tar vi spyttprøver i hvile med patologisk verdi 0.1 ml/ min (4) og spyttprøver under tygging med patologisk verdi 0.7 ml/ min (5).

Jeg vil nå vise hvor mye høyere anslaget blir hva gjelder munntørhet ved bruk av disse testene enn om bare speiltesten benyttes. I det følgende benyttes resultatene av disse testene for en gruppe på 60 pasienter med primært Sjögrens syndrom undersøkt i Munnørrehetklinikken. Kun 11 hadde noe friksjon ved speiltesten og 3 hadde uttalt friksjon, altså totalt 23 % mot 18 % i Preus *et al* sin undersøkelse, noe som er relativt sammenlignbart. Ved spørsmål om hvor ofte de er plaget av munntørhet (1), svarte 16 at de var plaget av og til, 18 var ofte plaget og 25 var alltid plaget, altså var 72 % plaget ofte eller alltid. Ved bruk av forkortet xerostomi-indeks (2), hadde 40 personer (67 %) en score på 6 eller over, noe som er forenlig med moderat eller uttalt munntørhet. I den kliniske orale tørrhet-score (3), benyttes to spesifikke speiltester; man undersøker om speilet henger mot kinnet (*bilde 1*) eller mot tungen (*bilde 2*). Der var det positive funn hos henholdsvis 42 (70 %) og 37 pasienter (62 %). Hele 44



Kliniske oral tørrhet-score (3) punkt 1, speilet henger i kinnslimhinnen

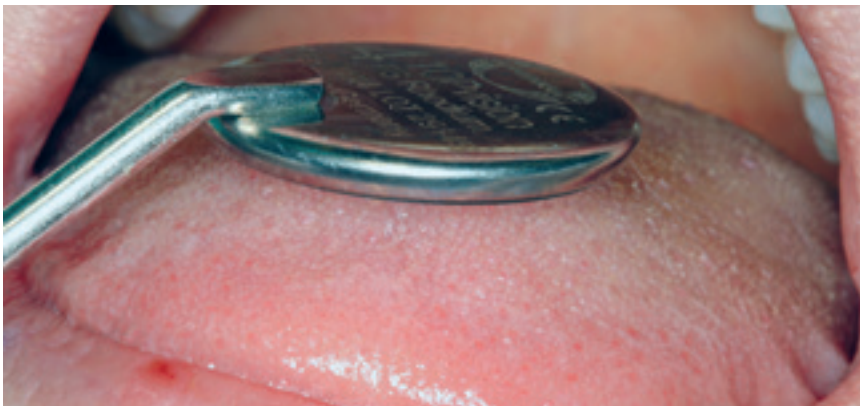
pasienter (73 %) hadde nedsatt sekresjon av halsaliva i hvile, altså 0.1 ml/min eller lavere (4) og 36 pasienter (60 %) hadde nedsatt tyggestimulert halsaliva (0,7 ml/min eller lavere, 5).

Jeg har selvfølgelig forståelse for at det kan være store utfordringer rundt undersøkelser i sykehjem og at det ikke er mulig å benytte et så omfattende opplegg som vi benytter i Munnørrettklinikken. Men å benytte speiltesten alene som indikator for hvorvidt

pasientene er munntørre eller ikke, vil, som jeg har vist over, føre til underrapportering. Slik resultatene nå foreligger, er funnene at speiltesten slik de brukte den oppviste noe friksjon hos 16 % og uttalt friksjon hos 2 %, men dette er ikke ensbetydende med at bare 18 % av pasientene var munntørre.

REFERANSER

1. Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Ketabi M. The occurrence of xerostomia and salivary gland hypofunction in a population-based sample of older South Australians. *Spec Care Dentist*. 1999; 19: 20–3.
2. Thomson, W. M. et al. Shortening the xerostomia inventory. *Oral surg, oral med, oral pathol, oral radiol*. 2011; 112: 322–7.
3. Osailan SM, Pramanik R, Shirlaw P, Proctor GB, Challacombe SJ. Clinical assessment of oral dryness: development of a scoring system related to salivary flow and mucosal wetness. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012; 114: 597–603.
4. Sreebny LM, Valdini A. Xerostomia. Part I: Relationship to other oral symptoms and salivary gland hypofunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1988; 66: 451 – 8.
5. Malmstrom MJ, Segerberg-Konttinen M, Tuominen TS, Hietanen JH, Wolf JE, Sane JI, et al. Xerostomia due to Sjogren's syndrome. Diagnostic criteria, treatment and outlines for a continuous dental care programme and an open trial with Sulfarlem. *Scand J Rheumatol*. 1988; 17: 77–86.



Kliniske oral tørrhet-score (3) punkt 2, speilet henger i tungeslimhinnen

Av: Janicke C. Liaaen Jensen



Speiltesten var ikke det eneste, og ikke det mest sentrale diagnostiske verktøyet i kartleggingen.

Svar til Janicke Liaaen Jensen: Tannhelse blant beboere på institusjon, speiltesten og dens finurligheter

Takk for kommentar angående vår bruk av speiltesten.

Speiltesten var ikke det eneste, og heller ikke det mest sentrale diagnostiske verktøyet i vår kartlegging av tannhelsen blant beboerne på sykehjemmene. Likevel, resultatene fra speiltesten samsvarte godt med resultatene fra de andre funnene vi gjorde.

Det interessante er også, slik forfatteren påpeker: Våre resultater med speiltesten er om

lag det samme som de finner på sin Klinik for munntørretthet jfr. fra deres tekst: "altså totalt 23 % mot 18 % i Preus et al. sin undersøkelse, noe som er relativt sammenlignbart". Her vil et 95 % konfidensintervall nokså sikkert overlappe.

Gitt at dette er beboere på sykehjem, tenker vi at speiltesten langt på vei var tilstrekkelig for undersøkelsens formål.

Hans R. Preus, Anne Merete Aass og Jostein Grytten




**VISSTE DU AT GROVE
KORNPRODUKTER HOLDER
DEG METT LENGER?**

De fleste av oss spiser brødskiver eller andre kornprodukter i løpet av en dag. Bytter du ut fine kornprodukter med grove, får du i deg mer næringsstoffer og holder deg mett lenger. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 HelseDirektoratet

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening

Forum for tillitsvalgte 2022:

Mange meninger om fremtidens tannhelsetjeneste

 TONJE CAMACHO

Heming Olsen-Bergem åpnet sitt første forum for tillitsvalgte som president på Clarion Oslo 9.–10. juni. Møtet startet med en rekke orienteringer, hvor NTFs Harry-Sam Selikowitz innledet med noen ord om viktigheten av den nye globale strategien for oral helse som WHO nettopp har vedtatt. Deretter snakket Line Pedersen om etikkrådets arbeid, før utdanningssjef Øyvind Asmyhr orienterte om status for obligatorisk etterutdanning. Foreningen er nå i gang med en omfattende runde med kommunikasjon til medlemmene for å sikre at alle ordinære, yrkesaktive medlemmer møter kravet om 40 timer etterutdanning. Utdanningssjefen kunne informere om at av 4 702 yrkesaktive har kun 1 729 allerede fylt kvoten. Svært mange er godt i gang, men er ikke helt i mål, mens hele 12 % av medlemmene fremdeles har 0 timer og begynner å få dårlig tid for å fylle kravet innen året er omme. Han påpekte at det antagelig er noe underrapportering og at en del har mer timer enn det som er registrert. Det er derfor viktig at alle registrerer timene sine, og at alle gjennomfører de obligatoriske digitale kursene.

Elisabet Jonsson, leder i Fag- og etterutdanningsutvalget (FEU), holdt en appell om at det er behov for flere nye stemmer i foreningens kursaktivitet. Spesielt er FEU interesserte i innspill om allmennpraktiserende tannleger i alle aldre og stadier av yrkeslivet. Spesielt gjelder dette kvinnelige foredragsholdere. 75 % av odontologistudentene er kvinner, men dette gjenspeiles ikke blant foredragsholderne på NTFs kurs. Vi trenger rett og slett flere kvinner som tør å stikke seg frem og snakke kasus, fag og som ønsker å spre sin kunnskap og kompetanse!

