

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGENS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
134. ÅRGANG · #12 · 2024



Forbedre pasientopplevelsen

NSK sine turbiner, vinkelstykker og teknologier for implantologi og munnhygiene blir valgt av et stort antall tannleger verden over takket være deres unike kombinasjon av høy ytelse og pålitelighet.

Akkurat nå gjør vi dette valget enda mer fordelaktig. Vi har blant annet senket prisene på den populære **Z-serien**, for å gi flere muligheten til å teste markedets kraftigste turbin!

Ikke nok med det, vi gir deg en julegave under treet i form av en **luksuriøs Sonos-høytaler** ved kjøp av 5 turbiner eller vinkelstykker.

Så benytt sjansen til å oppgradere til våre premiumprodukter og samtidig gi både dine pasienter og ditt team noe ekstra å nyte i julen!

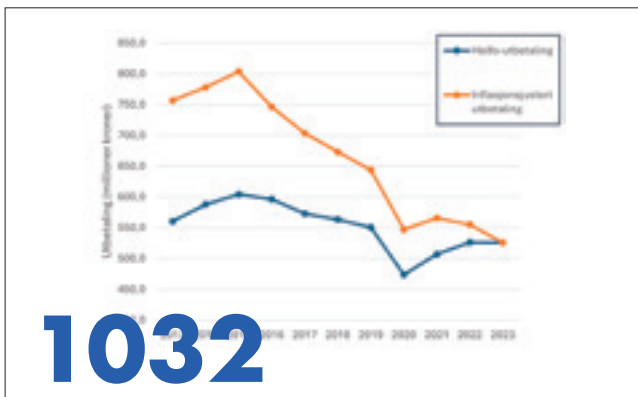
Musikk til din klinikk!

Skann QR-koden for å benytte deg av tilbudet.

Bestill så snart som mulig for å garantere levering før jul, da etterspørselen er stor.



1025–1152



1032



1086

1026 Siste nytt først

1029 Leder

Takk, kjære tannlege

1031 Presidenten har ordet

Kunsten å lytte

1032 Vitenskapelige artikler

1032 Sander Hilmarsen, Ole-Christian Jensen og Bo Wold Nilsen: Honorartakster i kjeveortopedi: Forskjeller mellom offentlige, private og Helfos satser

1040 Celina Gamst Mertz, Idun Øye Aarset og Anne Isine Bolstad: Snusbruk og holdninger til snusbruk blant tannlegestudenter og tannpleierstudenter ved Universitetet i Bergen

1052 Anne Thea Tveit Sødal, My Tien Diep, Rasa Skudutyte-Rysstad, Preet Bano Singh, Alix Young, Janicke Liaaen Jensen, Pia Titterud Sunde, Odd Carsten Koldslund og Lene Hystad Hove: Oral helse blant 65-åringer i Oslo

1062 Regina Skavhellen Aarvik: Barns autonomi i tannhelsetjenesten: Grensene for informert samtykke og tillit til helsepersonell

1072 Øyvind Kvalnes: Etikk og risiko for tannleger

1080 Aktuelt fag

1080 Antibiotikaarbeidet fortsetter – med tannlegene bak rattet

1083 Bivirkningsskjema

1086 Aktuelt

1086 En statistiker blant tannleger

1088 NTFs landsmøte 2024

1088 Kan man unngå marginal periodontitt ved å endre kosthold eller fysisk aktivitet?

1090 Samarbeid mellom protetiker og periodontist forbedrer pasientbehandlingen

1092 Oral helse hos akutt syke eldre

1094 Når og hvorfor blir tannfyllinger skiftet ut?

1098 Mindfulness funker: Det gjelder å ha det som du har det

1100 Har du riktig arbeidsstilling?

1102 Nordental 2024: Innholdsrik og sosial

1110 Kommentar og debatt

1110 Nødvendig tannbehandling, hva er det? (Carl Christian Blich)

1113 Fra NTF

1114 Presidentens tale til landsmøtet

1118 Generalsekretærens tale

1120 Takk for et fantastisk landsmøte

1124 NTFs symposium 2025

1126 Arbeidsliv: Sykefravær og sykepenger

1128 Spør advokaten: Næringsdrivende og syke

1131 Snakk om etikk

1133 Hva sier studentene? Viktigheten av det sosiale fellesskapet

1134 Kurs- og aktivitetskalender

1135 Vårens TSE-moduler

1136 Notabene

1136 Tilbakeblikk

1136 Personalia

1137 God jul

1138 Kollegiale henvisninger

1152 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Beholder tariffavtalen i staten



Foto: Tobias Wilhelmstad.

Akademikerne har vunnet frem i Rikslønnsnemnda og beholder egen tariffavtale i staten

Akademikerne stat gikk til streik i mai, da staten satte et ultimatum i tariffoppgjøret om én tariffavtale i sektoren. Rikslønnsnemnda har gitt Akademikerne medhold. Kjennelsen kom 20. november.

Det innebærer at Akademikerne får beholde tariffavtalen i staten i avtaleperioden frem til neste hovedtariffoppgjør i 2026.

Akademikerne sier det er en viktig seier, for høyt utdannede og for å sikre tjenestene staten leverer:

– Vår avtale er det beste verktøyet for å sikre at folk med høy utdanning velger staten som arbeidsplass. Uten den vil staten få problemer med å levere de tjenestene vi alle trenger og forventer.

Rikslønnsnemnda ga altså ikke LO medhold i at det skal være én tariffavtale i staten (det vil si fire liklydende avtaler).

Rikslønnsnemndas beslutning er endelig, og regnes som resultatet av årets tariffoppgjør. Nemndas beslutning regnes som hovedtariffavtalen for perioden 2024–2026.

Rikslønnsnemnda beslutning er å videreføre avtalen mellom staten og Akademikerne frem til 30. april 2026. Dette var også det Akademikerne krevde i Rikslønnsnemnda. Tariffavtalen skal reforhandles igjen om to år, uavhengig av om man hadde fått en enighet mellom partene eller en avgjørelse i nemnda.

Rikslønnsnemnda påpeker at dersom staten ønsker én tariffavtale, bør det avklares i forhandlinger mellom partene. Nemnda gir ingen pålegg eller føringer som partene må følge i neste hovedtariffoppgjør. Partene står naturligvis fritt til

å fremme sine krav i neste hovedtariffoppgjør våren 2026, som alltid.

– Vi har hatt en sterk tro på vår sak og er veldig glade for at nemnda gir oss medhold. Akademikerne avtale er helt avgjørende for at staten skal kunne rekruttere og beholde høyt utdannede – og dermed sikre seg helt nødvendig kompetanse for å levere gode tjenester, sier Kari Tønnessen Nordli, leder i Akademikerne stat.

Eldre bør ta oppfriskningsdose med koronavaksine

Eldre har lavt nivå av beskyttende antistoffer mot de nyeste varianter av SARS-CoV-2-viruset, viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet (FHI). Derfor bør eldre ta oppfriskningsdose med koronavaksine.

Til tross for at koronavaksinene og smitte har bidratt til at de fleste i Norge nå har ganske god beskyttelse mot alvorlig covid-19, ser vi fortsatt stadige smittebølger. Det skyldes at viruset endrer seg over tid, og omgår antistoffene. Når nivået av beskyttende antistoffer mot nyere virusvarianter i blodet synker, avtar beskyttelsen mot smitte. Derfor er koronavaksinene oppdatert, slik at de er godt tilpasset virusene som forventes å smitte denne vinteren.

I sommer målte FHI beskyttende antistoffer mot ulike koronavirusvarianter i blodprøver til eldre i alderen 67–82 år. Undersøkelsen viser at eldre har svært lavt nivå av beskyttende antistoffer mot de nyeste virusvariantene som har smittet denne høsten. Det gjelder også de som tok koronavaksine i fjor.

Studien FHI har gjennomført viser at for de som tok koronavaksine sist år, og har tatt flere doser tidligere, er det lite beskyttelse igjen fra sist vaksinasjon mot nye virusvarianter, sier seniorforsker Even Fossum ved FHI.

Fossum forklarer at en fersk vaksinasjon vil bidra til styrket beskyttelse mot smitte hos de eldste. Det er dermed ikke utenkelig at det vil bli behov for regelmessige oppdateringer av vaksinen framover slik som for influensa.

Så langt i sesongen (uke 46) har 546 836 personer som er 65 år eller eldre tatt koronavaksine. Oslo har høyest oppslutning om koronavaksinering (48 %) blant eldre.

Lavest oppslutning ser vi i Østfold (33 %) og Finnmark (30 %)

Den nye studien støtter anbefalingen til eldre om å ta en oppfriskningsdose med koronavaksine nå i høst, sier Preben Aavitsland, fungerende områdedirektør ved FHI.

Han fremhever den enorme innsatsen som landets helsetjeneste legger ned for å beskytte eldre og personer i risikogrupperne mot alvorlig sykdom, men skulle gjerne sett at langt flere valgte å ta koronavaksine. Aavitsland legger til at også de som har hatt korona denne høsten, anbefales å ta en oppfriskningsdose.

Over 1,1 million har tatt influensavaksine de siste ukene, skriver FHI 25. november, og av dette står personer som er 65 år eller eldre for 623 868 vaksinasjoner. Det er Akershus, Telemark og Vestland (62 %) som har høyest vaksinasjonsdekning mot influensa blant personer som er 65 år eller eldre. Troms (52 %) og Finnmark (45 %) har lavest oppslutning. Vaksinasjonsdekningen for personer som er 65 år eller eldre i Norge som helhet er 59 prosent. Det utgjør om lag 30 000 flere vaksinasjoner i denne aldersgruppen enn ved samme tid i fjor.

Unge menn røyker av og til, mer og mer



Foto: iStock Images

De som røyker er stadig blitt færre. For 20 år siden røykte over en fjerdedel av alle unge norske menn (16-24) daglig, mot bare to prosent nå i 2024. Samtidig er det stadig flere som røyker av og til. Siden 2004 har antallet økt fra 13 prosent til 24 prosent, skriver forskning.no.

– Det kan se ut som at disse mennene har byttet ut den daglige røyken med av og til-røyken, sier Sindre Haugen i Statistisk sentralbyrå (SSB). Samtidig er det viktig å huske

at det ikke er de samme mennene som svarte i 2004 og i 2024, påpeker han. Så forskerne kan egentlig ikke si at det ene har erstattet det andre. I år er det uansett rekord. Aldri før har unge menn røkt så mye – av og til.

Men hvor mye er egentlig av og til?

– Det vet vi egentlig ikke, sier Tord Finne Vedøy, forsker ved Folkehelseinstituttet (FHI).

– Vi har spurt om antall sigaretter per uke, ikke per dag. Så det blir vanskelig å si noe mer nøyaktig om av og til-røykerne, sier Vedøy, som bruker tallene fra Rusundersøkelsen.

Disse røykerne, som gjelder hele den voksne befolkningen, kan deles opp i tre grupper som er mer eller mindre like store, ifølge Vedøy:

Omtrent en tredjedel av dem røyker syv eller flere sigaretter i uka. En annen tredjedel røyker i gjennomsnitt litt over tre sigaretter i uken. Den siste tredjedelen røyker nesten ingenting, det vil si én sigarett i uka. I tillegg er det en del som sier de røyker av og til, men som forskerne antar er dagligrøykere.

– De kan bare ha vondt for å anerkjenne at de faktisk er det, sier Vedøy.

Norge har nesten verdensrekord i det å ha en ikke-røykende befolkning. Bare Island og Costa Rica er bedre, ifølge OECD.

– Dette gjelder først og fremst daglig-røykerne. Hvis man legger sammen dagligrøykerne med av og til-røykerne, er vi ikke så fryktelig gode likevel, ifølge Vedøy.

– Det understreker at røyking er et fenomen som det er vanskelig å bli kvitt, sier han.

Ifølge en studie fra 2015 er det farlig å røyke av og til. Ikke like farlig som å røyke daglig, men ganske farlig likevel. Studien fra Universitetet i Tromsø viser at festrøyker har 38 prosent høyere risiko for å dø i løpet av 15 år, sammenlignet med de som aldri røyker.

– Festrøykerne er yngre og mer velutdannede enn de som er dagligrøykere. Det virker som om de ikke skjønner at dette med festrøyking kan ha meget alvorlige helsemessige konsekvenser, sa Maja-Lisa Løchen, professor ved UiT, Norges arktiske universitet til Dagens medisin i 2015.

Dagligrøykerne hadde til sammenligning over dobbelt så høy risiko for død etter 15 år som ikke-røykerne.

Tord Vedøy mener det er viktig å påpeke at røyking i sin helhet var mye mer utbredt før.

KILDE

1. Fridtjof Elgesem og Elisabeth Falnes-Dalheim: Rusundersøkelsen 2024. SSB. 2024

Eldre bør ta oppfriskningsdose med koronavaksine

Eldre har lavt nivå av beskyttende antistoffer mot de nyeste varianter av SARS-CoV-2-viruset, viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet (FHI). Derfor bør eldre ta oppfriskningsdose med koronavaksine.

Til tross for at koronavaksinene og smitte har bidratt til at de fleste i Norge nå har ganske god beskyttelse mot alvorlig covid-19, ser vi fortsatt stadige smittebølger. Det skyldes at viruset endrer seg over tid, og omgår antistoffene. Når nivået av beskyttende antistoffer mot nyere virusvarianter i blodet synker, avtar beskyttelsen mot smitte. Derfor er koronavaksinene oppdatert, slik at de er godt tilpasset virusene som forventes å smitte denne vinteren.

I sommer målte FHI beskyttende antistoffer mot ulike koronavirusvarianter i blodprøver til eldre i alderen 67-82 år. Undersøkelsen viser at eldre har svært lavt nivå av beskyttende antistoffer mot de nyeste virusvariantene som har smittet denne høsten. Det gjelder også de som tok koronavaksine i fjor.

Studien FHI har gjennomført viser at for de som tok koronavaksine sist år, og har tatt flere doser tidligere, er det lite beskyttelse igjen fra sist vaksinasjon mot nye virusvarianter, sier seniorforsker Even Fossum ved FHI.