Leder av valgkomiteen, Arnt Einar Andersen hadde også noe på hjertet. Komiteen er alltid på jakt etter engasjerte og

handlekraftige medlemmer som kan bidra som tillitsvalgte. Alle medlemmer der ute som synes NTF gjør en dårlig jobb, har klaget på foreningen i sosiale medier, er uenig i foreningens politiske arbeid, synes kursene NTF holder er for dårlige, er misfornøyd med dagens trygdesystem og/eller tror de har noe å bidra med, ble gitt to alternativer. Det første og foretrukne alternativet er å engasjere seg i foreningen og ta kontakt med NTFs valgkomite (og/eller møte opp på neste medlemsmøte i lokalforeningen). Alternativ to er å tie stille ...

Runden med aktuelle saker ble avsluttet med en innholdsrik orientering av presidenten om alt hovedstyret og foreningen jobber med for tiden. Det helhetlige gjennomgangen av tannhelsetjenesten NTF har bedt om var selvfølgelig et sentralt tema, men han var også innom psykisk helse, TOO, Folkehelsemeldingen, Helsepersonellkommissjonen og Prioriteringsmeldingen, samt en rekke andre aktuelle temaer.

Siste del av kvelden besto av å berede grunnen for debatten på dag to om hvordan en fremtidig tannhelsetjeneste burde være finansiert og organisert. Først ut var NTFs politiske rådgiver Christian Pollock Fjellstad. Han presenterte ulike perspektiver og utvikling på det tannhelsepolitiske området fra stortingsvalget og frem til i dag, og gikk gjennom hvordan NTF jobber med påvirkningsarbeid, samt de tillitsvalgtes muligheter og handlingsrom som en del av dette arbeidet.

Avslutningsvis holdt Arnt Einar Andersen et innlegg med perspektiver fra den private tannhelsetjenesten og de store endringene som har skjedd med konsolidering og vridning fra tannlegeide til investor-eide klinikker, og dermed økt



President i NTF, Heming Olsen-Bergem åpnet Forum for tillitsvalgte.

oppmerksomhet på omsetning og inntjening. Tallene han la frem var oppsiktsvekkende, blant annet at omsetningen i de private kjedene er mer enn tredoblet de siste fire årene. Han la vekt på at det er lov å forvente avkastning på investeringer, og det er ikke noe galt i å tjene penger i privat næringsliv. Men han påpekte at NTF må være bevisst på utviklingen og gjøre seg opp en mening om hvilken tannhelsetjeneste foreningen ønsker seg, og hvilken rolle vi ønsker at tannlegene skal ha i fremtiden. En del av endringene i tannhelsetjenesten er kanskje både positive og uunngåelige, men NTF må bestemme seg for om foreningen skal være med å legge føringer for endringene, om vi skal sitte på sidelinja og observere hva som skjer, eller våkne opp en dag og bli overrasket over endringene uten å skjønne hvorfor de har skjedd. Når foreningens medlemmer i større grad ikke eier tannklinikken de jobber i, endres også tannlegens tilknytning til



Dag to gikk med til gruppearbeid og meningsutveksling.



Leder i NTFs valgkomité, Arnt Einar Andersen, er alltid på jakt etter engasjerte og handlekraftige medlemmer som kan bidra som tillitsvalgte.

næringen. Dette vil overtid kunne medføre endringer i medlemmenes behov og forventninger til NTF.

Debatt og gruppearbeid

Med torsdagens innlegg som bakteppe, var det duket for både gruppearbeid og meningsutveksling på fredag.

Hvordan ser den «perfekte» tannhelsetjenesten ut? Hvis man skulle startet med blanke ark og alt var mulighet, og bygget om en helt ny tannhelsetjeneste; hvordan ville den da sett ut? Hvordan sikrer vi pasientenes rettigheter, tannlegens autonomi, en hensiktsmessig oppgavefordeling og at den faglige kvaliteten i tjenesten blir ivaretatt? Hvilke fordeler og ulemper kan tenkes med universelle ordninger og/eller målrettede ordninger? Hvilke ulike modeller kan man se for seg, hva blir konsekvensene og hvilke ordninger og modeller vil føre til best oral helse i befolkningen?

Spørsmålene (og meningene) er mange – og de tillitsvalgte kom med interessante perspektiver og innspill som vil styre foreningens arbeid med å tvinge frem den mye omtalte utredningen. Det ble argumentert for både universelle ordninger og en helhetlig tannhelsetjeneste. Felles for dem alle var søkelys på pasientens beste og at målet må være en best mulig oral helse i befolkningen.

Ballen ruller allerede ganske fort, utviklingen skjer raskt, og de politiske vedtakene blir tidvis tatt på svært svakt faglig grunnlag. Men basert på nivået på engasjementet blant de tillitsvalgte på forumet er det ikke noen tvil om at de ikke har tenkt til å sitte stille i båten og la politikerne styre dette showet uten innblanding fra NTF!

NOAT-møte

CHRISTIANE HOWLID DALE

20.-21. juni vart omsider møtet mellom dei nordiske offentlege ansatte tannlegar (NOAT), avholdt. SF (Sentralt forhandlingsutvalg) skulle opphavleg ha vore vertar for dette møtet i 2020, men grunna pandemien, vart dette utsett.

Møtet vart holdt på idylliske Lysebu hotell i Holmenkollen som skapte ei flott ramme rundt møtet.

Mellom temaene vi tok opp, var mellom anna akuttberedskap/vaktavtalar, erfaringar frå pandemien, ulike organisatoriske spørsmål, kva fokus tannhelse har i dei politiske diskusjonane i dei ulike landa samt utdanning og arbeidsmarknad.

Vi var òg innom korleis løns- og arbeidsvilkåra er i dei ulike skandinaviske landa – og jammen rakk vi ikkje å sneie innom pensjon også!

Vi erfarer at desse tre landa har mykje til felles, på fleire områder har vi gått for liknande løysingar, medan på andre områder er det til dels store skilnader. Tannhelsefagleg er vi i same båt der tannhelse generelt er god i alle dei tre landa, men vi deler utfordringa over at ein kanskje ikkje alltid når dei «svake gruppene» i systema som er etablerte i landa.

Det vil bli spanande å følge kvarandre vidare i åra som kjem, og opplevast som svært nyttig å dele dei ulike erfaringane.

Frå Noreg deltok Farshad Alamdari, John Frammer, Birgit Kollevold, Anne Gussgård, Øivind Ellingsen og Christiane Howlid Dale. Frå Sverige kom Chaim Zlotnik, Gunilla Carlsson og Susanna Magnusson, og frå Danmark kom Valdemar Weimar Hein. Heming Olsen-Bergem var òg innom på dag ein og fekk helse på våre kollegaer.



Tilbake i Tromsø!

Etter to år med kanselleringer var det ekstra hyggelig å endelig kunne samle hele 320 deltakere til årets Midnattssolsymposium i Tromsø. I år var hele tannhelseteamet invitert, og også tannhelsesekretærene hadde to hele dager med fagprogram. Det hele ble toppet med en svært hyggelig festmiddag på Full Steam, med nordnorsk musikk av Lyse netter.

✍️ TONJE CAMACHO OG ØYVIND ASMYHR

Fremtidsrettet fagprogram

Temaet for årets symposium var «Fremtidsrettet protetikk», men fagprogrammet startet med et annet fremtidsrettet perspektiv – nemlig professor i medisinsk mikrobiologi, Ørjan Olsvik, som delte sine tanker om hva som kan bli den neste pandemien, og om vi har lært noe av den pågående slik at vi vil være



Carl Fredrik Haseid foreleser for full sal.

bedre forberedt på den neste. Så gikk det slag i slag med protetikk – fra protetisk, digital og kjeveortopedisk behandlingsplanlegging, helproteser og material- og behandlingsvalg.

Eva Gustumhaugen og Pia Selmer-Hansen geleidet oss gjennom fagprogrammet på en særdeles god og fargerik måte, og ingen kan si at ikke foredragsholderne bød på seg selv – deltakerne fikk både faglige påfyll, stand-up og sang underveis i fagprogrammet.

Alle foredragsholderne hadde med mange kasuistikker, noe som vi vet deltakerne setter pris på. Programmet ble også en fin kombinasjon av nye digitale muligheter og konvensjonell tilnærming, spesielt knyttet til avtrykkstaking. Ulike keramer og indikasjonsområder ble godt presentert og flere pekte også på fordeler og ulemper med ulike behandlingsmetoder når valget står mellom kompositt og keram. Selv om avtakbar protetikk og spesielt helsett lages i mindre grad enn før, var denne sekvensen svært klinisk rettet med en fin gjennomgang av protesefremstilling. Det var også satt av tid til et humoristisk innslag i fagprogrammet i nord-



President Heming Olsen-Bergem med årets moderatører, Eva Gustumhaugen og Pia Selmer-Hansen.



Utdanningsjef Øyvind Asmyhr ønsker velkommen.

norsk ånd med to av foredragsholderne som serverte et stand-up-show som fin overgang til festaftenen.

Egen tannhelseparallell

Det er ekstra hyggelig å se at så mange hadde tatt med seg hele klinikken på tur til midnattssolens rike, og også sekretærene fikk to fulle dager med tilrettelagt, variert og interessant fagprogram som spente seg fra scannere, estetisk tannpleie, protetikk, traumebehandling, samarbeid og arbeidsmiljø. Rundt 120 tannhelsesekretærer var påmeldt, og de umiddelbare tilbakemeldingene har vært svært positive.

Fullt trøkk på Full Steam

Siden et symposium har en viktig, sosial komponent, hadde vi i år invitert deltakere og utstillere til en festaften på Full Steam torsdag kveld. Arrangementet ble fulltregnet relativt raskt, og sammen med bandet Lyse Netter fylte vi rorbua med musikk, fest og god stemning til langt ut i den lyse midnattssols natta.



Stein Alsos og Kjell Størksen i god driv.

Vi kan med andre ord slå fast at årets Midnattssolsymposium var en suksess på alle mulige måter – så det er bare å holde av datoen for neste år arrangement (og begynne å trene til Midnight Sun Marathon) – 15.–16. juni 2023!

NTFs digitale fagdag

Faglig oppdatert? Usikkerhetsmomenter i utvalgte kliniske fagområder



Fagprogrammet vil fokusere på ulike kliniske problemstillinger innen fagområdene periodonti, endodonti, protetikk og konserverende tannpleie hvor spesialister og allmenntannleger diskuterer de respektive spesialiteter med utvalgte kasuistikker.

Det blir lagt opp til diskusjon, dialog og spørsmål, inkludert mulighet for deltagerne til å «stemme» på ulike behandlingsalternativer underveis.

Dagen avsluttes med en tverrfaglig sekvens, hvor spesialistene sammen diskuterer kasus med ulike faglige problemstillinger og forslag til løsninger.

Deltakere vil ha tilgang til opptak av foredragene 4 uker etter fullført kurs.

Dato: Fredag 16. september

Målgruppe: Allmennpraktiserende tannleger

**HUSK FRIST FOR LAV PÅMELDINGSAVGIFT
27. AUGUST!**

Etter denne datoen øker prisen med 500 kr

For mer informasjon se

www.tannlegeforeningen.no/digitalfagdag

NTFs etterutdanning



Program

Moderatorer: Gry Steinsvoll Prøsch og Morten Hanstad

Tid	Tema	Foredragsholdere
0900	Velkommen/ Introduksjon	Moderatorer/ Utdanningssjef
0920	Pasientekasus periodonti Pasienten bør ha krone, men har periodontitt. Hvordan vurdere prognose og hva er «riktig» behandling?	Jørgen Hugo & Daniel Nordhaug
1030	Pause	
1045	Pasientkasus endodonti Når er det aktuelt å revidere en tidligere rotfylt tann? Det trekkes inn eksempler på tenner både med og uten apikal patologi, og hvilke vurderinger som er viktige for å avgjøre behandling. Må rotfyllingen f.eks. revideres dersom guttaperka er eksponert for saliva eller karies, selv om det ikke er apikal patologi? Hva med rotfylte tenner med apikal patologi; revisjon eller rotspissamputasjon?	Erik Katle & Lucia Nesteby
1200	Lunsj	
1230	Pasientkasus protetik Pasientseleksjon er viktig for vellykket behandlingsutfall og god prognose. Hvordan kan allmennpraktikeren ta gode protetiske beslutninger i en travel klinisk hverdag?	Sadia Khan & Steinar Matre
1345	Pasientkasus konserverende tannpleie Kan vi reparere det med kompositt? Forskjellige måter å tenke på i den kliniske hverdagen.	Kjetil Reppen & Ole Kulbraaten
1500	Tverrfaglig pasientkasus med omfattende behandlingsbehov Allmenntannlegen er grunnsteinen i odontologien, og kan med kompetanse og erfaring utføre de fleste prosedyrer, men må også vite når det er formålstjenlig å henvise. Sammen med spesialistene vurderes behandlingens mål, prioritert rekkefølge, prognosevurdering og plan for oppfølging. Hvordan kan daglige og økonomiske betraktninger være til hjelp for allmenntannlegen i hverdagen? Hvilke opplysninger ønsker spesialistene fra allmenntannlegen? Det legges vekt på enkle og konkrete råd som vil kunne bevisstgjøre og trygge allmenntannlegen.	Ole Kulbraaten, Jørgen Hugo, Erik Katle, Sadia Khan & Kjetil Reppen
1630	Avslutning	

Velkommen til NTFs landsmøte og Nordental!

Hold av datoene: 3. – 5. november 2022
NOVA spektrum Lillestrøm

Velkommen til NTFs landsmøte og Nordental 2022 - årets viktigste faglige arrangement for tannlegeprofesjonen og dentalbransjen.

Vi gleder oss veldig til å ta imot dere på Lillestrøm - denne gangen i godt, tradisjonelt og fysisk format på NOVA spektrum (tidligere Norges Varemesse).

Det blir tre dager tettpakket med faglig påfyll, full dentalutstilling og hyggelig sosialt samvær med kullinger og kollegaer! I år tilbyr vi også tre sosiale arrangementer og to hele dager med fagprogram for tannhelsesekretærer.

Påmelding åpner i månedsskiftet august/september, men fagprogrammet finner du på neste side og på www.tannlegeforeningen.no/landsmotet

Følg også med på Facebook @DenNorskeTannlegeforening for oppdateringer og mer informasjon.



#	Tittel	Foredragsholder
#1	Åpning med foredrag, musikalske innslag og prisutdeling	Presidenten m.fl.
#2	Odontogent eller ikke?	Nils Petter Fosslund
#3	Space management in the anterior zone	Konrad Meyenberg
#4	Hvordan få medarbeiderne til å blomstre?	Anders Dysvik
#5	Munntørre, eldre pasienter	Lene H. Hove / Katrine G. Fjeld
#6	Når skal jeg mistenke cancer?	Sigbjørn Løes
#7	Immun - kroppens kamp for å overleve	Anne Spurkland
#8	7 ting om komposittfillinger	Hans Kristian Ognedal
#9	Indikationer för olika keramer & cementeringsprocedurer	Martin Janda
#10	TOO: Angstbehandling vs narkose	Maren Agdal
#11	Lukt og smak etter Covid	Bano Singh
#12	Tips og triks i hverdagen	Sverre Aukland
#13	Hva gjør jeg med dette?	Ulf Riis / Dag Fjellanger / Else B. Hals
#14	Tilpasset behandling	Gunhild Strand
#15	Når fotonene danser - strålevern	Gerhard Torgersen
#16	Tandens estetikk	Martin Janda
#17	Aktualitetsforedrag UiB, UiO, UiT	Shanbhag / Hussain / Berg
#18	Bittskinne - når, hvor og hvordan?	Ulrik Opsahl
#19	Hvordan påvirker sykdom og tobakk periodontitt?	Kristin Kolltveit / Dagmar Bunæs
#20	Hør alarmen går!	Nilsen / Aukland / Lund
#21	Ernæringsbehandling ved redusert munnhelse	Tone Maren Ramsli
#22	Kan IT og sikkerhet være mer enn frustrasjon?	Lars Tore Hertenberg
#23	Deep carious lesions	Falk Schwendicke
#24	Periodontoal støttebehandling	Ida Stødle / Heidi Andersen
#25	Tidlig kjeveortopedisk behandling	Kasper Kristensen
#26	Brekninger, angst og tannbehandling	Maren Agdal
#27	Peri-implantitt	Dagmar Bunæs
#28	Studentforskerprisen - posterpresentasjoner	Studenter UiB, UiO, UiT
#29	Slitte bitt	Hans Kristian Ognedal
#30	Siste nytt fra spesialistforeningene	Spesialistforeningene
#31	Pasientens medisinliste	Lilli Minh Nguyen
#32	Den pene ekstraksjonen	Mirna Farnan
#33	Håndtering av små og store tannskader	Ingvild Brusevold
#34	De 7 bud	Kjetil Reppen / Tonje Camacho
#35	Oral biofilm	Maria Pain / Erik Staxrud
#36	Tenk før du gjør noe	Gilberto Debelian
#37	Tannbleking - når, hvorfor og hvordan?	Torgils Lægreid
#38	Biologiske legemidler	Lilli Minh Nguyen
#39	Interdisiplinær estetikk	Paulseth / Salvesen / Khan / Midtbø
#40	Er du kalibrert?	Kulbraaten / Dahl / Verket / Handal / Sommerfelt

Endringer i programmet kan forekomme

HAR DU OPPFYLT ETTERUTDANNINGSKRAVET?