Fossum forklarer at en fersk vaksinasjon vil bidra til styrket beskyttelse mot smitte hos de eldste. Det er dermed ikke utenkelig at det vil bli behov for regelmessige oppdateringer av vaksinen framover slik som for influensa.

Så langt i sesongen (uke 46) har 546 836 personer som er 65 år eller eldre tatt koronavaksine. Oslo har høyest oppslutning om koronavaksinering (48 %) blant eldre. Lavest oppslutning ser vi i Østfold (33 %) og Finnmark (30 %)

Den nye studien støtter anbefalingen til eldre om å ta en oppfriskningsdose med koronavaksine nå i høst, sier Preben Aavitsland, fungerende områdedirektør ved FHI.

Han fremhever den enorme innsatsen som landets helsetjeneste legger ned for å beskytte eldre og personer i risikogrupperne mot alvorlig sykdom, men skulle gjerne sett at langt flere valgte å ta koronavaksine. Aavitsland legger til at også de som har hatt korona denne høsten, anbefales å ta en oppfriskningsdose.

Over 1,1 million har tatt influensavaksine de siste ukene, skriver FHI 25. november, og av dette står personer som er 65 år eller eldre for 623 868 vaksinasjoner. Det er Akershus, Telemark og Vestland (62 %) som har høyest vaksinasjonsdekning mot influensa blant personer som er 65 år eller eldre. Troms (52 %) og Finnmark (45 %) har lavest oppslutning. Vaksinasjonsdekningen for personer som er 65 år eller eldre i Norge som helhet er 59 prosent. Det utgjør om lag 30 000 flere vaksinasjoner i denne aldersgruppen enn ved samme tid i fjor.

Tannlege
Spesialistene

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



**HENVISNINGSKLINIKK
I OSLO**

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

admetec Norge

Verden
holder på å
bli **Ergo**,
hva med
deg?

Gratis demonstrasjon
på klinikken din.

Klikk på annonsen for demomøte nå!



FORSIDEILLUSTRASJON

@heiaklubben / Marius Pålerud

REDAKSJON

Ansvarlig redaktør:

Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:

Asbjørn Jokstad

Dipak Sapkota

Redaksjonssjef:

Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:

Linda Z. Arvidsson, Karin Goplerud Berge,

Morten Enersen, Jostein Grytten, Anne M. Gussgard,

Gro Eirin Holde, Bo Wold Nilsen, Torbjørn Østvik

Pedersen, Tine M. Søland, Marit Øilo

Redaksjonskomité:

Malin Jonsson, Eli-Karin Bergheim, Odd Bjørn Lutnæs

ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 500,-

ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,

Tlf: 977 58 527

e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Christiania torv 5, 0158 Oslo

PB 2073, Vika, 0125 Oslo

Tlf: 22 54 74 00

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no

www.tannlegetidende.no

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 450, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: Aksell AS

Grafisk design: Aksell AS

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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG



TRYKT I
NORGE
NO - 1470



Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT



SVANEMERKET
Trykksak
2041 0079

Takk, kjære tannlege



Foto: Kristin Adley Opdan

Denne uken har jeg vært hos tannlegen. Jeg har vært hos den greie tannlegen min. Jeg er glad i tannlegen min, med god grunn. Tannlegen min finner ikke på noe ekstra. Ikke noe tull.

Jeg var hos tannlegen min tidligere i høst også, og fikk greie på at alt er i orden. Røntgenbilder, grundig undersøkelse, puss og rens – og vi ses om et år. Ha det bra!

Vi snakket riktignok om den ene fyllingen. Den vi snakket om i fjor også. Den som det er gått et lite stykke av, og som fortsatt holder. Vær nøye med renholdet, så holder den kanskje en god stund til, sa tannlegen. Ingen grunn til å gjøre noe mer, før det er nødvendig, sa tannlegen.

Poenget er at tannleger er gull verdt. De som gjør en ordentlig jobb.

Og så fikk jeg vondt. Nå. Et par måneder senere. Det er nok bihulebetennelse, tenkte jeg, og la ikke så mye vekt på at smerten var i underkjeven. – Du har ikke bihuler der, vet du, sa tannlegen, da jeg var kommet meg dit. Jeg vet det. Jeg ombestemte meg etter hvert, til at det ikke var bihulebetennelse, da det var gått et par dager, og smertene ikke var blitt mindre, og heller verre.

Vi tok bilder, og så at det var noe der, en bit av noe, nede i en lomme. – Det må vi få vekk, sa tannlegen – før eller siden. Hun stu-

derte bildene nøye. Er det den lille biten av noe som er årsaken til smerten, eller er det noe annet? Er det tannen ved siden av som er problemet? Må den rotfylles, kanskje? Det ser ikke helt sånn ut. Tannlegen henter en kollega, som har kontor ved siden av. Det er fint å være to. To tannleger blir enige om at biten skal vekk. Nå, med det samme. Før vi eventuelt tenker på alternativer.

– Det er ikke sikkert bedøvelsen virker så godt, når forholdene er som de er, advarer tannlegen. Den virket ikke så veldig godt, nei. Det var fryktelig vondt, det tannlegen måtte gjøre. Det tok litt tid også. Hun er ikke treig. Tvert imot. Og hun er grundig. Til slutt var hun fornøyd. Biten var vekk. Tilintetgjort. Tannen fikk ny fylling, som ble sjekket flere ganger. Den skal ikke være høy, vet du.

– Ring meg i morgen, eller dagen etter, da. Så jeg vet hvordan det går, sa tannlegen.

Nå har jeg ringt. Tannlegen ble glad. Dette går bra. Tannlegen har tenkt på meg i to dager. Jeg er lettet. Fy fader så glad jeg er, for den tannlegen. Hva skulle jeg gjort uten?

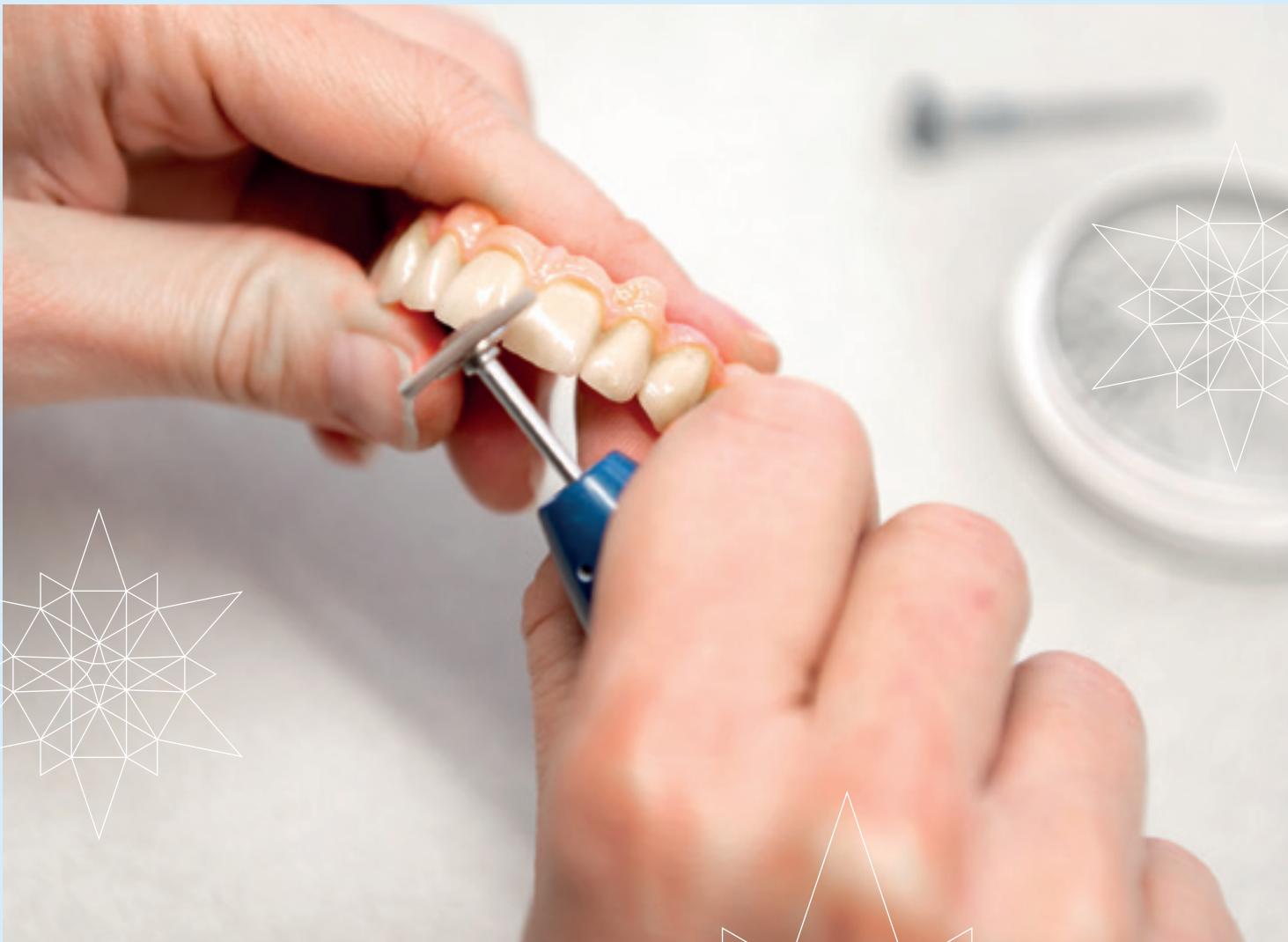
Hva er poenget her? Poenget er at tannleger er gull verdt. De som gjør en ordentlig jobb. De som hjelper oss når vi har vondt, og trenger hjelp. De som ikke gjør mye annet, som vi ikke trenger. De som bryr seg om pasientene sine. På ordentlig.

Jeg ønsker dere alle en fin, fredelig og god jul.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør

Våre teknikere, dine hjelpere. Også Online.

Med 130 medarbeidere og 8v0 tannteknikere kan man vel med sikkerhet påstå at vi ligner nissens verksted. Det som skiller oss fra dét, er at vi har satt ordrebestilling i system! *Proteket Online* er vårt digitale bestillingsverktøy, så du kan legge inn bestilling når som helst – sommer og vinter, natt og dag. Og i jula, da, selvfølgelig.



Scan QR-koden for å lære mer, eller kontakt oss:

+47 21 06 31 31
post@proteket.no
proteket.no

PRÖTEKET
våre ressurser er dine ressurser

Kunsten å lytte

God kommunikasjon er både en kunst og en ferdighet. For noen faller det naturlig og enkelt å kommunisere med andre, mens for de fleste må kommunikasjonsferdighetene opptrenes over tid. Hindre må overkommes og uvaner legges bort.

God kommunikasjon innebærer at noen klarer å uttrykke seg på en måte som er tilpasset mottakeren. Avsender må ha tenkt igjennom at det som formidles skal være forståelig for mottakeren. God kommunikasjon er selvsagt lettere å få til dersom mottakeren er en person som ønsker å forstå, og som lytter til det som blir formidlet.

Å lytte er mer enn bare å høre. En aktiv lytter anstrenger seg for å oppfatte det som blir sagt før hen tolker eller gjør seg opp sin egen mening. En aktiv lytter stiller oppfølgingsspørsmål og sikrer seg at budskapet er forstått før hen kommer med motargumenter, egne meninger eller erfaringer.

«Ikke lytt med munnen full av ord», sa min psykiaterkone. Det tok tid før jeg forstod hva hun mente. Men gradvis gikk det opp for meg at jeg nettopp lyttet med munnen full av ord. Som tannlege og kirurg er jeg blitt opplært til å handle. Jeg hørte hva pasientene fortalte meg, men samtidig som jeg hørte hva de sa, var jeg i full gang med å planlegge min – viktige og velfunderte – respons. Opptattheten av å gi riktige faglige anbefalinger tok oppmerksomheten min bort fra pasientens fortelling. I verste fall kan det ha medført at jeg gikk glipp av viktig informasjon.

Jeg er blitt bedre til å lytte til pasientene. Jeg er overbevist om at det har gjort meg til en bedre tannlege.

Jeg har lyst til å dele en opplevelse jeg hadde med en pasient. Pasienten kom til meg fordi hun hadde hatt sterke smerter i kjeven og i hodet i mange år. Hun hadde være igjennom mye utredning og behandling, både i helsetjenesten generelt og i tannhelsetjenesten. Enda et fortvilet håp om hjelp, enda en henvisning fra fastlegen, førte henne til meg. Jeg startet med å invitere henne til å fortelle sin historie. Hun mente at fastlegen hadde skrevet hennes sykehistorie i henvisningen? Jeg bekreftet at jeg hadde lest det fastlegen hadde skrevet, men ba henne likevel om å fortelle med egne ord.



Foto: Kristin Aknes

Mitt juleønske for foreningen og meg selv i år er konstruktive diskusjoner med respekt for andre og andres meninger. Jeg ønsker meg aktivt lyttende medlemmer, som er nysgjerrige på hverandres syn, i transparente dialoger utenfor lukkede fora på nett.

Etter 15 minutter uten andre intervensjoner enn aktiv lytting fra min side, rettet pasienten seg opp i stolen. «Nå forstår jeg hva som er årsaken. Takk skal du ha», sa hun. Jeg rakk knapt å avtale en telefonkonsultasjon før hun var ute av døra. En måned senere var hun smertefri etter selv å ha gjort endringer i hverdagslivet sitt.

Kanskje høres historien litt for fantastisk ut. Men den er sann. Og alle som har forsøkt å forandre på uheldige vaner i livet, vet at det er krevende. Pasienten ble ikke mirakuløst frisk. Hun la ned mye hardt arbeid for å komme ut av smerter og vonde sirkler. Å høre seg selv fortelle høyt om livet, satte henne på rett spor.

Jeg har ved flere anledninger, både i og utenfor arbeidet som tannlege, erfart at det å lytte er til stor hjelp. Aktiv lytting fungerer i samlivet, i forholdet til venner og bekjente og egentlig i møter med mennesker generelt.