Alle ordinære medlemmer av NTF skal gjennomføre 40 timer etterutdanning i perioden 1.1.2021 til 31.12.2022. Status på din etterutdanningsaktivitet finner du på NTFs nettsted på "Min side."

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

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

Hva består ordningen av?

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



Mer informasjon om obligatorisk etterutdanning finner du på

www.tannlegeforeningen.no/OEU

PRESIDENTENS TIME

Still spørsmål og si din mening til presidenten



Høsten 2022 fortsetter vi med det nye medlemstilbudet "Presidentens time" hvor medlemmene kan spørre, kommentere, utfordre og komme med innspill.

Tid: Første onsdag i måneden
(7. september, 5. oktober, 2. november, 7. desember)

NB! Ny tid: kl. 1900 – 2000

Sted: Zoom. Se www.tannlegeforeningen.no/minside for lenke

**NTF er DIN forening
Vær ærlig, vær åpen og vær aktiv!**

Arbeidsliv

«Hygienetillegg» i samarbeidskontrakter mellom tannleger

 TONE GALAASEN, ADVOKAT I NTF

Å oppfylle hygienekrav og følge faglige anbefalinger for smittevern i odontologisk praksis, er en forutsetning for forsvarlig klinikkdrift. Kostnader til hygienetiltak er ordinære driftsutgifter for enhver praksiseier. Så hva er da greia med såkalte «hygienetillegg», og hvor kommer dette fra? Hva blir konsekvensen hvis dette også tas inn i kontrakter mellom tannleger?

Begrepet «hygienetillegg» stammer fra tiden før tannleger fikk fri prisfastsetting i 1995, den gang det var årlige forhandlinger mellom staten og NTF om offentlige honorarsatser for tannbehandling. En del tannklinikker opererer likevel fortsatt med såkalte «hygienetillegg», som en del av prisen på tannbehandling.

Formålet med artikkelen er å sette søkelyset på utfordringer og konsekvenser dersom slike «hygienetillegg» også tas inn i oppdragsavtaler mellom næringsdrivende tannleger, og hvorfor dette bør unngås.

Dette er avtaler om kjøp av tannhelsetjenester mellom en praksiseier og en assistenttannlege (oppdragstaker/kontraktør). I denne modellen kan praksiseier fastsette priser på oppdragstakers pasientbehandling, og pasienten betaler til praksiseiers konto. Praksiseier betaler honorar til oppdragstaker for utført arbeid, vanligvis med en avtalt prosentsats av innbetalt pasienthonorar, etter fradrag for kostnader til tannteknikk.

Det er full avtalefrihet om prosentsats. Ofte er det også langt viktigere at oppdragstaker har nok pasienter og at avtalens omfang er i samsvar med dette, enn hvilken prosentsats som avtales.

NTF hverken kan eller skal mene noe om prosentsats, eller hvordan oppdragstakers omsetning bør fordeles. NTFs standardavtaler er ment å bidra til balanserte kontrakter som ivaretar begge parters interesser. Vårt hovedanliggende er at tannlegebransjen er tjent med gjennomtenkte avtaler, som skaper forutsigbarhet og forebygger konflikter.

Det er langvarig bransjepraksis for at oppdragstakers honorar beregnes av egen brutto omsetning minus tannteknikkerutgifter¹. Vi ser imidlertid enkelte oppdragskontrakter hvor også såkalte «hygienetillegg» holdes utenom oppdragstakers honorargrunnlag. I den grad «hygienetillegg» fortsatt er spesifisert på faktura til pasient, bør dette betraktes som en del av ordinær omsetning som inngår i oppdragstakers honorargrunnlag.

Hovedårsaken til dette er at praksiseier kan fastsette priser, og dermed størrelsen på et eventuelt «hygienetillegg», i oppdragstakermodellen. Dersom det avtales at også «hygienetillegg» skal holdes utenom oppdragstakers honorar, kan praksiseiere etter eget forgodtbefinnende undergrave betydningen av avtalt honorarsats og følgelig redusere assistenttannlegens inntektsgrunnlag.

Praksiseier er nærmest til å ta høyde for alle nødvendige driftsutgifter på klinikken i kontraktsforhandlinger med assistenttannleger om honorar og prosentsats, herunder utgifter til hygienetiltak. Slike utgifter bør derfor dekkes av den avtalte prosentandel av oppdragstakers omsetning som praksiseier beholder.

At «hygienetillegg» er en udefinert variabel, at det er uklart hvordan det beregnes og hvilke utgifter det er ment å skulle dekke, gjør dette enda mer problematisk. Dette skaper uforutsigbarhet og er en nødvendig konfliktskapende.

Økte driftsutgifter på klinikken er ikke i utgangspunktet en risiko eller et ansvar som kan overføres til assistenttannlegen. Det kan derimot gi grunnlag for økte priser på pasientbehandling.

Reforhandling av kontrakten mellom praksiseier og oppdragstaker² kan imidlertid være både rimelig og nødvendig, f. eks. ved vedvarende omsetningssvikt eller i ekstraordinære situasjoner. Under pandemien var vårt råd til både praksiseiere og assistenttannleger å forhandle frem midlertidige endringer, med sikte på å redde virksomheter og arbeidsplasser. På samme

måte kan det være rimelig å reforhandle kontrakten i assistenttannlegens favør, dersom regnskapstall eller andre forhold tilsier at det er grunnlag for det. Det understrekes i den forbindelse at det er et grunnleggende kontraktsrettslig prinsipp at ingen av partene kan endre en kontrakt, uten at dette er basert på forhandlinger og enighet.

På generelt grunnlag bør kontraktsforhandlinger baseres på en gjensidig forståelse for hverandres situasjon. Praksiseier har ofte hatt høye investeringskostnader, det tar ofte lang tid å opparbeide en stabil pasientportefølje, og det er en kostnadskreven bransje hvor praksiseier bærer størst ansvar og risiko. Praksiseiere har en berettiget forventning om avkastning på investeringer og et overskudd fra oppdragstakers omsetning, som sikrer en forsvarlig drift av virksomheten. På den

annen side er også assistenttannleger avhengige av å ha et levebrød, og en andel av omsetning som gjenspeiler deres ansvar og risiko ved å være næringsdrivende.

Det understrekes at overfor pasienter innebærer tannlegers prisopplysningsplikt at det må oppgis fullstendige priser på de tjenestene som tilbys³, herunder eventuelle «hygienetillegg» som pasienten må betale for den aktuelle behandlingen.