Å lytte til noen uten å være opptatt i eget hode er også viktig i arbeidslivet, ikke minst i endringsprosesser: Lytt med intensjonen om å forstå og still oppklarende spørsmål før du svarer, avviser eller argumenterer. Da blir kommunikasjonen god, og rett som det er risikerer man å få nye tanker eller lære noe man ikke hadde tenkt på fra før.

Som forening er NTF inne i en prosess med muligheter for svært mye læring. Alle trenger vi å huske at de diskusjonene vi skal ha handler vel så mye om å skaffe oss kunnskap om og forståelse for hva andre parter mener, og hvorfor de mener det de mener, som å argumentere for vårt eget syn. Til det må vi ruste oss med en aktivt lyttende holdning.

Mitt juleønske for foreningen og meg selv i år er konstruktive diskusjoner med respekt for andre og andres meninger. Jeg ønsker meg aktivt lyttende medlemmer, som er nysgjerrige på hverandres syn, i transparente dialoger utenfor lukkede fora på nett.

Aktiv lytting anbefales også benyttet i familieselskaper og andre sammenkomster i ukene som kommer. Måtte alle, store som små, oppleve inkludering og tilhørighet gjennom fellesskap med mennesker som er nysgjerrige på hverandre og ikke fulle av seg selv.

Heming Olsen-Bergem
President i NTF

HOVEDBUDSKAP

- Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom prisen for en kjeveortopedisk behandling hos privat/ offentlig kjeveortoped
- Takstene til Helfo er i snitt 40–50 % lavere enn hva offentlige og private kjeveortopeder benytter
- Pasienten kan ha andre utgifter utenom fastprisavtale- ne og de kjeveortopediske tekstene (for eksempel kostnader til tannteknikk), men dette varierer mellom kjeveortopeder
- Den prosentvise stønaden fra Helfo er misvisende med hensyn til den faktiske egenandelen som pasienten må betale hos offentlige og private kjeveortopeder. Dette bør henvisende tannhelsepersonell være bevisst når/ hvis de diskuterer kjeveortopediske behandling og henvisning med sine pasienter

FORFATTERE

Sander Hilmarsen*, tannlege ved Vadsø tannklinikk, tidligere masterstudent ved Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Ole-Christian Jensen*, tannlege ved Colosseum Tannlege Fauske, tidligere masterstudent ved Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Bo Wold Nilsen, spesialist i kjeveortopedi, førsteamanuensis. Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

* Forfatterne har bidratt likt til arbeidet og deler førsteforfatterskap

Korresponderende forfatter: Bo Wold Nilsen, Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges arktiske universitet, postboks 6050 Langnes, 9037 Tromsø. E-post: bo.w.nilsen@uit.no

Akseptert for publisering 28.10.2024

Artikkelen er fagfellevurdert

Hilmarsen S, Jensen O-C, Nilsen BW. Honorartakster i kjeveortopedi: Forskjeller mellom offentlige, private og Helfos satser. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024; 134: 1032-8.

MeSH: Healthcare Disparities, Health Expenditures, Orthodontics

Honorartakster i kjeveortopedi: Forskjeller mellom offentlige, private og Helfos satser

Sander Hilmarsen*, Ole-Christian Jensen* og Bo Wold Nilsen

Bakgrunn/formål: Omtrent halvparten av norske barnekull mottar kjeveortopedisk behandling, men det finnes sosioøkonomiske forskjeller i hvem som mottar behandling. Dette kan muligens forklares med at kjeveortopedisk behandling ikke er fullfinansiert av staten. Studiens mål var å kartlegge økonomiske barrierer for å motta kjeveortopedisk behandling ved å besvare følgende problemstillinger: 1. «Er det forskjell mellom private, offentlige og Helfos kjeveortopediske takster?», samt 2. «Hva er den faktiske prosentvise stønaden fra Helfo ved kjeveortopedisk behandling?»

Metode: Et digitalt spørreskjema ble sendt til 230 kjeveortopeder via Norsk Kjeveortopedisk Forening for å kartlegge prissettingen på takstene, samt egenandeler utenom takstene. Det ble undersøkt om det er forskjeller på prissettingen mellom private- og offentlige kjeveortopeder på enkelttakster, samt et konstruert behandlingsforløp. Grunnet lav svarprosent fra offentlige kjeveortopeder ble takstinformasjon hentet direkte fra fylkeskommunene med ansatte kjeveortopeder (7 fylkeskommuner, totalt 22 kjeveortopeder)

Resultater: Det var 32 respondenter på spørreundersøkelsen (29 private, 3 offentlige). 15 private tilbød fastprisavtaler. 22 offentlige og 14 private kjeveortopeder inngikk i takstanalysene. Det var statistisk signifikante forskjeller i pris mellom private og offentlige på takstene 608a, 608b og 609a, men ingen statistisk signifikant forskjell på et konstruert behandlingsforløp. Private og

offentlige kjeveortopedier har en høyere prissetting på alle takstene sammenlignet med Helfo. Den faktiske Helfo-refusjonen for en pasient i gruppe a, b og c ble beregnet til respektivt cirka 70, 50 og 30 % i både det offentlige og det private.

Konklusjon: Dagens private- og offentlige kjeveortopediske takster er betydelig høyere enn Helfos, noe som medfører at pasientens egenandel er høyere enn prosentsatsen Helfo-gruppene gir inntrykk av.

Lov om tannhelsetjenesten gir barn og unge rett til gratis tannhelsetjenester, med unntak av kjeveortopedisk behandling (1). Dette til tross for at det kan være funksjonelle, profylaktiske, men også psykososiale årsaker for behandling (2–4). I Norge mottar omtrent halvparten av alle årskull kjeveortopedisk behandling med stønad fra Helfo (folketrygden), men det er dokumentert regionale og sosioøkonomiske forskjeller i hvem som mottar behandling (5).

Egenandelen ved kjeveortopedisk behandling bestemmes av to forhold: 1) Hvilken refusjon bittavviket gir, samt 2) differansen mellom Helfos og kjeveortopedens takst. Refusjon fra Helfo gjelder hovedsakelig for pasienter opp til 20 år. Bittavvik som er omfattet av støtteordningen er delt inn i tre alvorlighetsgrader: gruppe a får 100 % stønad, gruppe b 75 %, og gruppe c 40 %. Refusjonsberegningene baseres på Helfos takster. Eventuelle forskjeller mellom Helfos satser og kjeveortopedenes priser må dekkes av pasienten (også kalt «mellomlegg» eller påslag) (6). Frem til 01. januar 2024 sto det i henvisningsskjemaet til kjeveortoped (under rubrikken «informasjon til pasient/foresatt»): «Privatpraktiserende tannleger står imidlertid fritt til å bestemme prisen for behandlingen de utfører. Deres tannlegens pris er høyere enn den fastsatt av staten, må mellomlegget dekkes av pasienten». Dette kan være misvisende, da fylkeskommunene, på samme måte som private, også har fri prisfastsettelse, slik at de ulike fylkeskommunene kan ha priser som skiller seg fra hverandre og Helfos takster.

Studiens mål var å besvare følgende problemstillinger:

1. Er det forskjell mellom private, offentlige og Helfos kjeveortopediske takster?
2. Hva er den faktiske prosentvise stønaden fra Helfo ved kjeveortopedisk behandling.

Material og metode

Et spørreskjema ble designet ved hjelp av det nettbaserte undersøkelsesverktøyet Nettskjema. Spørreskjemaet kartla type klinikk (privat/offentlig), hvorvidt fastpris benyttes (og eventuelt hvor mye en standard behandling koster), hvordan takstene prises, samt hvorvidt pasienten har egenandeler utenom takstene/fastprisavtalen. I spørreskjemaet ble en standard behandling definert som «be-

handling med fast apparatur i begge kjever uten behov for skeletal forankring».

Våren 2023 ble lenken til spørreskjemaet distribuert ved hjelp av Norsk Kjeveortopedisk Forening (NKF) som har kontaktinfo og oversikt over kjeveortopedier i Norge. Det ble sendt to purringer til NKF om å sende påminnelse til sine medlemmer om å svare på spørreskjemaet. Grunnet lav svarrespons fra offentlige kjeveortopedier ble informasjon om takster (for 2023), samt informasjon om antall kjeveortopedier, innhentet fra alle landets fylkeskommuner via nettsider/epost. Takstinformasjon innhentet fra offentlige kjeveortopedier via spørreundersøkelsen ble ikke brukt i analysene.

Håndtering av rådata ble gjort med Excel 365 (Microsoft). Statistiske analyser ble gjennomført med SPSS (IBM). Deskriptiv statistikk ble generert for de ulike takstene mellom offentlige- og private kjeveortopedier. Multiple t-tester ble gjennomført mellom private og offentlige kjeveortopedier for hver av de kjeveortopediske takstene. En t-test ble også gjennomført mellom private og offentlige kjeveortopedier for en konstruert standard kjeveortopedisk behandling. En konstruert behandling tok utgangspunkt i følgende takster: 600- forundersøkelse (n=1), 601- behandlingsplanlegging (n=1), 608a- Enkel avtagbar apparatur (n=1), 609a- fast apparatur i en hel kjeve (n=2), 610b- behandlingskontroller m/ apparaturjusteringer (n=18) og 611- behandlingsavslutning per kjeve (n=2). Statistisk signifikansnivået var satt til $p < 0,05$.

Resultat

Totalt ble det innhentet 32 svar på spørreskjemaet (29 private og 3 offentlige). Samlet svarprosent ble beregnet til 14 % basert på at NKF distribuerte spørreskjemaet til 230 kjeveortopedier. Med takstinformasjonen som ble innhentet fra fylkeskommunene (utenom spørreskjemaet) ble svarprosenten beregnet til 23 % (7 fylkeskommuner oppga å ha ansatte kjeveortopedier tilsvarende 22 stillinger).

Ved sammenligning av de kjeveortopediske takstene for offentlige- og private kjeveortopedier, ble det funnet en statistisk signifikant forskjell på takst 609a (fast apparatur i en hel kjeve), 608a (enkel avtagbar apparatur) og 608b (komplisert avtagbar apparatur) (tabell 1). Private og offentlige takster var i snitt 40–50 % høyere enn Helfos takster, men det var stor variasjon på takstnivå. Takst 609b (komplett sett alignere) hadde stor variasjonsbredde. 15 private kjeveortopedier tilbydde kun fastpris avtaler. Disse var utelatt fra de individuelle takstanalysene.

Det var ikke en statistisk signifikant forskjell mellom offentlige- og private kjeveortopedier når det gjelder total kostnad på en standard kjeveortopedisk behandling, men variasjonsbredden var større for private kjeveortopedier enn offentlige (tabell 2). Pasienter i gruppe a (med 100 % stønad fra Helfo) vil ha en egenandel på rundt

Tabell 1: Oversikt over honorartakster i kroner for kjeveortopedisk behandling mellom Helfo og offentlige- og private kjeveortopedier

Takst	Gjennomsnittlig honorartakst i kroner ± standardavviket (minimum–maksimum)		Helfo-takst	Prosentvis (og absolutt) forskjell mellom gjennomsnittlig honorartakst og Helfo-takst	
	Offentlig (n=22)	Privat (n=14)		Offentlig	Privat
600	1837 ± 184 (1635–2100)	1792 ± 294 (1320–2350)	1385	33 % (453)	29 % (407)
601	4230 ± 824 (2880–5355)	4077 ± 984 (3322–6673)	2610	62 % (1620)	56 % (1467)
608a*	1804 ± 324 (1585–2435)	2187 ± 347 (1600–2830)	1600	13 % (204)	37 % (587)
608b*	4595 ± 499 (3915–5070)	5051 ± 643 (3985–6573)	3865	19 % (730)	31 % (1186)
609a*	4997 ± 356 (4315–5255)	5385 ± 470 (4520–6330)	3990	25 % (1007)	35 % (1395)
609b	6568 ± 2190 (3945–8485)	8537 ± 8040 (4600–30000)	3990	65 % (2578)	114 % (4547)
610a	565 ± 168 (350–760)	574 ± 461 (400–2100)	320	77 % (245)	79 % (254)
610b	807 ± 93 (645–895)	809 ± 234 (500–1480)	530	52 % (277)	53 % (279)
611	3928 ± 255 (2440–3100)	3090 ± 284 (2300–3555)	2355	24 % (573)	31 % (735)
612	534 ± 66 (405–595)	538 ± 41 (490–650)	410	30 % (124)	31 % (128)

* angir at det var statistisk signifikant forskjell med 95% konfidensintervall
± angir standardavviket. Takstforklaring: 600 (forundersøkelse); 601 (behandlingsplanlegging); 608a (enkel avtakbar apparatur); 608b (komplisert avtakbar apparatur); 609a (fast apparatur i en hel kjeve); 609b (komplett sett alignere); 610a (bittutviklingskontroll/behandlingskontroll uten apparatjustering); 610b (behandlingskontroller med apparatjustering); 611 (behandlingsavslutning pr kjeve); 612 (etterkontroller)

Tabell 2: Tabellen viser en oversikt over pris i kroner, samt prosentvis stønad, for en konstruert standard kjeveortopedisk behandling hos offentlige- og private kjeveortopedier. Forskjellen i pris mellom privat og offentlig takster er ikke signifikant. En konstruert behandling tok utgangspunkt i følgende takster: 600- forundersøkelse (n=1), 601- behandlingsplanlegging (n=1), 608a- Enkel avtagbar apparatur (n=1), 609a- fast apparatur i en hel kjeve (n=2), 610b- behandlingskontroller m/ apparatjusteringer (n=18) og 611- behandlingsavslutning per kjeve (n=2)

Sektor	Gjennomsnittlig pris i kroner ± standardavviket (minimum–maksimum)	Egenandel ved behandling basert på gjennomsnittlig pris i gruppe a/b/c (100%/75%/40%)	Faktisk prosentvis stønad ved behandling basert på gjennomsnittlig pris (a/b/c)
Helfo	27 825,-	0,- / 6956,- / 16695,-	100 % / 75 % / 40 %
Offentlig (n=22)	38240 ± 3561 (31220–41240)	10 415,- / 17 317,- / 25 719,-	72,7 % / 54,5 % / 32,7 %
Privat (n=14)	39575 ± 5296 (35095–52815)	11 750,- / 18 706,- / 28 445,-	70.3 % / 52.7 % / 28.1 %

10 000 kroner i både det offentlige og private. Den faktiske Helfo-refusjonen for en pasient i gruppe a, b og c er cirka 70, 50 og 30 % i både det offentlige og private.

Det var liten forskjell på fastprisavtaler mellom offentlige- og private kjeveortopeder for en standard kjeveortopedisk behandling (fast apparatur i begge kjever uten skeletal forankring) (tabell 3). Fastprisavtalene skiller seg heller ikke fra beløpet som ble kalkulert for et konstruert behandlingsforløp.

Av respondentene oppga 9 private kjeveortopeder at pasientene har egenandel utenom takst/fastprisavtale. Hygienetillegg (n=6), ekstratillegg ved ekstra tidsbruk (n=5) og tannteknikk (n=5) var de mest oppgitte egenandelene pasientene hadde i tillegg.

Diskusjon

Resultatene viste statistisk signifikante forskjeller mellom offentlige- og private kjeveortopeder på enkelttakster, men at det ikke var statistisk signifikante forskjeller i pris på en standard behandling. Variasjonsbredden på en konstruert behandling var dog noe større hos private enn offentlige kjeveortopeder. Både offentlige- og private kjeveortopeder har takster som ligger i snitt 40-50 % høyere enn Helfos takster. Følgelig er den prosentmessige refusjonen betydelig lavere enn hva Helfo-gruppen gir inntrykk av. Den faktiske stønad i gruppe a/b/c er henholdsvis ca. 70, 50 og 30 % gitt at pasienten ikke har egenandeler utenom Helfo-takstene. Den største prosentvise reduksjonen i støtte fant man blant pasientene med det største behandlingsbehovet (gruppe a).

Resultatene av studien må ses i lys av noen begrensninger. Svarprosenten var lav, noe som gjør at generaliserbarheten knyttet til private må gjøres med forsiktighet. På tross av dette er konklusjonen knyttet til offentlige og Helfos takster gyldige ettersom alle takstene til de offentlige kjeveortopedene er innhentet. En annen utfordring er at omfanget av bruk av egenandeler utenom fastsatte takster er ufullstendig: Det mangler data for offentlige kjeveortopeder (grunnet manglende svar), og størrelsen på disse egenandelene

er heller ikke kartlagt for de private kjeveortopedene. Selv om størrelsen på egenandelene ikke er kartlagt, vil enhver egenandel utover takstene redusere den totale refusjonen pasienten mottar. Disse egenandelene kompliserer direkte prissammenligninger mellom kjeveortopeder, da slike egenandeler kan være betydelige.

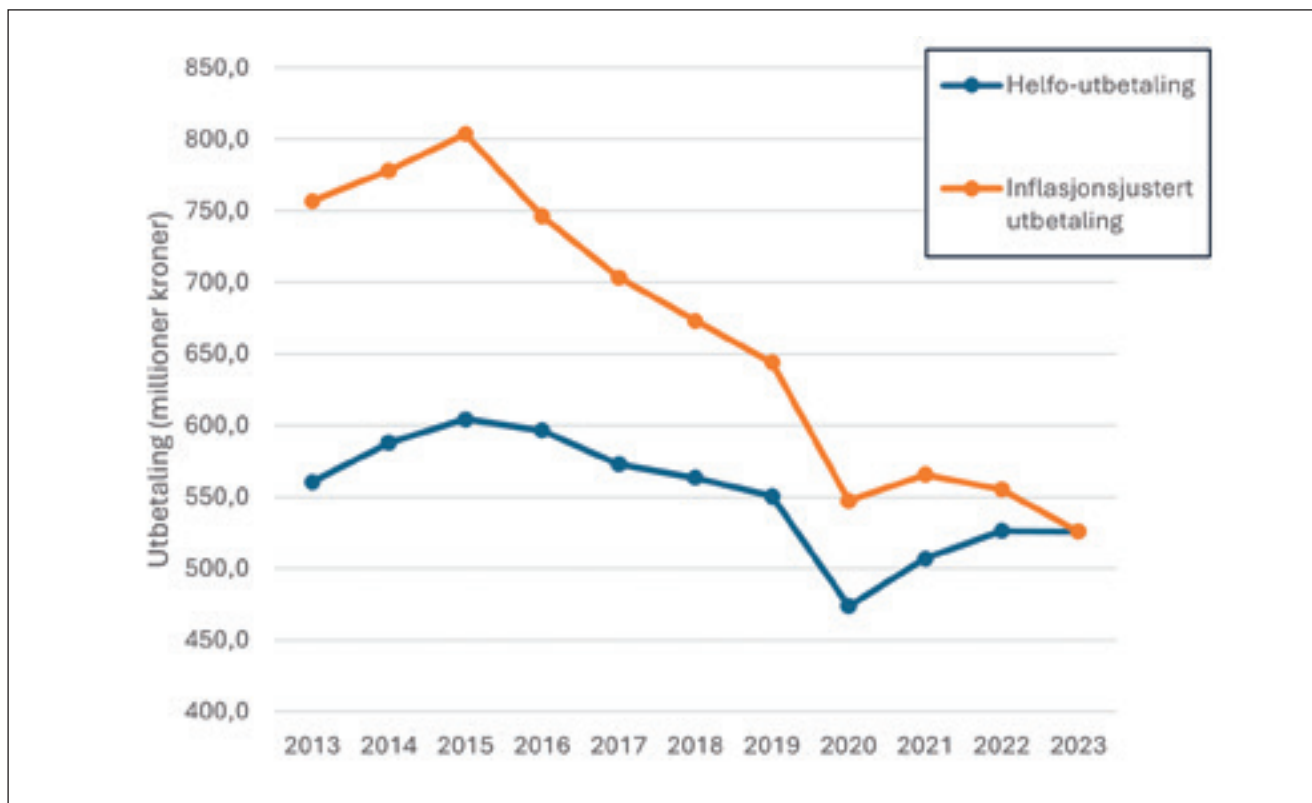
To tilfeller hvor egenandeler utenom takstene kan utgjøre store forskjeller er ved tannteknisk arbeid i forbindelse med skeletal forankring og teknikerkostnaden for skinnbehandling. For eksempel så er teknikerkostnaden for en «comprehensive» skinnbehandling med Invisalign 26 900 kroner per januar 2024 ifølge Aligns Invisalign Doctor nettside. Hvorvidt prisen på skinnene er innbakt i skinnetaksten (608b) vil være av stor betydning for den endelige prisen for pasienten. For eksempel, kjeveortopedens som oppga at skinnbehandlingstaksten var 30 000 (609b) oppga også at pasienten ikke har egenandeler utenom taksten, mens andre kjeveortopeder med langt lavere sats på takst 609b oppga at pasienten i tillegg til taksten betaler teknikerhonorar. Totalkostnaden for pasienten kan derfor bli det samme.

Når det gjelder tannteknikkhonorarer for apparatur med skeletal forankring så vil dette variere med apparatur. En mesial slider, et apparatur som kan være indikert for lukelukking i overkjeven ved agenesi av lateraler i overkjeven (for eksempel i kombinasjon med en skeletal klasse III tendens) (7), kan koste mer enn 500 euro i innkjøp fra tanntekniker (eks. TADMAN Mesialslider). Hvis denne kostnaden alene belastes pasienten, vil en pasient i gruppe B, med 75 % stønad fra Helfo, få redusert refusjonen fra om lag 53 % til om lag 47 % stønad av totalt beløp (tabell 2). Andre kostnader som belastes pasienten, som hygienetillegg eller ekstra tidsbruk ved en arbeidsoperasjon, vil ytterligere kunne redusere den faktiske refusjonen pasienten får. Det kan også være verdt å merke seg at HELFOs takster for komplett sett alignere (609b) og skeletalt forankret apparatur (608b) er så lav at hvis ikke pasienten blir belastet deler eller hele teknikerutgiftene ville kjeveortopedene hatt større utgifter til prosedyrene enn inntekter.

Tabell 3: Tabellen viser en oversikt over den gjennomsnittlige prisen i kroner på en fastprisavtale hos private kjeveortopeder sammenlignet med en konstruert standard kjeveortopedisk behandling basert på Helfo sine takster.

Sektor	Gjennomsnittlig pris i kroner ± standardavviket (minimum–maksimum)	100 % stønad fra Helfo	Differanse mellom 100 % stønad fra Helfo og fastprisavtale (gjennomsnitt)
Offentlig (n=5) ^o	41 970,-	27 825,-	14 145
Privat (n=15)	39 867 ± 3865 (37500–48000)		12 042

^o Fra samme fylkeskommune



Figur 1. Figuren viser utbetalinger knyttet til innslagspunkt 8 (bittanomalier) fra Helfo i perioden 2013-2023. Den oransje linjen viser utbetalinger justert for inflasjon (fra 2023).

Diskrepanser mellom Helfos og kjeveortopeders takster kan skyldes mange faktorer, men manglende prisjustering av Helfo-takster er trolig en årsak. Basert på data innhentet fra Helfo, var stønadsutbetalingene for stønadspunkt 8 (Bittanomalier) lavere i 2023 enn i 2013 i absolutte tall. Når man tar hensyn til inflasjon, var utbetalingene nesten 33 % lavere i 2023 sammenlignet med 2013 (Figur 1). Nedgangen i Helfos utbetalinger kan forklares med en nedjustering av takster, bortfall av takster eller en underregulering av takster (8). Større endringer av refusjonssystemet, slik som i 2020, har også hatt en påvirkning på antall pasienter som har rett på stønad og dermed total utbetaling knyttet til stønadspunkt 8. I en rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) fra 2023 ble det estimert at det har vært en nedgang på 4-6 % i pasienter med rett på stønad, men estimatet er usikkert grunnet korona-pandemien (8).

Tilgang til orale helsetjenester påvirkes av mange faktorer, som antall tannhelsearbeidere per innbygger, nærhet til klinikker, sosiale/kulturelle elementer, men også hvorvidt man har råd til tjenesten (9). Fra de innhentede resultatene ser vi at pasienter med kjeveortopediske behandlingsbehov har betydelige egenandeler selv med stø-

nad fra Helfo (Tabell 2). Disse egenandelene kan tenkes å være en medvirkende faktor for om et barn får kjeveortopedisk behandling eller ikke. Ulikheter i hvem som mottar kjeveortopedisk behandling finner man i land hvor kjeveortopedisk behandling ikke er dekket av staten, som for eksempel Frankrike (10). I Nord-Irland, hvor kjeveortopedisk behandling er dekket av staten, fant man ingen relasjon mellom sosioøkonomiske faktorer og hvem som benyttet tilbudet (11). I en norsk kontekst fant en nylig publisert studie at det i liten grad var ulikhet i tilgang til kjeveortopedisk behandling (12). Dette står i kontrast til flere SSB-rapporter som viser at barn fra familier med lavt utdannings- og inntektsnivå mottar mindre kjeveortopedisk behandling (som anses behandlingskrevende av Helfo) enn barn fra familier med høyere inntekt og utdanning (5,8).

Oral helse, slik Verdens helseorganisasjon og Helsedirektoratet definerer det, omfatter mer enn fraværet av sykdommer i munnen (13,14). Begrepet inkluderer også en funksjonell og sosial komponent hvor tannstilling (og kjeveortopedisk behandling) kan spille en rolle. Til tross for dette er kjeveortopedisk behandling i Norge, selv for tilstander som klassifiseres som veldig store behandlingsbe-

hov, ikke fullfinansiert av staten (15). Det er kanskje i lys av dette at tannhelseutvalget bak den nylige publiserte offentlige utredningen (NOUen) om fremtidens tannhelsetjeneste skriver at «... barn og unge med behov for tannregulering bør få dette gratis på lik linje med øvrige tannhelsetjenester og helse- tjenester generelt» (16). Selv om gratis kjeveortopedi for barn med behandlingsbehov kan ligge flere år frem i tid, kan et første skritt være å justere HELFO-takstene slik at de reflekterer takstene som benyttes i det offentlige.

Konklusjon

- Det var ingen forskjell mellom det offentlige og private når det gjelder totalprisen for en konstruert standard kjeveortopedisk behandling.
- Pasienten kan ha andre utgifter utenom fastprisavtalene og de kjeveortopediske takstene, men dette varierer mellom kjeveor-

topeder. Slike utgifter vil ha en negativ innvirkning på den totale refusjonen til pasientene, samt gjøre en direkte sammenligning av egenandeler hos kjeveortopeder krevende.

- Helfos takster er betydelig lavere enn både offentlige og private kjeveortopediske takster. Den prosentvise stønaden fra Helfo tilsvarer derfor ikke den reelle prosentvise stønaden som pasienten mottar. Henvisende tannhelsepersonell bør være oppmerksom på dette når/hvis de diskuterer kjeveortopediske behandling og henvisning med sine pasienter.

Konklusjonene relatert til private kjeveortopeder bør ses i lys av at de baserer seg på relativt få respondenter.

Takk

En stor takk til alle som har gjennomført spørreundersøkelsen.

REFERANSER

1. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet; 1983.
2. Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: A systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod.* 2015;37(3):238–47.
3. Thiruvenkatachari B, Harrison JE, Worthington H V, O'Brien KD. Orthodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(11).
4. Naoumova J, Kuroi J, Kjellberg H. Extraction of the deciduous canine as an interceptive treatment in children with palatal displaced canines - part I: Shall we extract the deciduous canine or not? *Eur J Orthod.* 2014;37(2):209–18.
5. Ekorud T, Skjøstad O, Texmon I. Tannregulering blant barn og unge: En analyse av behandlingsforløp og sosioøkonomiske forskjeller (2019/27). SSB. 2019;1–64.
6. Helsedirektoratet. Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomali. IS-2280. 2014;1–63.
7. Wilmes B, Beykirch S, Ludwig B, Becker K, Willmann J, Drescher D. The B-Mesialslider for non-compliance space closure in cases with missing upper laterals. *Semin Orthod.* 2018;24(1):66–82.
8. Texmon I, Ekorud T. Tannregulering blant barn og unge 2012–2022 (2023/37). SSB. 2023;1–104.
9. Mathur MR, Williams DM, Reddy KS, Watt RG. Universal health coverage: A unique policy opportunity for oral health. *J Dent Res.* 2015;94(3):35–55.
10. Germa A, Kaminski M, Nabet C. Impact of social and economic characteristics on orthodontic treatment among children and teenagers in France. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(2):171–9.
11. Breistein B, Burden DJ. Equity and orthodontic treatment: a study among adolescents in Northern Ireland. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1998;113(4):408–13.
12. Jiang N, Kinge JM, Skau I, Grytten J. Does subsidized orthodontic treatment reduce inequalities in access? Evidence from Norway based on population register data. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2024;52(2):232–8.
13. World Health Organization. Oral Health definition [Internet]. Available from: https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1.
14. Helsedirektoratet. God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. IS-1589. 2011;7.
15. P.H. B, W.C. S. The development of an index of orthodontic treatment priority. *Eur J Orthod.* 1989;11(3):309–20.
16. NOU 2024:18 (2024). En universell tannhelsetjeneste - Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar.