REFERANSE

1. NTFs standardavtale punkt 6.2: «Oppdragstakers honorar utgjør % av honorargrunnlaget, som er egenproduserte og innbetalte behandlerhonorarer, etter fradrag for kostnader til tannteknikk.»
2. NTFs standardavtale punkt 12.
3. Prisopplysningsforskriften §§ 10, 11 og 18

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

Aust-Agder Tannlegeforening

Marianne Haug Grønningsæter
tlf. 90 14 76 29
mariannehaug@hotmail.com

Erik Nilsen
er-nils2@online.no

Bergen Tannlegeforening

Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Jørn H. Kvist
tlf. 995 62 420

Buskerud Tannlegeforening

Anna Karin Bendiksbj, annakarinbe@gmail.com

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Finnmark Tannlegeforening

Lisbeth Thomsen
lthomse@online.no

Haugaland Tannlegeforening

John Magne Qvale,
johnqvale@gmail.com

Margrethe Halvorsen Nilsen,
tlf. 97 71 05 50

Hedmark Tannlegeforening

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 Reinbjørn,
aase@tanntorget.no

Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening

Bjørn T. Hurlen,
tlf. 90 65 01 24
bjorn@ingenhull.no

Eva Thingvold,
tlf. 41 41 88 47

Nord-Trøndelag Tannlegeforening

Fafavi Sandra Boubou Pedanou
tlf. 95 13 78 91
sandra.pedanou@yahoo.com

Hans Haugum,
tlf. 90 96 92 97

Oppland Tannlegeforening

Pål Vidar Westlie,
paalvidar@tannlegewestlie.no

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 93 43 72 23

Oslo Tannlegeforening

Finn Rossow
tlf. 90 74 81 84

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

Rogaland Tannlegeforening

Knut Mauland,
tlf. 90 87 08 99

Mona Gast
Mona@tsmg.no

Romerike Tannlegeforening

Sven Grov,
tlf. 92 09 19 73

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

Sogn og Fjordane Tannlegeforening

Synnøve Leikanger,
s.leikanger@gmail.com
tlf. 46 91 80 63

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 95 94 55 28

Sunnmøre Tannlegeforening

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

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

Sør-Trøndelag Tannlegeforening

Unni Merete Køste
unnko@trondelagfylke.no

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

Telemark Tannlegeforening

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

Troms Tannlegeforening

Elsa Sundsvold,
ehi-sund@online.no

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

Vest-Agder Tannlegeforening

Alfred Gimle Ro,
alro@online.no

Vestfold Tannlegeforening

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

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

Østfold Tannlegeforening

Rune Henriksen Bones
tlf. 93 89 79 83

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

Kontaktperson i NTFs sekretariat

Lin Muus Bendiksen
Tlf. 22 54 74 00
lin.bendiksen@tannlegeforeningen.no

Spør advokaten

Har ansatte rett til fri på sine religiøse helligdager?

 **SILJE STOKHOLM NICOLAYSEN, JURIDISK RÅDGIVER I NTF**

Svar:

Kristnes høytider og helligdager er offisielle fridager i Norge. Personer som er tilknyttet en annen tro kan ha behov for fri på andre dager, hvis høytider og helligdager ikke er samtidig med offisielle fridager.

Personer som har andre religiøse høytidsdager enn de offentlige helligdagene, har rett til fri fra arbeid, skolegang, tjenesteplikt og lignende i opptil to selvvalgte dager hvert år i forbindelse med høytider etter sin religion. Det følger av trossamfunnsloven § 18.

Arbeidstakere som ønsker å benytte retten til fri, skal varsle arbeidsgiver senest 14 dager før høytidsdagen. Arbeidsgivere kan kreve at arbeidstakere tar igjen tapt arbeidstid på et annet tidspunkt. Etter drøfting med arbeidstakeren fastsetter arbeidsgiveren når tapt arbeidstid skal tas igjen. Selv om slikt arbeid skulle overstige alminnelig arbeidstid etter arbeidsmiljøloven, regnes det ikke som overtid.

Det er ikke noe krav om at arbeidstakeren må dokumentere at dagen eller dagene er religiøse høytidsdager. Retten til fri på to helligdager korresponderer med en bestemmelse i arbeidsmiljølovens § 10-10 (5) som bestemmer at «*arbeidsgiver og arbeidstaker kan slutte skriftlig avtale om arbeid på søn- og helgedager utenom de tilfeller som er nevnt i denne paragraf, mot tilsvarende fri på andre dager som i henhold til arbeidstakerens religion er helge- eller høytidsdag.*»



**ARTINORWAY
GRUPPEN**
Formidling og norsk produksjon av tannteknikk



Komplett skanner inkl. laptop
Leasing fra kr 4.750,- inkl. mva.



Komplett skanner inkl. laptop
Leasing fra kr 3.850,- inkl. mva.



Komplett skanner inkl. laptop
Leasing fra kr 2.750,- inkl. mva



Vi tilbyr alt innen tannteknikk, skannere og usynlig tannregulering.

Usynlig tannregulering

- Ingen begrensninger
- Samarbeid med kjeveortopeder
- Spør om gratis kurs



Orthodontisk skinn behandling

Kontakt oss i dag på epost: ola@artinorway.no / postmaster@artinorway.no eller telefon Ola: 94 13 58 92

 /artinorway  #artinorwaygruppen

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

Snakk om etikk

Plikt til å varsle

 KAREN REINHOLTSEN, NTFs ETIKKRÅD

§ 12 i vårt etiske regelverk lyder som følger: *Dersom en tannlege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det direkte opp med vedkommende. Formen bør være varsom. Tannlegen kan velge å ta saken direkte opp enten med lokalforeningen, administrativt overordnet eller aktuell helsemyndighet.*

Det kan være mange årsaker til at vi føler oss utrygg på en kollegas faglige vurderinger eller etiske standard, og de aller fleste vil kjenne på et stort ubehag ved å varsle. Gitt situasjonen, kan det også være vanskelig å ta problemstillingen direkte opp med en kollega. Kanskje er det en mer erfaren kollega eller en overordnet som har gjort noe vi mener er kritikkverdig. Andre ganger kan det være ubehagelig å varsle fordi vi tilhører et lite miljø, og det vil være åpenbart for den innklagede hvem som har varslet. Noen ganger kan vi også være usikker på om det er spesielle tilfeller ved pasienten som har gjort at behandlingsvalget eller -utfallet ble som det ble.

I alle tilfeller er det viktig å nevne en annen paragraf i NTFs etiske regelverk, nemlig § 10, kollegialitet. I første del av paragrafen, som

omhandler informasjon til pasienten, står det: *Informasjon om egne funn, diagnoser og vurderinger skal være saklige og objektive, og må ikke meddeles pasienten på en slik måte at det unødig virker som kritikk av tidligere behandling eller behandler.* Derfor er det viktig at vi opptrer profesjonelt i møte med pasienten som har gjennomgått behandling vi reagerer på. Overfor pasienten bør vi være hensynfulle og unngå kritikk mot tannlegen som har utført arbeidet. Vi vet også lite om hvordan relasjonen mellom tidligere tannlege og pasienten har vært, og det kan være pasientrelaterte faktorer som har gjort sitt til at resultatet ble som det ble. Likevel står det presisert i § 10, punkt 1 at *hensynet til pasientens helse skal alltid være overordnet.*

Dersom vi oppdager klanderverdige forhold, enten faglig eller etisk, bør derfor forholdet først tas opp med gjeldende tannlege. Her kan man få hjelp av kollagehjelpen i lokalforeningen. Hvis det er andre forhold som gjør dette vanskelig, eller en henvendelse til tannlegen ikke fører frem, skal man kontakte lokalforeningen. Dersom det er fare for pasientsikkerheten skal det varsles til overordnet helsemyndighet.