ENGLISH SUMMARY

Hilmarsen S, Jensen O-C, Nilsen BW.

Price tariffs in orthodontics: differences between public, private, and Helfos rates

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 1032-8.

Background/Purpose: About half of Norwegian children receive orthodontic treatment, yet socioeconomic disparities exist due to partial government funding. This study aimed to explore economic barriers to orthodontic care by examining differences in rates between Helfo and private/public orthodontists, and assessing the actual percentage of financial support given by HELFO to patient in need of orthodontic treatment.

Method: A questionnaire was sent to Norwegian orthodontists through the Norwegian Orthodontic Association to survey tariffs and additional out-of-pocket expenses. Differences in pricing between private and public orthodontists for individual fees and a hypothetical treatment course were examined. Due to a low response rate from public orthodontists, fee information was directly obtained from all county councils.

Results: There were 32 respondents (29 private, 3 public), with a total of 22 public and 14 private orthodontists included in the fee analysis. Significant price differences were noted on specific tariffs, but not across a hypothetical treatment scenario. Both private and public orthodontists generally charge more than Helfo's rates, leading to higher patient out-of-pocket expenses. Actual Helfo reimbursements for patients were approximately 70 %, 50 %, and 30 % for group a, b and c.

Conclusion: The study found that both private and public orthodontic fees significantly exceed Helfo's, increasing out-of-pocket costs for patients and reinforcing financial barriers to orthodontic care in Norway.

Tidendes pris for beste kasuistikk

Tidende ønsker å motta gode kasuistikker til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2026.

Prisen på 30 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den som vurderes som den beste av de publiserte kasuistikkene i løpet av to årgan-

ger av Tidende. Tidende ønsker med dette å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserne og som bidrar til å opprettholde norsk fagspråk. Vi er ute etter pasienttilfeller som er sett og dokumentert i praksis og som beskriver kliniske situasjoner som bidrar til erfaringsgrunlaget i tannhelsetjenesten. Vi er svært

interessert i flere bidrag fra den utøvende tannhelsetjenesten i tillegg til kasus fra spesialistutdanningene. Ved bedømmelsen blir det lagt særlig vekt på: Innholdets relevans for Tidendes lesere, disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet, diskusjon av prognose og eventuelle alternative løsninger samt illustrasjoner.



Er du i tvil om du og pasienten kan kommunisere godt nok?

Husk å bestille kvalifisert tolk for personer med begrensede norskkunnskaper

Les mer: [Helsenorge.no/tolk](https://helsenorge.no/tolk) og imdi.no/tolk



Skann meg for Helsenorge



Skann meg for IMDi

HOVEDBUDSKAP

- Snusbruk var like utbredt blant tannlege- og tannpleierstudenter ved IKO som hos jevnaldrende i Norge.
- Undervisning på studiet påvirket ikke studentenes egne snusvaner.
- Tannlege- og tannpleierstudenter fikk et mer negativt forhold til snusbruk i løpet av studiet.
- Mange studenter spurte ikke pasientene sine om tobakkvaner, og studentene spurte sjeldnere pasientene om snusvaner enn om røykevaner.
- Ni av ti studenter ønsket mer undervisning om snusbruk.

FORFATTERE

Celina Gamst Mertz*, cand. odont. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Idun Øye Aarset*, cand. odont. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Anne Isine Bolstad, professor emerita, dr.odont. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. [Orcid.org/0000-0003-3316-3642](https://orcid.org/0000-0003-3316-3642)

*Disse forfatterne har bidratt likeverdig til artikkelen

Korresponderende forfatter: Anne Isine Bolstad, Institutt for klinisk odontologi, Årstadveien 19, 5009 Bergen. E-post: anne.bolstad@uib.no

Akseptert for publisering 29.10.2024

Artikkelen er fagfelleurdert

Artikkelen siteres som:
Mertz CG, Aarset IØ, Bolstad AI. Snusbruk og holdninger til snusbruk blant tannlegestudenter og tannpleierstudenter ved Universitetet i Bergen Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 1040-9.

MeSH: Snus; Snuff; Smokeless tobacco; Smoking; Students

Snusbruk og holdninger til snusbruk blant tannlegestudenter og tannpleierstudenter ved Universitetet i Bergen

Celina Gamst Mertz*, Idun Øye Aarset* og Anne Isine Bolstad

En spørreundersøkelse ble gjennomført våren 2023 blant tannlege- og tannpleierstudenter ved Institutt for klinisk odontologi (IKO), Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, der målet var å kartlegge studentenes snusvaner, kunnskaper og holdninger til snus, samt kartlegge tobakksforebyggende arbeid på IKO.

Av 343 studenter svarte 285 (83,1 %) på undersøkelsen, hvorav 60 (21,1 %) snuste av og til, mens 30 (10,5 %) snuste daglig. Kun 45 (21,9 %) av de 205 studentene som hadde startet med pasientbehandling spurte alltid pasientene om snusvaner, mens 70 (34,1 %) spurte når de husket det. Studentene spurte sjeldnere pasientene om snusvaner enn om røykevaner. Den vanligste årsak til dette var forglemmelse (113; 55,1 %). Kunnskap omkring snus økte etter hvert som studentene hadde fått mer undervisning om temaet. Likevel ønsket ni av ti studenter mer undervisning om snus og snusbruk.

Studien viste at snusbruk var like utbredt blant tannlege- og tannpleierstudenter på IKO som hos jevnaldrende i Norge, der omtrent 31 % bruker snus av og til eller daglig. Undervisningen på studiet påvirket studentenes egne snusvaner i liten grad, men de fikk et mer negativt forhold til snusbruk etter start på studiet. Studien indikerer et behov for bedre rutiner innen det tobakksforebyggende arbeidet på IKO.

I 2023 utgjorde snus den mest prevalente form for daglig tobakksbruk i Norge, rundt 16 % i aldersspennet 16-74 år snuste daglig (1,2). Snusbruk er mest utbredt blant menn (21 %), men det siste tiåret har den prosentvise økningen vært større blant kvinner (fra 4 % i 2014 til 11 % i 2023) (1,2). Mens andelen røykere har halvert seg i denne perioden, har andelen som snuser nesten doblet seg. Den største økningen har vært i aldersgruppa 25-44 år. I 2023 snuste 20 % av unge i alderen 16-24 år daglig, og 10 % av og til (3). Ulikheter i snusbruk er relatert til utdanningsnivå; 13 % av personer med høyskole- eller universitetsutdanning snuste daglig i 2023 mot 20 % av personer med grunnskoleutdanning (3).

Snus og tyggetobakk (skrå), tobakksblader for tygging og tørrsnus for sniffing inngår i samlebetegnelsen røykfri tobakk (4). I Norge har betegnelsen snus de siste tretti årene utelukkende blitt brukt om fuktig snus i løs form eller poser (5,6) og kan inndeles i to hovedgrupper: tobakksnus og hvit snus (7). Tobakksnus er en brun snus som inneholder både tobakk og nikotin (7). Hvit snus inneholder vanligvis ikke tobakk, og er i andre land en ren nikotinsnus (8). I Norge er ren nikotinsnus ikke lov å selge, og hvit snus er her tilsatt litt tobakk.

Nikotin fra snus tas opp i blodbanen via munnslimhinnen og ved svelging, og har en rekke helseskadelige systemiske effekter. Stoffet er sterkt avhengighetsskapende (4,5). I røykfri tobakk er det identifisert en rekke kreftfremkallende stoffer. En rapport fra FHI (2019) om helserisiko ved bruk av snus (5), konkluderte med at det er sannsynlig at bruk av svensk snus fører til en økt risiko for kreft i spiserør og bukspyttkjertel, og øker risiko for høyt blodtrykk og dødelighet i etterforløpet av hjerteinfarkt og hjerneslag, som også støttes av andre studier (9,10).

Snus har direkte innvirkning på orale slimhinner (11-13). De orale effektene avhenger av produktutformingen. Hypertrofi og atrofi av overflateepitelet, keratinisering, hyperplasi, koilocytotiske endringer, inflammasjon, og gingivale retraksjoner med festetap og misfarging av tannsubstans kan observeres i området der snus plasseres (14-18). Gingiva vokser ikke tilbake etter snuseslutt, i motsetning til slimhinneforandringer som i de fleste tilfeller normaliseres når snusbruk opphører.

Tannlege- og tannpleierstudenter er fremtidige helsearbeidere som vil se orale konsekvenser av snusbruk, og har mulighet til å

påvirke pasienter til snus- og røykestopp. Snusvaner og holdninger til snus blant tannlege- og tannpleierstudenter er imidlertid lite studert. I 2003 viste en studie om tobakksforebygging i norsk tannhelsetjeneste at tannleger kun i seks av ti konsultasjoner kartla tobakksvanene til pasientene, mens tannpleiere gjorde dette syv av ti ganger (19). De konkluderte med at det finnes et forbedringspotensial i intervensjonsaktivitet ovenfor pasienter.

Hensikten med denne undersøkelsen var å kartlegge tannhelsestudentenes snusvaner, holdninger, og kunnskap om snus med mål om å forbedre undervisning og tobakksforebyggende arbeid på IKO.

Materiale og metode

Studien er en tverrsnittstudie i form av en spørreundersøkelse bestående av flervalgsoppgaver. Inklusjonskriteriet for deltakelse i studien var at deltakeren måtte være en tannlege- eller tannpleierstudent ved Universitetet i Bergen (UiB) våren 2023, og disse studentene var dermed vår studiepopulasjon. Kontrollgrupper ble ikke benyttet.

Det ble utformet et skriftlig spørreskjema med 30 spørsmål, der en ønsket å få svar på følgende forskningsspørsmål:

1. Hvor utbredt er snusbruk blant tannlege- og tannpleierstudenter ved UiB?
2. Har undervisningen ved UiB påvirket tannlege- og tannpleierstudenters egne snusvaner?
3. Påvirker kunnskapen de får gjennom undervisning den generelle holdningen til snus?
4. Spør studentene pasientene om snus og tobakkvaner?
5. Føler tannlege- og tannpleierstudenter ved UiB at de har tilfredsstillende kunnskap om snus og dens konsekvenser?

Ved besvarelse av undersøkelsen ble studentene inndelt etter studieretning og kull. Andre variabler var hyppighet av snusbruk, årsaker til å slutte med snus, bevisstgjøring av skadelige virkninger i munnhulen av snusbruk og undervisningsutbytte. Det var per 18.11.2022, 258 tannlegestudenter og 87 tannpleierstudenter ved UiB. Informasjon om studien ble gitt muntlig før studentene svarte på undersøkelsen, og skriftlig på forsiden av spørreskjemaet. Det ble informert om at deltakelse i studien var frivillig, og at de som ikke ønsket å delta, kunne levere blankt spørreskjema. Det ble også presisert muntlig og skriftlig at å levere inn et besvart spørreskjema ble regnet som at studenten har gitt informert samtykke til å delta i studien. Spørreskjema ble utdelt og besvart skriftlig under obligatorisk undervisning i perioden mars-april 2023, og ble gjennomført kun én gang per kull. Besvarelsene ble senere plottet inn digitalt av to av forfatterne (CGM og IØAa). Undersøkelsen var anonym.

For å kunne sammenligne hyppigheten av snusbruk blant studentene med statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB), ble svaralternativer om snusbruk blant studentene delt inn i to kategorier; «av-og-til» og «daglig». Data fra svaralternativene «snuser kun i sosiale sammenkomster», «snuser en gang i måneden», «snuser to til tre ganger i måneden», «snuser mindre enn tre ganger i uken» og «snuser mer enn tre ganger per uke» presenteres i diskusjonen som snusing «av-og-til». Data fra «snuser en gang per dag» samt «snuser flere ganger per dag» presenteres som snusing «daglig».

Opplysningene fra spørreundersøkelsen ble ført inn i Microsoft Excel regneark manuelt, hvoretter det ble utført en selektiv analyse av de ulike parameterne knyttet til snusbruk. Statistisk signifikans ble beregnet ved binomisk sannsynlighetsfordeling.

Etiske betraktninger

Studieprotokoll ble fremlagt Regionale komiteer for helsefaglig forskningsetikk (REK) som vurderte at studien faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, og kunne gjennomføres uten godkjenning av REK.

Resultater

Svarprosent og snuserfaring

Av 343 studenter svarte 285 (83,1 %) på spørreskjemaene, 225 (78,9 %) kvinner og 54 (18,9 %) menn. Seks (2,1 %) studenter oppga ikke kjønn. Av deltakerne i studien hadde 120 (56,6 %) av tannlegestudentene og 33 (45,2 %) av tannpleierstudentene prøvd snus. Videre kullinndeling ved besvarelse av snuserfaring ses i tabell 1. Det er

prosentvis flest som har prøvd snus på 4. kull tannlege (61,5 %) og færrest som har prøvd snus på 1. kull tannpleie (37,9 %).

De fleste som meddeler at de har prøvd snus, prøvde snus for første gang på videregående skole. Fordelingen var som følger for tannlege- og tannpleierstudentene sett under ett: 24 (15,7 %) startet på ungdomsskolen, 88 (57,5 %) på videregående skole, 27 (17,6 %) etter videregående, men før studiet, og 14 (9,2 %) etter å ha begynt på studiet. De vanligste årsakene til å starte med snus var at deltakerne ble tilbudt på fest (87 deltakere, 56,9 %), av en venn (55 deltakere, 36,0 %) eller var nysgjerrige (52 deltakere, 34,0 %). På dette spørsmålet kunne deltakerne krysse av på alle alternativer som passet, så for noen deltakere kunne flere alternativer stemme. Prosenten er dermed utregnet basert på 153 mulige deltakere på hvert alternativ.