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

30. aug	Oslo	Medlemskurs OTF
1. sep	Haugesund	Slimhinnelidelser Haugaland TF
15.–16. sep	Oslo	Næringspolitisk forum
16. sep	Nettbasert	NTFs digitale fagdag
23. sep	Trondheim	Høstkurs STTF
30. sep–1. okt		Farriskurset
11. okt	Oslo	Medlemskurs OTF
21.–22. okt	Østfold	Høstkurs ØTF (generalforsamling, ikke kurs)
3.–5. nov	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte
18. nov	Oslo	Heldagskurs OTF
25.–26. nov	Rogaland	Novemberkurs RTF
2.–3. des	Haugesund	Julekurs Haugaland
6. des	Oslo	Medlemskurs OTF

Andre kurs, møter og aktiviteter

30. aug	Nettbasert	Møte SNU
31. aug	Nettbasert	Hovedstyremøte
8.–9. sep	Oslo	Møte FEU
7.–9. sep	Island	Kurs for tillitsvalgte KS II
14. sep	Oslo	Møte SNU
29. sep–02. okt	Mumbai	FDI World Dental Congress — AVLYST
13. okt	Oslo	Hovedstyremøte
14. okt	Oslo	Møte SF
24. okt	Nettbasert	Møte SNU
16. nov	Oslo	Møte SF
16.–18. nov	Gøteborg	Odontologisk Riksstämman
17.–18. nov	Oslo	Statsseminar
23.–24. nov	Oslo	Hovedstyremøte
24.–25. nov	Oslo	NTFs ledermøte
2. des	Oslo	Møte SNU 8. - 9. des Oslo Møte FEU
8.–9. des		Møte SF

Høsten 2022 holdes følgende TSE moduler

Modul	Sted	Tid
Modul 7 Restorativ behandling	Sunnmøre Fosnavåg/Ålesund	9.–10. september og 18.–19. november
Modul 8 Spes. faglige utfordringer	Rogaland Stavanger	14.–15. september og 26.–27. oktober
Modul 9 Endodonti	Sogn og Fjordane Førde	12.–13. sept og 6.–7. okt
Modul 10 Periodontale sykdommer	Hedmark Hamar	6.–7. oktober og 10.–11. november

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

OBLIGATORISK ETTERUTDANNING

Gjeldende regler

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

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



TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



Forskere har funnet tre typer «long covid»

De tre typene har hver sine symptomer, ifølge britiske forskere. Symptomene har sammenheng med virusvarianten man ble smittet av, melder NTB.

De som ble smittet av alfa- og deltavian-tene av korona, har hatt symptomer som tretthet, hjernetåke og hodepine.

De som ble smittet i pandemiens startfase har ofte symptomer knyttet til kortpustethet og brystmerter.

En siste gruppe har en rekke ulike plager, blant annet hjerteklapp, muskelsmerter, forandring i hår og hud.

Symptomene kan være fremtredende i alle typer «long covid», påpeker forskerne. Claire Steves ved King's College London sier at funnene er viktige for å gi god behandling til pasienter.

– Disse dataene viser tydelig at postkoro-na-sykdom ikke bare er én tilstand, men virker til å ha flere undertyper, sier Steves.

Personalia

Dødsfall

Finn Bolt-Hansen, f. 07.07.1940,
tannlegeeksamen 1966, d. 04.06.2022

Sjur Nedreås, f. 28.08.1945,
tannlegeeksamen 1971, d. 04.04.2022

Tore Orre Haaland, f. 07.03.1956,
tannlegeeksamen 1981, d. 01.06.2022

◀◀ tilbakeblikk

19
22

«Ledige poster

I Sortland ønskes en praktiserende tandlæge. Stedet ligger mitt i Vesterdaalen med ca. 30 000 innbyggere. Man kan gjøre regning paa stor praksis. Let adkomst fra omkringliggende distrikter.

Naturskjønne omgivelser. Elektrisk lys, meieri og slakterforretning.

Forskjellige meddelelser

Etter forlydende er der ved tyske undervisningsanstalter 37 norske studenter som akter at utdanne sig til tandlæger.

Av disse blir sandsynligvis 21 færdig næste aar.»

(I Norge ble det utdannet 30 tannleger denne våren, hvorav 9 er kvinner. Kandidatens navn og resultatene fra alle 16 eksamener er trykket i Tidende. Red.anm.)

🕒 7. hefte, september, 1922

19
72

Profylaksen trenger seg på

«På mange felt trenger *profylakse* seg frem for tiden, myndigheter og menigmann begynner å innse at det er bedre og billigere å forebygge f.eks. trafikkskader, narkotikamisbruk, lungekreft og hjertesykdommer enn å prøve å rette opp skadene etterpå. Også innen odontologien ser det ut til at profylaksen seiler i medvind, særlig er det gledelig å se at ansvarlige organer mer og mer får øynene opp for hvilke store muligheter som ligger i det å forebygge tannsykdommene.

Profylakseutvalget ser *fluoridprofylaksen* som en meget viktig, kanskje den viktigste del av kariesprofylaksen.»

🕒 7. hefte, september 1972

20
12

«Blir i nord

84 av totalt 93 nyutdannede tannleger fra Universitetet i Tromsø har fått jobb i Nord-Norge, skriver Universitetet i Tromsø (UiT).

De nyutdannede tannlegene fra UiT ønsker å jobbe i Nord-Norge, og det er godt nytt for alle i landsdelen som trenger tannlegjetjester, heter det videre.

I perioden 2009 - 2012 er det utdannet 93 tannleger ved UiT. 84 av dem har etter eget valg fått sin første jobb i de nordligste fylkene. Det utgjør 90,3 prosent av alle uteksaminerte tannleger ved UiT.»

🕒 Nr. 7, august 2012

Problematisk kvinneflertall innen helsefagene

I år er 60,7 prosent av de som har fått studieplass kvinner og 39,3 prosent menn. Innen odontologi, medisin, psykologi og veterinær er kvinne-dominansen stor.

Til sammen 105 216 har fått tilbud om studieplass. 64 744 av disse har fått tilbud på førstevalget sitt, viser tall fra Samordna opptak.

Søker tallene tilbake på samme nivå som før pandemien, samtidig som antallet studieplasser har økt. Det gir mindre konkurranse om plassene. Unntaket er profesjonsstudiene, som fortsatt har høy konkurranse blant de kvalifiserte søkerne.

Flere kvinner har fått studieplass

Færre enn tre av ti av studentene på odontologi, medisin og psykologi er menn. Under én av ti kommende veterinærer er menn.

Slik er kjønnsfordelingen menn/kvinner i prosent:

- Medisin: 28,3/71,7
- Psykologi: 25,9/74,1
- Odontologi: 20,3/79,7
- Veterinær: 8/92

– Et samfunnsproblem

Konstituert leder i Akademikerne Lise Lyngsnes Randeberg mener at kjønnsbalanse er viktig og at det bør iverksettes kraftige tiltak for å utjevne kjønnskjevheten i de lange helseutdanningene.

– En ubalanse mellom kjønnene på studiet forplanter seg naturligvis i arbeidslivet. Det er et samfunnsproblem fordi det til syvende og sist går ut over tjenestene til deg og meg. Det er for eksempel ikke uvanlig at pasienter ønsker en lege eller psykolog av samme kjønn. Dersom et helt fagfelt har et stort underskudd på et av kjønnene går det glipp av både innspill og kunnskap. Samtidig viser undersøkelser at arbeidsmiljøet er bedre på arbeidsplasser der kjønnsbalansen er god, sier Randeberg.



Konstituert leder i Akademikerne Lise Lyngsnes Randeberg mener det bør iverksettes kraftige tiltak for å utjevne kjønnskjevheten i de lange helseutdanningene. Foto: Akademikerne

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

Ai-Pex

Apekslokator + pulpatester



Alt du trenger i én avansert og elegant enhet.

www.technomedics.no/ai-pex

Happynecks

Forbedret ergonomi



Støtter nakke og øvre deler av rygg. Hjelper pasienten til å slappe av.

www.technomedics.no/happynecks

American Eagle

Kvalitetsinstrumenter



XP tannrensing – slipefrie og skarpe

www.technomedics.no/AmEagleXP



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20



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

Tegn støttemedlemskap i Norsk odontologihistorisk forening, NOHF!

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

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

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

Et støttemedlemskap vil bidra til å gjøre dette arbeidet mulig.

Medlemskap kan tegnes ved å innbetale kr 200,- til Norsk odontologihistorisk forening, kontonummer: 0530.18.54686.

Beløpet kan også Vippses til foreningens konto

Med hilsen

Nils Rune Tønnessen

Leder i Norsk odontologihistorisk forening



Kunngjøring om opptak til spesialistutdanning i odontologi 2022 med studiestart høsten 2023

Ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og UiT, Norges Arktiske Universitet skal det tas opp kandidater innen ulike fagdisipliner i den utstrekning ressurs-situasjonen tillater det. Alle kandidater som blir tatt opp, vil bli registrert som student ved ett av universitetene. Av tabellen fremgår det hvilke fagdisipliner det planlegges opptak til ved de ulike lærestedene.

Det lyses ikke ut opptak til dobbeltkompetanseutdanning med studiestart 2023. For mer informasjon om dette se her:

<https://www.uib.no/odontologi/67115/dobbelkompetanse-i-odontologi>

Utdanningsinstitusjonene ber om at det kun søkes om opptak til ett fagfelt.

FAGDISIPLIN	BERGEN	OSLO	TROMSØ
Endodonti	Opptak	Opptak	Ikke opptak
Kjeve- og ansiktsradiologi	Opptak	Ikke opptak	Ikke opptak
Kjeveortopedi	Ikke opptak	Ikke opptak	Ikke opptak
Oral kirurgi og oral medisin	Opptak	Opptak	Ikke opptak
Pedodonti	Opptak	Opptak	Ikke opptak
Periodonti	Ikke opptak	Opptak	Ikke opptak
Oral protetikk	Ikke opptak	Opptak	Ikke opptak

SØKNAD OG OPPTAK

For utfyllende informasjon om opptak, rangeringskriterier, søknad og informasjon om de ulike lærestedene og deres spesialistutdanningsprogram, se:

- UiB: Spesialistutdanning i odontologi (nederst på siden): <https://www.uib.no/studier/SPES-ODO>
 - Spesialistutdanning i oral kirurgi og oral medisin: Her gjelder særlige vilkår. Se <https://www.uib.no/studier/SPES-ODO/SPES-KIR-MED#uib-tabs-korleis-soke>
- UiO: Spesialistutdanning: <http://www.odont.uio.no/studier/spesialistutdanning/soke/>

Du vil her også finne informasjon om hvordan du kan komme i kontakt med de ulike lærestedene.

Vi gjør oppmerksom på at opptaksprosessen er lang. Opptaket forventes slutført i februar/ mars 2023.

Søknads- og dokumentasjonsfrist er **10. september 2022**. Søknaden og relevant dokumentasjon i pdf-format legges inn elektronisk via

Søknadsweb: <https://fsweb.no/soknadsweb/velgInstitusjon.jsf>

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

tidende

Frister og utgivelsesplan 2022

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
8	10. juni	14. juni	18. august
9	12. august	16. august	15. september
10	9. september	13. september	13. oktober
11	14. oktober	18. oktober	17. november
12	11. november	15. november	15. desember

STILLING LEDIG

TANNLEGE SØKES

til 50% stilling med mulighet for 100 % etterhvert i min trivelige praksis på Rong i Øygarden kommune. Søker en engasjert og utadvendt tannlege med norsk autorisasjon og gode kunnskaper i norsk, muntlig og skriftlig. Noe erfaring er ønskelig, da jeg er i gang med nedtrapping. Kontakt Bjørg Neverdal på: post@villarosa.no og legg gjerne ved CV.

OSLO

Tannlegepraksis til salgs på Grünerløkka i Oslo pga. oppnådd pensjonsalder.
Sentral beliggenhet med gode kollektivforbindelser.
2 behandlingsrom med eldre Sironauniten. Opus journalsystem og Carestream imaging røntgen.
Ta kontakt på grunerlokkapraksis@gmail.com for ytterligere info.

Har du lyst til å arbeide i privatpraksis?

Tannboden har ledig 2 stillinger i Brønnøysund.

Tannboden Brønnøysund AS startet i 2012, og er en travel praksis.

Hvordan gå videre?

1. Ring etter kl 19 til Per på 91 888 222
2. Mer informasjon på www.tannboden.no
3. Send mail til perhamre@hotmail.com



 dentalia & TannSpes

**ER DU
ENDODONTISTEN
VI SER ETTER?**

Dentalia og TannSpes søker etter en dyktig endodontist.

Vi ser etter deg som brenner for faget og er opptatt av å skape gode pasientrelasjoner.

Vi tilbyr:

- Godt arbeidsmiljø
- Gode muligheter for faglig og personlig utvikling
- God pasienttilgang

Høres dette spennende ut?

Send oss din CV og søknad til maroa@dentalia.no





Oslo Endodonti søker Protetiker i Oslo

Oslo Endodonti søker etter en Protetiker som kan jobbe en dag hver andre uke, med gode muligheter for utvidelse til en dag i uken.

Vi søker deg som brenner for tenner og som skaper gode pasientmøter.

Kvalifikasjoner:

- Mestrer norsk skriftlig og muntlig
- Gode formidlingsevner
- Norsk autorisasjon

Vi kan tilby:

- Spennende og utfordrende stilling i et sterkt faglig miljø
- Konkurransedyktig betingelser
- Gode muligheter for faglig og personlig utvikling
- Godt arbeidsmiljø

Søknad og CV sendes til Thomas H. Myrhaug:

tmyrhaug@gmail.com / 930 38 934



ÅSANE TANNLEGESENTER SØKER ETTER TANNLEGE I 50 % FAST STILLING.

Til vår tannklinikk i vekst søker vi nå etter en ny tannlege for å følge opp nye og gamle pasienter ved klinikken, og som ønsker å bygge en egen pasientportefølje sammen med de øvrige på klinikken.

Vi søker en ryddig, effektiv og strukturert tannlege med gode samarbeidsevner og godt humør som ønsker å bli en del av vårt hyggelige og dyktige team.

Arbeidsgiver: Åsane Tannlegesenter ved Magnhild Lekva.

Stillingstittel: Tannlege

Søknadsfrist: 30.08.2022.

Tiltredelse: 01.09.2022

Ansettelsesform: Fast 50% med tanke på sikt om å bygge opp til 100% stilling

Vi søker deg som:

Er tannlege med norsk autorisasjon (lisens er ikke nok).

Liker å jobbe selvstendig og har gode samarbeidsevner med både kollegaer og eksterne samarbeidspartnere.

Behersker norsk skriftlig og muntlig.

Har gode kommunikasjons og fremstillingsevner.

Kvalifikasjoner:

Det vil være positivt med erfaring fra tannhelsetjenesten, herunder erfaring av pasientbehandling av alle grupper.

Det er ønskelig med erfaring med tannbehandling med Helfo refusjon.

Erfaring med Opus og OPG.

Evne til god diagnostikk og behandlingsplanlegging.

Du er presis og greier å organisere dagen og timeboken din.

Erfaring med ekstrapasjon og protetikk er ønskelig.

Menn oppfordres til å søke.

Vi ser frem til å høre fra deg og høre hva du kan bidra med til klinikken vår.

Søknad med CV sendes til: tannlege@asatann.com



TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelse Rogaland.no.

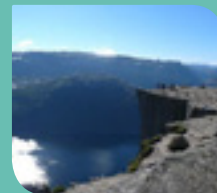


FOTO: TINGH



Ledige stillinger i

tannhelsetenesta



Møre og Romsdal
fylkeskommune

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

DYKTIG TANNLEGE SØKES TIL KVELDSTID EN TIL FLERE DAGER I UKEN

Glomma tannklinikk søker en kvalitetsbevisst tannlege.

Det er viktig at du jobber selvstendig, samtidig som du har gode samarbeidsevner. Vi legger stor vekt på at du er engasjert, faglig nysgjerrig og ønsker å bidra til klinikkens utvikling. Du må ha norsk autorisasjon og beherske norsk skriftlig og muntlig godt.

Ønske om rask tiltredelse.

Vi tilbyr en topp moderne klinikk midt i Fredrikstad sentrum. Vi har 6 behandlingsrom, OPG, mikroskop, Cerec, 3Shape og hyggelige kolleger. Besøk gjerne vår hjemmeside glommatannklinikk.no og vår facebookside.

Vi ser frem til å høre fra deg!

Tannleger med egen portefølje oppfordres også til å ta kontakt.

Søknad sendes på mail til: runa@glommatannklinikk.no

MILJØFORANDRING?

Solid og veldrevet privatpraksis, i kontinuerlig drift fra 1960. Ingen lån eller leasingavtaler. Oppdatert i fag og utstyr. 3 uiter. To tannleger og en tannpleier. Alltid 3-4 sekretærer på plass. Godt samarbeid i dynamisk team, i delvis åpent kontorlandskap. Meget god pasienttilgang og stabile livsløpsspasienter fra et stort distrikt. Lokalisert sentralt på Sunndalsøra i 2. etasje (les: 3. høyt over bakken) i hotellbygg med heis. Seks store, sørvendte vinduer med fantastisk utsikt oppover dalen i retning Oppdal, 7 mil unna. Her ligger naturperlene på rekke og rad, og vi rekker fint tur-retur Innerdalen (med Innerdalstårnet) etter jobb!