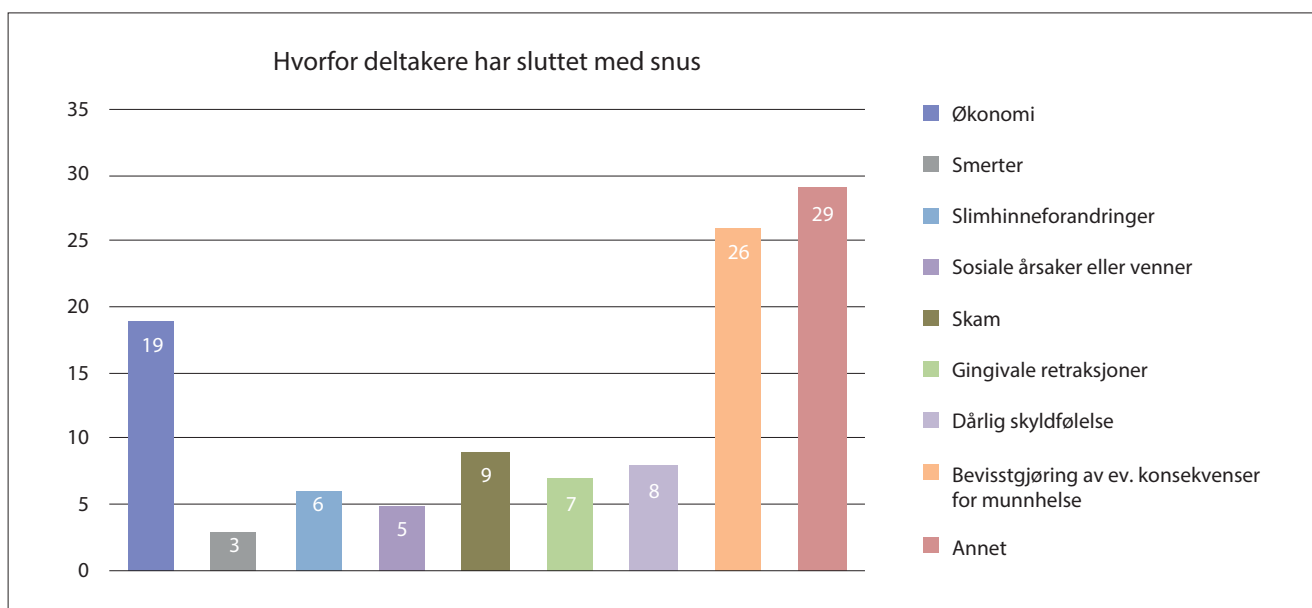
Av de som snuste eller hadde prøvd snus oppga 126 studenter foretrukket snustype. Flertallet av disse benyttet seg av hvit snus (79,4 %), 10,3 % av tobakksnus, og 10,3 % visste ikke hvilken type snus de hadde prøvd. Typen «slim» med normal - sterk styrke og smak av mint var den mest populære typen av hvit snus.

Studentene ble spurt om når de sluttet med snus og årsaken til dette. Av de 153 som oppga at de hadde prøvd snus, svarte 74 (48,4 %) på spørsmålet om hvorfor de sluttet med snusbruk. De vanligste årsakene til å slutte var bevisstgjøring av konsekvenser for munnhelse, økonomi og «andre årsaker» (figur 1). På dette spørsmålet var det også mulig å krysse av på flere alternativer ettersom det passet.

Til sammen 121 svarte på spørsmål om når de sluttet med snusbruk, 42 (34,7 %) sluttet før studiestart, 43 (35,5 %) etter studiestart

Tabell 1. Svarprosent på spørreundersøkelsen fordelt på kull og antall studenter som har prøvd snus.

Kull	Totalt antall studenter	Antall deltakere n (%)	Antall som har prøvd snus n (%)
1. kull tannlege	60	46 (76,7)	25 (54,3)
2. kull tannlege	45	39 (86,7)	21 (53,8)
3. kull tannlege	59	49 (83,1)	28 (57,1)
4. kull tannlege	45	39 (86,7)	24 (61,5)
5. kull tannlege	47	39 (83,0)	22 (56,4)
Sum tannlege	256	212 (82,8)	120 (56,6)
1. kull tannpleie	41	29 (70,7)	11 (37,9)
2. kull tannpleie	20	18 (90,0)	10 (55,6)
3. kull tannpleie	26	26 (100,0)	12 (46,2)
Sum tannpleier	87	73 (83,9)	33 (45,2)
Total	343	285 (83,1)	153 (53,7)



Figur 1. Hvorfor deltakere har sluttet med snus, fordelt i antall. Studentene kunne krysse av flere alternativer.

og 36 (29,7 %) svarte at de ikke hadde sluttet. Det var altså nesten like mange som sluttet før studiet som under studiet (Tabell 2).

Av de 153 studentene som oppga at de hadde prøvd snus, svarte 90 (58,8 %) på spørsmål om hyppighet av snusbruk. Av disse 90 som aktivt hadde brukt eller brukte snus, oppga et flertall på 46 studenter (51,1 %) at de kun snuste i sosiale sammenhenger, og 30 (33,3 %) at de snuste en eller flere ganger per dag. Fordelingen er

Tabell 2. Relativ sammensetning av brukerstatus	
Snusbruk	Antall studenter
Snuser daglig	30
Flere ganger per dag	27
En gang per dag	3
Snuser, men ikke daglig	60
Mer enn tre ganger per uke	2
Mindre enn tre ganger per uke	2
To-tre ganger per måned	4
En gang per måned	6
Kun i sosiale sammenhenger	46
Snuste tidligere	85
Sluttet etter studiestart	43
Sluttet før studiestart	42
Aldri prøvd snus	131

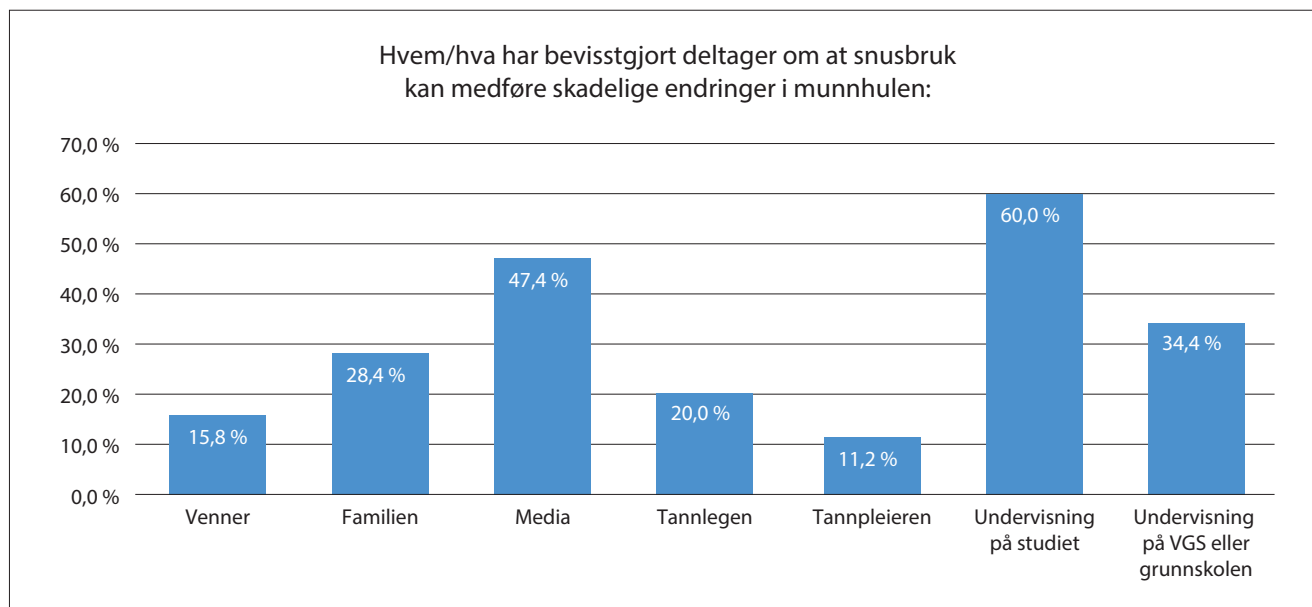
vist i Tabell 2. Der fremkommer det at totalt antall avkryssninger på spørsmål om snusbruk var 306, mens totalt antall individer som deltok i studien var 285. Diskrepansen skyldes at noen (21) studenter hadde sluttet med snusbruk, men begynt igjen, og hadde krysset av på mer enn et alternativ.

Hvem informerer?

Studentene ble spurt om hvor de føler de har fått informasjon om konsekvenser av snusbruk for munnhelsen. Her kunne studentene krysse av på alle alternativer som måtte passe. Som man kan se i figur 2 er det på tannlege- eller tannpleierstudiet at studentene føler de har fått mest informasjon, deretter media, mens tannlegen og tannpleieren i mindre grad har ført frem et slikt budskap.

Snus- og røykeslutt i pasientbehandling

Vi ønsket å finne ut om studentene spurte pasientene sine om tobakkvaner, samt om de regelmessig fulgte opp dette og forsøkte å motivere pasientene til å slutte. Av 285 besvarelser oppga 80 (28,1 %) studenter at de ikke hadde startet med pasientbehandling. De resterende 205 fikk ulike svaralternativer for når de spurte pasientene sine om tobakkvaner, og de krysset av på alle alternativer som passet. Her oppga 62 (30,2 %) at de alltid spurte om pasientenes røykevaner, 82 (40,0 %) spurte når det er tydelig at pasienten røyker, mens 60 (29,3 %) spurte når de husket det. Bare 45 (21,9 %) studenter spurte alltid om pasientens snusvaner, mens 70 (34,1 %) spurte når de husket det. På spørsmål om hvorfor studentene ikke spurte om tobakkvaner svarte 29 (14,2 %)



Figur 2. Bevisstgjøring av snusbruks skadelige virkninger i munnhulen fordelt prosentvis på tannlege- og tannpleierstudenter samlet. Studentene kunne krysse av flere alternativer.

at det var ubehagelig, 113 (55,1 %) fordi de glemte det og 17 (8,3 %) fordi de følte at de hadde for lite kunnskap om emnet til å gi gode råd.

Det ble kartlagt om «klinisk bilde» påvirket studentenes anbefalinger til pasienter som snuste. Kun studenter som hadde startet med pasientbehandling ble spurt om dette. Dersom pasientene *ikke hadde* slimhinneforandringer, anbefalte 154 (77,0 %) pasientene å slutte med snus, 20 (10,0 %) anbefalte det ikke, mens 24 (12,0 %) ikke visste (figur 3).

Videre spurte vi om studentene ville anbefalt pasienter som snuste om å slutte dersom de hadde slimhinneforandringer. I alt 193 av studentene med pasientbehandling (96,5 %) ville anbefalt dette, og andelen økte jevnt med økende studietid. Den største økningen var på fjerde kull tannlege som gikk fra 62 % (uten slimhinneforandringer) til 97 % (med slimhinneforandringer). Figur 3 viser at en større gjennomsnittlig prosentdel av tannpleierstudenter enn tannlegestudenter ville anbefale pasienten å slutte.

Egenvurdering av kunnskapsnivå

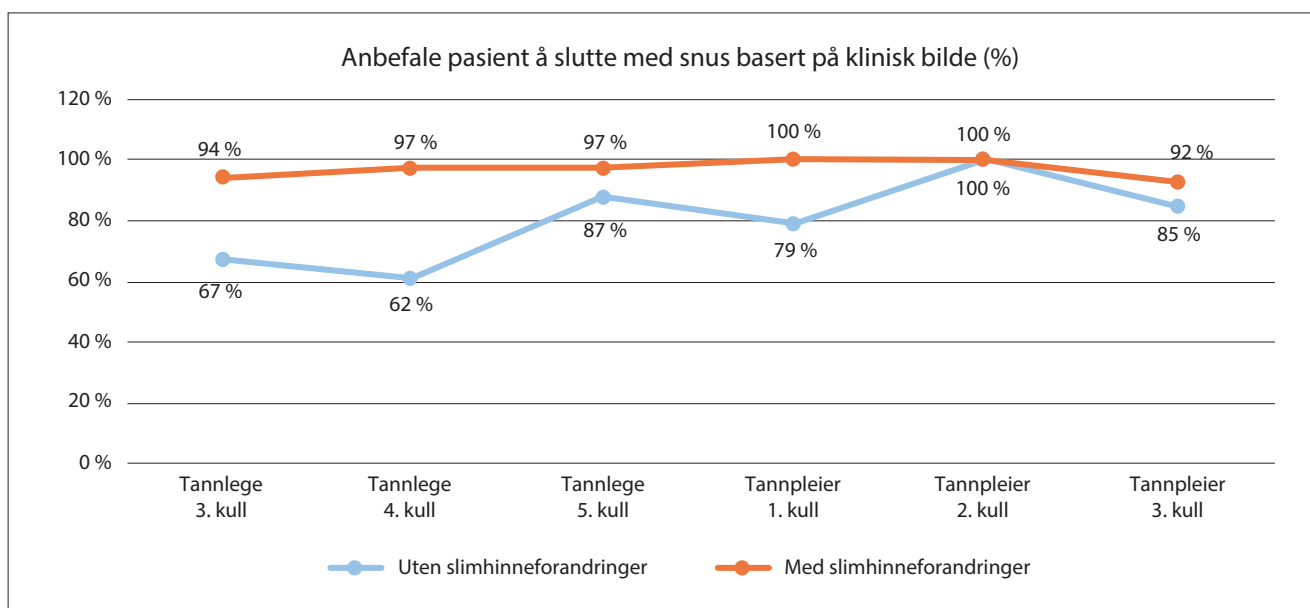
Tabell 3a og 3b viser hvilken snus studentene selv mente var skadelig, hva de mente de hadde lært om snus og snusbruk på studiet, om de ønsket mer undervisning rundt dette, og i så fall hvilken type undervisning. Blant studentene var det en tydelig formening om at sterke snustyper var verre for munnhulen enn mildere snustyper. Når det gjaldt format av snus, mente 135 (48,9%) at løs-snus var verst, mens 30 (10,9%) mente persjonssnus var verst.