Vi trenger forsterkninger. Helst noen som kan tenke langsiktig. Den ene tannlegen har allerede nådd pensjonsalder, mens praksiseieren ser for seg en gradvis nedtrapping. Bekymrede pasienter håper at det også i fremtiden vil finnes flinke tannleger i Sunndal. Uavhengig av sentralisering og de store tannhelsekjedene, satser vi optimistisk på nyetablering i klinikken. Vi gir gode betingelser og gode utsikter til å ta over en selvgående klinikk. Det er bare å sette i gang! Her blir det endring for alle involverte, og det vil være en forutsetning for videre drift at nye tannleger har yrkeserfaring, slik at vi kan opprettholde behandlingstilbudet. Sunndal er en kommune med høyt aktivitetsnivå på mange områder. Vi har høy trivselsfaktor og god tilrettelegging for alle aldersgrupper, men vi trenger tannleger!



Send en mail til johan@heltjohan.no eller ta kontakt på tlf. 99033694 utenom kontortid.



TORGET TANNHELSE I STJØRDAL SØKER TANNLEGE I 100% STILLING!

Gode vilkår, i tillegg overtar du full eksisterende pasientportefølje.

Kanskje er du vår nye kollega?

Se finnannonse: [https://www.finn.no/job/fulltime/ad.html?](https://www.finn.no/job/fulltime/ad.html?finnkode=264218279)

finnkode=264218279

Mjøndalen tannlegesenter Fast stilling i Viken med etablert pasientliste

Tannlege søkes til fast stilling **2-3** dager i uken. Du vil overta eksisterende pasientliste. Klinikken er veletablert og godt drevet. Det er god pasienttilgang og stillingen vil kunne økes til **100%** på sikt.

Du må ha norsk autorisasjon. Beherske norsk både muntlig og skriftlig. Du må være faglig dyktig, serviceinnstilt og ivareta pasientene.

Vi tilbyr hyggelig og kollegialt miljø med 4 tannleger og 2 tannhelsesekretærer. Klinikken er moderne med store klinikkrom og nyoppussede lokaler. Det er kort vei til tog, buss og muligheter for gratis parkering!

Tiltredelse september/oktober, eller etter nærmere avtale.

Vi kan tilby gode betingelser til den rette personen. Ta kontakt med post@niratannhelse.no for en hyggelig prat og send gjerne med søknad, CV og referanser.

www.mjondalen-tannlegesenter.no

Søkere vil bli kalt inn fortløpende til intervju! Nyutdannede tannleger kan søke!



**Mjøndalen
Tannlegesenter**

SUNNMØRE: FOSNAVÅG

Tannlege i 100% stilling søkes til Herøy tannlegesenter i Fosnavåg. Vi ser etter ein tannlege som er engasjert, kvalitetsbevisst, omgjengeleg og har eit godt handlag med pasientar. Søkar må ha norsk autorisasjon og beherske norsk munnleg og skriftleg. Vi har stor pasienttilgang og recalliste til den rette søkaren. Arbeidserfaring er ein fordel, men nyutdanna er og velkomne til å søke på stillinga. I nærområdet er det store muligheter for deg som trives med friluftsliv. Ved spørsmål og interesse rundt stillinga send e-post til synne.ryan@gmail.com eller post@heroytann.no. Eller ring eller send melding til tlf: 45440307.

HELGELANDSKYSTEN/SANDNESSJØEN

Tannlege Kynsveen AS søker etter tannlege til vikariat i 100% stilling i ett år med mulighet for videre engasjement. Vi er to allmenntannleger, to tannpleiere og to tannhelsesekretærer. Vi er en ny og moderne klinikk samlokalisert med kjeveortoped i Helgeland Tannhelse. Vi søker deg som er selvstendig, engasjert og har gode samarbeidsevner. Det kreves norsk autorisasjon og god forståelse i norsk skriftlig og muntlig. Vi tilbyr gode betingelser og et godt miljø til den rette søker. Vikariat fra 12. september 2022. Ta kontakt på post@tannlegekynsveen.no for en samtale og send gjerne med søknad, CV og referanser. Søknader vurderes fortløpende.

KJØP OG SALG

PRAKSIS TIL SALGS I BERGEN

Veletablert tannlegepraksis i full drift ved Danmarks plass i Bergen til salgs grunnet pensjonering. Kontorfellesskap med endodontist. Stort pasientarkiv. Mange recallpasienter. God pasienttilgang. Leiekontrakt for lokalene kan overdras. Overdragelsestidspunkt etter avtale.

Kontakt: svein.fo@online.no

TIL SALGS – VELETABLERT TANNLEGE- PRAKSIS I NATURSKJØNNE NORDFJORD – MÅLØY SENTRUM

Veletablert praksis med 2 behandlingsrom. Stor og stabil kundemasse. Praksisen drives fra egen næringsseksjon (mulig å få kjøpt eller leie, takst foreligger) i nyrenovert kjøpesenter i Måløy sentrum. Praksis og lokalet/klinikken selges fra enkeltmannsforetak. Ønskelig med overtakelse ila 2022/2023, om ønskelig kan selger bistå i overgangsfase. For mer info se annonse på finn - finnkode: 263533155

TANNLEGEKONTOR SENTRALT I FØRDE TIL SALGS.

Eit behandlingsrom og omlag 50 m² med mogeleg for ekspansjon. Husleige kr 6400. Kontakt telf. 99610586.

LEDIG TANNLEGEKONTOR, MO I RANA

Nyetablert klinikk (2018) i Mo i Rana ledig fra 1 januar 2023. Sentralt beliggende, midt i sentrum (Nordahl Griegs gate 8).

Inneholder: 3 behandlingsrom (koblinger til 3 stoler)
Sterilrom
Resepsjon/venterom
Separat røntgen (OPG)
Kundetoalett og personaltoalett

Passer fint til 3 behandlere.

Kontakt: Zar Eiendom AS
v/Roger Håkonsen
Mobil 97011787
Mail: roger.haakonsen@zareiendom.no

TANNKLINIKK TIL SALGS PÅ COSTA BLANCA, SPANIA.

- Anerkjent av Helfo.
- Flest norske pasienter.
- Med Cerec CAD/CAM-teknologi.
- Røntgenteam
- 3 kabinett.
- På gateplan.

Kontakt oss gjerne på telefon: +34 652699223



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

Velkommen til Oralkirurgisk Klinikk!

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

Våre spesialister

Oral kirurgi og oral medisin:

Dagfinn Nilsen
Erik Bie
Johanna Berstad

Oral protetik:

Jørn Aas

Anestesilege:

Dr. Odd Wathne

Sentralt beliggende på Majorstua

Oralkirurgisk Klinikk
Sørkedalsveien 10 A
0369 Oslo

post@oralkirurgisk.no
+47 23 19 61 90

Vi på Oralkirurgisk Klinikk ønsker alle en riktig god sommer!



ORALKIRURGISK
KLINIKK

oralkirurgisk.no
orisidental.no



Velg din W&H autoklav etter klinikkens behov:

lina BASIC



Klasse B
Programtid fra 20 minutter.
2 kg belastning på 45 minutter.
Enkel håndtering. Kan oppgraderes med hurtigprogrammer til f.eks. vinkelstykker. Kan også oppgraderes med sporbarhetsfunksjoner

lara STANDARD



Klasse B
Programtid fra 18 minutter.
2 kg belastning på 38 minutter
Oversiktlig berøringsskjerm.
Kan oppgraderes med hurtigprogram til f.eks. vinkelstykker.
Kan også oppgraderes med sporbarhetsfunksjon og EcoDry som tilpasser programmet til belastningen.

lisa PREMIUM



Klasse B
Programtid fra 13 minutter.
2 kg belastning på 28 minutter.
Oversiktlig berøringsskjerm.
Har hurtigprogram til f.eks. vinkelstykker.
Avanserte sporbarhetsfunksjoner og EcoDry + som tilpasser kjøretiden til belastningen.
Kan kjøre vakuum og helixtester automatisk hver morgen.

Alle våre autoklaver lagrer data på USB.
Krever ikke årlig service – serviceintervall på 4000 kjøringer – det er god økonomi!