Tabellene viser videre kullfordeling av studentenes selvopplevde kunnskapsnivå om snus. Tannlegestudentene hadde utover studieforløpet en økende formening om at de hadde lært noe om snus på studiet. Hos tannpleierstudentene var resultatet noe mer varierende. Flertallet på tannlege- og tannpleierstudiet følte de hadde middels kunnskap om snusbruk. Hele 93,1% av deltakerne ønsket mer undervisning om snusbruk og hvordan snus påvirker munnhulen. De fleste av disse (63,2%) ønsket både klinisk og teoretisk rettet undervisning.

Fire studenter (1,5 %) hadde fått et litt eller mye mer positivt forhold til snusbruk, 132 studenter (48,4 %) hadde et ikke endret forhold, og 132 studenter (48,4 %) hadde fått et litt eller mye mer negativt forhold. Det viste en statistisk signifikant sammenheng mellom studiet og endring i studentene sitt forhold til snusbruk til det mer negative ($P < 0.001$).

Diskusjon

Målgruppen for denne tverrsnittsundersøkelsen var tannhelsepersonell under utdanning ved Universitetet i Bergen. Av 343 tannlege- og tannpleierstudenter, besvarte 285 (83,1 %) undersøkelsen og 153 (53,7 %) av disse svarte at de hadde prøvd snus. Totalt 21.1 % av de 285 studentene som deltok i studien snuste «av-og-til», mens 10,5 % snuste hver dag, til sammen snuste 31.6 % av deltakerne. Hvit snus, «slim» med normal-sterk styrke og smak av mint var den vanligste snustypen brukt av studentene på IKO. I alt 51,6 % av 273



Figur 3. Prosentvis fordeling av antall studenter som anbefaler pasientene sine å slutte med snus, basert på klinisk bilde. Fordelt på kull som har startet med pasientbehandling.

deltakere mente studiet hadde påvirket deres holdninger til snus og snusbruk, mens 70,3 % av 279 studenter følte at de hadde lært om snusbruk i løpet av studiet. Studentene spurte oftere pasienten om røykevaner enn om snusvaner.

Responsraten i denne studien var høy for alle kull i begge studieretninger. Dette kan ha sammenheng med at studentene måtte besvare spørsmålene skriftlig under obligatorisk undervisning. En online spørreundersøkelse om røyk og snusvaner blant fulltidsstudenter i Bergen i 2015 oppnådde en responsrate på 39,4 % (20). En nasjonal undersøkelse om tobakksforebygging i norsk tannhelsetjeneste sendt ut per post til et utvalg av norske tannleger og alle tannpleiere, oppnådde svarrespons på henholdsvis 68 % og 61 % (19). Selvrapportering av snusbruk og røyking har vist høy validitet (21).

I 2023 brukte 30 % av befolkningen i aldersspennet 16-24 år snus, hvorav 20 % daglig og 10 % av og til (2). Utbredelse av snusbruk stemmer dermed godt overens med funn i denne undersøkelsen, der 31,6 % av tannlege- og tannpleierstudenter på IKO snuste daglig eller av og til. Fordelingen var imidlertid omvendt mellom daglig (10,5 %) og av og til snusere (21,1 %), men samsvarer med at personer med høyere utdanning har lavere forekomst av daglig snusbruk enn personer med kun grunnskoleutdanning. 13 % av personer med høyskole- eller universitetsutdanning snuste daglig i 2023 (3). Av tannlege- og tannpleierstudentene ved IKO våren 2023 var 78,9 % kvinner. I aldersgruppen 16-24 år snuste 17 % av norske kvinner daglig i 2023 (3).

Snusrapporten fra 2022 (22) viser at typen «slim» var den mest populære snusen blant norske snusbrukere, samt at mint, og styrkene normal og ekstra sterk var de mest brukte typene blant nordmenn. Tannlege- og tannpleierstudentene ved IKO følger dermed de samme snusvanene og trendene som snusbrukere på landsbasis.

Utover i studieløpet får studentene økt kunnskap om munnhulens biologiske mekanismer og hvordan dette henger sammen med kroppens systemiske funksjoner. Det ble undersøkt om undervisning på studiet påvirket studentenes beslutning om å slutte med snus. Resultatene viste at bevisstgjøring av konsekvenser for munnhelse var vanligste årsak til å slutte, samt økonomi og «annet», der «annet» refererer til årsaker som ikke var listet som alternativ. Det var omtrent like mange som sluttet før studiet (34,7 %) som etter studiestart (35,5 %), og ca. en tredjedel snuste fremdeles (29,7 %). Resultatene tyder ikke på at undervisning på studiet har påvirket studentenes egne snusvaner, til tross for at 48,4 % av studentene hadde fått et mer negativt forhold til snusbruk gjennom studiet.

Snus kan være et effektivt hjelpemiddel for røykeslutt, og er den mest brukte metoden i røykeavvenning (23-25). I 2023 oppga ca. 45 % av de vellykkede «slutterne» – altså eks-røykerne – at de hadde brukt snus i sitt siste (endelige) sluttforsøk. Helsedirektoratet anbefaler likevel ikke dette (26), pga. helseskadelige effekter av snusbruk og at nikotinavhengigheten til brukerne vedvarer. Snusbrukere viser symptomer på nikotinavhengighet minst like hyppig som sigarettøykere (27, 28). I perioden 2003–2015 i Norge

Tabell 3a. Tannlegestudentenes vurdering av undervisning, ønske om mer undervisning, og tanker om ulike snustypers skadevirkning. Prosent (%) er beregnet ut fra antallet som har svart

Tannlegestudenter	1. kull n (%)	2. kull n (%)	3. kull n (%)	4. kull n (%)	5. kull n (%)	Totalt n (%)
Tenker du at noen snustyper er verre for munnen enn andre?	n=44	n=39	n=47	n=38	n=39	n=207
Ja	28 (63,6)	30 (76,9)	37 (78,7)	35 (92,1)	30 (76,9)	160 (77,3)
Hvit snus	6 (13,6)	2 (5,1)	9 (19,1)	12 (31,6)	6 (15,4)	35 (16,9)
Tobakksnus	18 (40,9)	21 (53,8)	23 (48,9)	15 (39,5)	17 (43,6)	94 (45,4)
Mild snus	2 (4,5)		1 (2,1)			3 (1,5)
Normal snus	3 (6,8)	1 (2,6)	1 (2,1)		1 (2,6)	6 (2,9)
Sterk snus	9 (20,5)	9 (23,1)	11 (23,4)	4 (10,5)	10 (25,6)	43 (20,8)
Ekstra sterk snus	10 (22,7)	11 (28,2)	14 (29,8)	8 (21,1)	14 (35,9)	57 (27,5)
Ultra sterk snus	19 (43,2)	20 (51,3)	24 (51,1)	22 (57,9)	19 (48,7)	104 (50,2)
Porsjonssnus	5 (11,4)	5 (12,8)	4 (8,5)	6 (15,8)	1 (2,6)	21 (10,1)
Løssnus	21 (47,7)	19 (48,7)	26 (55,3)	22 (57,9)	20 (51,3)	108 (52,2)
Nei	2 (4,5)		3 (6,4)		4 (10,3)	9 (4,4)
Vet ikke	14 (31,8)	9 (23,1)	7 (14,9)	3 (7,9)	5 (12,8)	38 (18,4)
Føler du at du har lært om snusbruk på tannlege- eller tannpleierstudiet?	n=41	n=40	n=48	n=40	n=38	n=207
Ja	8 (19,5)	12 (30,0)	40 (83,3)	36 (90,0)	38 (100,0)	134 (64,7)
Hvordan føler du kunnskapsnivået ditt rundt snusbruk er?						
Godt	2 (4,9)	2 (5,0)	3 (6,3)	2 (5,0)	12 (31,6)	21 (10,1)
Middels	4 (9,8)	9 (22,5)	25 (52,1)	28 (70,0)	24 (63,2)	90 (43,5)
Dårlig	2 (4,9)	1 (2,5)	10 (20,8)	6 (15,0)	2 (5,3)	21 (10,1)
Føler du at undervisning har gitt deg et grunnlag for å håndtere og gi råd hvis pasienten din snuser?						
Ja	2 (4,9)	3 (7,5)	13 (27,1)	15 (37,5)	26 (68,4)	59 (28,5)
Nei	7 (17,1)	9 (22,5)	27 (56,3)	20 (50,0)	10 (26,3)	73 (35,3)
Føler du at du har fått god kunnskap om konsekvensene av snusbruk?						
Ja	2 (4,9)	6 (15,0)	13 (27,1)	13 (32,5)	27 (71,1)	61 (29,5)
Nei	6 (14,6)	5 (12,5)	27 (56,3)	21 (52,5)	9 (23,7)	68 (32,9)
Nei	33 (80,5)	28 (70,0)	8 (16,7)	4 (10,0)		73 (35,3)
Har tannlege- eller tannpleierstudiet påvirket ditt forhold til snus og snusbruk?	n=40	n=37	n=48	n=39	n=39	n=203
Ja	14 (35,0)	16 (43,2)	29 (60,4)	28 (71,8)	24 (61,5)	111 (54,7)
Har fått et mye mer positivt forhold	1 (2,5)					1 (0,5)
Har fått et litt mer positivt forhold			1 (2,1)	2 (5,1)		3 (1,5)
Har fått et litt mer negativt forhold	4 (10,0)	10 (27,0)	17 (35,4)	14 (35,9)	9 (23,1)	54 (26,6)
Har fått et mye mer negativt forhold	8 (20,0)	5 (13,5)	11 (22,9)	12 (30,8)	12 (30,8)	48 (23,7)
Nei	26 (65,0)	21 (56,8)	19 (39,6)	11 (28,2)	15 (38,5)	92 (45,3)
Ønsker du mer undervisning om snusbruk og hvordan snus påvirker munnhulen?	n=43	n=39	n=47	n=38	n=38	n=205
Ja	41 (95,3)	38 (97,4)	47 (100,0)	37 (97,4)	28 (73,7)	191 (93,2)
Mer teoretisk rettet undervisning	3 (7,0)	4 (10,3)		4 (10,5)	6 (15,8)	17 (8,3)
Mer klinisk rettet undervisning	6 (14,0)	6 (15,4)	10 (21,3)	11 (28,9)	6 (15,8)	39 (19,0)
Både teoretisk og klinisk rettet undervisning	32 (74,4)	25 (64,1)	34 (72,3)	22 (57,9)	15 (39,5)	128 (62,4)
Nei	2 (4,7)	1 (2,6)		1 (2,6)	10 (26,3)	14 (6,8)

Tabell 3b. Tannpleierstudentenes og det totale antall studenters vurdering av undervisning, ønske om mer undervisning, og tanker om ulike snustypers skadevirkning. Prosent (%) er beregnet ut fra antallet som har svart

Tannpleierstudenter	1. kull n (%)	2. kull n (%)	3. kull n (%)	Totalt n (%)	Totalt antall tannlege- og tannpleierstudenter n (%)
Tenker du at noen snustyper er verre for munnen enn andre?	n=29	n=18	n=22	n=69	n=276
Ja	21 (72,4)	14 (77,8)	13 (59,1)	48 (69,6)	208 (75,4)
Hvit snus	5 (17,2)	1 (5,6)	2 (9,1)	8 (11,6)	43 (15,6)
Tobakksnus	15 (51,7)	10 (55,6)	7 (31,8)	32 (46,4)	126 (45,7)
Mild snus	3 (10,3)		1 (4,5)	4 (5,8)	7 (2,5)
Normal snus	3 (10,3)	1 (5,6)	2 (9,1)	6 (8,7)	12 (4,3)
Sterk snus	13 (44,8)	8 (44,4)	4 (18,2)	25 (36,2)	68 (24,6)
Ekstra sterk snus	13 (44,8)	10 (55,6)	4 (18,2)	27 (39,1)	84 (30,4)
Ultra sterk snus	18 (62,1)	14 (77,8)	8 (36,4)	40 (58,0)	144 (52,2)
Porsjonssnus	5 (17,2)	3 (16,7)	1 (4,5)	9 (13,0)	30 (10,9)
Løssnus	12 (41,4)	7 (38,9)	8 (36,4)	27 (39,1)	135 (48,9)
Nei	1 (3,4)	1 (5,6)	1 (4,5)	3 (4,4)	12 (4,3)
Vet ikke	7 (24,1)	3 (16,7)	8 (36,4)	18 (26,1)	56 (20,3)
Føler du at du har lært om snusbruk på tannlege- eller tannpleierstudiet?	n=28	n=18	n=26	n=72	n=279
Ja	23 (82,1)	18 (100,0)	21 (80,8)	62 (86,1)	196 (70,3)
Hvordan føler du kunnskapsnivået ditt rundt snusbruk er?					
Godt	2 (7,1)	4 (22,2)	4 (15,4)	10 (13,9)	31 (11,1)
Middels	15 (53,6)	10 (55,6)	9 (34,6)	34 (47,2)	124 (44,4)
Dårlig	5 (17,9)	2 (11,1)	5 (19,2)	12 (16,7)	33 (11,8)
Føler du at undervisning har gitt deg et grunnlag for å håndtere og gi råd hvis pasienten din snuser?					
Ja	15 (53,6)	12 (66,7)	10 (38,5)	37 (51,4)	96 (34,4)
Nei	8 (28,6)	5 (27,8)	9 (34,6)	22 (30,6)	95 (34,1)
Føler du at du har fått god kunnskap om konsekvensene av snusbruk?					
Ja	16 (57,1)	13 (72,2)	10 (38,5)	39 (54,2)	100 (35,8)
Nei	7 (25,0)	4 (22,2)	10 (38,5)	21 (29,2)	89 (31,9)
Nei	5 (17,9)		5 (19,2)	10 (13,9)	83 (29,7)
Har tannlege- eller tannpleierstudiet påvirket ditt forhold til snus og snusbruk?	n=29	n=17	n=24	n=70	n=273
Ja	7 (24,1)	10 (58,8)	13 (54,2)	30 (42,9)	141 (51,6)
Har fått et mye mer positivt forhold					1 (0,4)
Har fått et litt mer positivt forhold					3 (1,1)
Har fått et litt mer negativt forhold	3 (10,3)	4 (23,5)	4 (16,7)	11 (15,7)	65 (23,8)
Har fått et mye mer negativt forhold	4 (13,8)	6 (35,3)	9 (37,5)	19 (27,1)	67 (24,5)
Nei	22 (75,9)	7 (41,2)	11 (45,8)	40 (57,1)	132 (48,4)
Ønsker du mer undervisning om snusbruk og hvordan snus påvirker munnhulen?	n=29	n=18	n=25	n=72	n=277
Ja	27 (93,1)	18 (100,0)	22 (88,0)	67 (93,1)	258 (93,1)
Mer teoretisk rettet undervisning		3 (16,7)	2 (8,0)	5 (7,0)	22 (7,9)
Mer klinisk rettet undervisning	6 (20,7)	5 (27,8)	1 (4,0)	12 (16,7)	51 (18,4)
Både teoretisk og klinisk rettet undervisning	20 (69,0)	10 (55,6)	17 (68,0)	47 (65,3)	175 (63,2)
Nei	2 (6,9)		3 (12,0)	5 (6,9)	19 (6,9)

bestod fortsatt majoriteten av snusbrukere av tidligere eller daværende røykere (29), selv om antall nye snusbrukere hadde økt. En spørreundersøkelse blant norske studenter i 2021 (20) konkluderte med at individer som snuste bestod av en kombinasjon av tidligere røykere, studenter som ville ha røkt hvis snus ikke var tilgjengelig, samt et nytt segment som ikke ville ha brukt nikotin hvis snus ikke var tilgjengelig. Å være bare en røyker eller bare en snusbruker var ganske vanlig.

Det var flere studenter som ville anbefalt pasientene å slutte med snusbruk dersom de hadde klinisk synlige slimhinneforandringer (92,9 %) enn om de ikke hadde det (75,8 %). Under halvparten av studentene (40,0 %) på IKO spurte pasienten om røykevaner når det var tydelig at pasienten røykte. Hovedgrunnen til at studentene ikke spurte om pasientenes tobakkvaner var at de glemte det (55,1%), noe som kan tyde på mangelfulle rutiner ved pasientkommunikasjonen. En annen årsak var at de vegret seg for å spørre fordi de følte de hadde for lite kunnskap om emnet til å gi gode råd. Det er hevdet at tannhelsepersonell er en ubrukt ressurs i tobakkforebygging (19). Dersom fremtidig tannhelsepersonell skal utnytte sin kapasitet i «kampen mot tobakk» er det viktig at studentene tidlig i studiet opparbeider gode rutiner for å avdekke pasientenes tobakkvaner, og blir komfortable med å ta opp temaet i en behandlingssituasjon for at gode vaner skal bli med studentene videre ut i arbeidslivet. Tobakkavvenningsprogram ledet av tannhelsepersonell kan være vellykket mht. å hjelpe pasienter til å slutte med eller redusere tobakksbruk (30).

For å kartlegge studentenes selvopplevde kunnskapsnivå ble deltakerne spurt om de føler de har lært om snus og dens konsekvenser i løpet av studiet. Her svarte 70,3 % «ja». Blant tannlegestudentene økte prosenten gradvis fra 1. til 5. kull, der 94,8 % av 5. kull svarte god eller middels. Når deltakerne ble spurt «hvem/hva har bevisstgjort deltaker om at snus kan medføre skadelige endringer i munnhulen», mente 60,0 % at de hadde fått mest informasjon på tannlege- eller tannpleierstudiet. Likevel ønsket til sammen 93,1 % mer undervisning om snusbruk, og 63,2 % ønsket både teoretisk og klinisk rettet

undervisning. Dette signaliserer et sterkt ønske om mer kunnskap rundt temaet blant både tannlege- og tannpleierstudentene på IKO.

En styrke ved studien er god responsrate. Den gir verdifull informasjon om snusbruk og holdninger til snus hos fremtidige helsearbeidere, og kan fungere som kunnskapsbasis for utvikling og forbedring av undervisningen.

Studien har begrensninger. Dette er en tverrsnittstudie. Kunnskapsnivå på tidlige studieår er sammenlignet med det en finner hos studenter på høyere kull som har hatt mer undervisning om emnet. En har ikke fulgt utviklingen for de samme individene longitudinelt gjennom studieløpet. Manuell overføring av svar fra spørreskjemaene til digital databehandling kan være en mulig feilkilde. At denne overføringen ble utført og kontrollert av to personer (CGM og IØAa), reduserer denne faren.

Konklusjon

Snusbruk er like utbredt blant tannlege- og tannpleierstudenter på IKO som hos jevnaldrende i Norge, og studentene følger de samme snusvanene og trendene som utmerker seg blant snusbrukere på landsbasis. Resultatene tyder ikke på at undervisning på studiet har påvirket studentenes egne snusvaner, men statistiske utregninger viser at tannlege- og tannpleierstudenter får et mer negativt forhold til snusbruk etter start på studiet. Mange studenter spør ikke om tobakkvaner i klinikken. Studentene spør sjeldnere pasientene om snusvaner enn røykevaner. Den vanligste årsaken til dette er forglemmelse. Flertallet av studentene mener de har middels kunnskap om snus og dens virkninger på oral helse. Ni av ti studenter ønsker mer undervisning om snusbruk. Samlet viser dette et forbedringspotensial ved utarbeiding av rutiner innen det tobakksforebyggende arbeidet ved IKO.

Takk

Forfatterne ønsker å takke professor Stein Atle Lie for hjelp til statistisk analyse.

REFERANSER

1. Statistisk Sentralbyrå. Røyk, alkohol og andre rusvaner. (Oppdatert 18.januar 2024, lest 28. september 2024). Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/royk-alkohol-og-andre-rusmidler>
2. Statistisk Sentralbyrå. Røyk, alkohol og andre rusmidler - Daglig snusbrukere og av-og-til-snusbrukere, etter kjønn og alder (prosent) 2005 - 2023. (Lest 28. september 2024). Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07692/>
3. Helsedirektoratet (2019). Statistikk og historikk om røyking, snus og e-sigaretter [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 19. januar 2024, lest 28. september 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>
4. Siddiqi K, Husain S, Vidyasagan A, Readshaw A, Mishu MP, Sheikh A. Global burden of disease due to smokeless tobacco consumption in adults: an updated analysis of data from 127 countries. *BMC Med.* 2020;18(1):222. doi:10.1186/s12916-020-01677-9.
5. Folkehelseinstituttet. Helseisiko ved snusbruk. Folkehelseinstituttet Rapport 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/helseisiko-ved-snusbruk-rapport-2019-v2.pdf>

6. Jackson JM, Weke A., Holliday, R. Nicotine pouches: a review for the dental team. *Br Dent J* 235, 643–646 (2023). doi.org/10.1038/s41415-023-6383-7
7. Raninen J, Gripe I, Zetterqvist M, Ramstedt M. Trends in Tobacco Use among 9th Graders in Sweden, 1991–2020. *Int J Environ Res Public Health* 2023 Mar 25;20(7):5262.
8. Robichaud MO, Seidenberg AB, Byron MJ. Tobacco companies introduce 'tobacco-free' nicotine pouches. *Tob Control*. 2020;29(e1):e145–e6.
9. Valen H, Becher R, Vist GE, Holme JA, Mdala I, Elvaas IØ, Alexander J, Underland V, Brinchmann BC, Grimsund TK. A systematic review of cancer risk among users of smokeless tobacco (Swedish snus) exclusively, compared with no use of tobacco. *Int J Cancer*. 2023 Dec 15;153(12):1942–1953.
10. Boffetta P, Hecht S, Gray N, Gupta P, Straif K. Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol*. 2008;9(7):667–75.
11. Miluna S, Melderis R, Briuka L, Skadins I, Broks R, Kroica J, et al. The correlation of Swedish snus, nicotine pouches and other tobacco products with oral mucosal health and salivary biomarkers. *Dent J (Basel)*. 2022;10(8).
12. Anderson G, Axell T, Larsson A. Histologic changes associated with the use of loose and portion-bag packed Swedish moist snuff: a comparative study. *J Oral Pathol Med*. 1989;18(9):491–7.
13. Alizadehgharib S, Lehrkinder A, Alshabeeb A, Östberg AK, Lingström P. The effect of a non-tobacco-based nicotine pouch on mucosal lesions caused by Swedish smokeless tobacco (snus). *Eur J Oral Sci*. 2022 Aug;130(4):e12885. doi: 10.1111/eos.12885. Epub 2022 Jul 19. PMID: 35853092; PMCID: PMC9540014.
14. Andersson G, Axell T. Clinical appearance of lesions associated with the use of loose and portion-bag packed Swedish moist snuff: a comparative study. *J Oral Pathol Med*. 1989;18(1):2–7.
15. Fardal Ø, Johannessen AC. Mukogingivale forandringer som følge av bruk av snus – presentasjon av fem kasus. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2021;132: 444–448.
16. Montén U, Wennström JL, Ramberg P. Periodontal conditions in male adolescents using smokeless tobacco (moist snuff). *J Clin Periodontol*. 2006;33(12):863–8.
17. Greer RO, Jr. Oral manifestations of smokeless tobacco use. *Otolaryngol Clin North Am*. 2011;44(1):31–56, v.
18. Quadri MFA, Kamel AM, Nayeem M, John T, Thacheril A, Tartaglia G, Tadakamadla S. Smokeless tobacco and periodontitis: A systematic review with meta-analysis. *J Periodontol Res*. 2024 May 17. doi: 10.1111/jre.13274. Epub ahead of print. PMID: 38757716.
19. Lund KE, Lund M, Rise J. Tobakksforebygging i norsk tannhelsetjeneste - Resultater fra en nasjonal undersøkelse blant tannleger og tannpleiere. *Nor Tannlegeforen Tid* 2003; 113: 168–76.
20. Sæther SMM, Askeland KG, Pallesen S, Erevik EK. Smoking and snus use among Norwegian students: Demographic, personality and substance use characteristics. *Nordisk Alkohol Nark*. 2021 Apr;38(2):141–160. doi: 10.1177/1455072520980219. Epub 2021 Jan 12. PMID: 35310004; PMCID: PMC8899072.
21. Post A, Gilljam H, Rosendahl I, Meurling L, Bremberg S, Galanti MR. Validity of self reports in a cohort of Swedish adolescent smokers and smokeless tobacco (snus) users. *Tob Control*. 2005 Apr;14(2):114–7. doi: 10.1136/tc.2004.008789. PMID: 15791021; PMCID: PMC1747998.
22. Snuslageret. Topplister - Slik snuser man i Norge. Snuslageret; Utgitt 2022 [hentet 07. november 2023]. Available from: <https://www.snuslageret.no/snusrapporten/snusrapporten-2022/topplister-slik-snuser-man-i-norge/>
23. Lund, I., Lund, M. Quit smoking: methods and outcomes for Norwegian adults. *Discov Soc Sci Health* 3, 12 (2023). <https://doi.org/10.1007/s44155-023-00043-3>
24. Lund M, Lund I. Smoking cessation aids and strategies: a population-based survey of former and current smokers in Norway. *BMC Public Health*. 2022;22(1):631.
25. Sohlberg T, Wennberg P. Snus cessation patterns - a long-term follow-up of snus users in Sweden. *Harm Reduct J*. 2020 Sep 10;17(1):62. doi: 10.1186/s12954-020-00405-z. PMID: 32912217; PMCID: PMC7488157.
26. Helsedirektoratet. Snus - Snus og røykeslutt. Helsedirektoratet. Sist oppdatert 13. desember 2016; Hentet 22. oktober 2023. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning/bruk-av-legemidler-til-roykeslutt/snus>
27. Post A, Gilljam H, Rosendahl I, Bremberg S, Galanti MR. Symptoms of nicotine dependence in a cohort of Swedish youths: a comparison between smokers, smokeless tobacco users and dual tobacco users. *Addiction*. 2010 Apr;105(4):740–6. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02852.x. Epub 2010 Feb 9. PMID: 20148785.
28. Hatsukami DK, Gust SW, Keenan RM. Physiologic and subjective changes from smokeless tobacco withdrawal. *Clin Pharmacol Ther* 1987;41:103–7
29. Lund KE, Vedøy TF, Bauld L. Do never smokers make up an increasing share of snus users as cigarette smoking declines? Changes in smoking status among male snus users in Norway 2003–15. *Addiction*. 2017 Feb;112(2):340–348. doi: 10.1111/add.13638. Epub 2016 Dec 5. PMID: 27741374; PMCID: PMC5248595.
30. Linden J, Fletcher R. Clearing the smoke: are tobacco cessation interventions by the dental team successful? *Evid Based Dent*. 2023 Dec;24(4):190–191. doi: 10.1038/s41432-023-00926-z. Epub 2023 Aug 29. PMID: 37644194.

ENGLISH SUMMARY

Mertz CG, Aarset IØ, Bolstad AI.

Snus use and attitudes towards snus use among dental students and dental hygienist students at the University of Bergen

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 1040–9.

A survey was conducted in the spring of 2023 among dental students and dental hygienist students at the Department of Clinical Dentistry (IKO), Faculty of Medicine, University of Bergen, for the purpose of mapping the student's snus habits, knowledge and attitudes towards snus, and to examine preventive work at IKO.

Of 343 students, 285 (83.1%) responded to the survey, of which 60 (21.1%) used snus occasionally, while 30 (10.5%) used snus daily. Only 45 (21.9%) of the 205 students who had started with patient care always asked the patients about snus habits, while 70 (34.1%) asked when they remembered it. The students less often asked the patients about snus habits than about smoking habits. The most

common reason for this was forgetfulness (n = 113; 55.1%). Knowledge about snus increased as the students received more instruction on the topic. Nevertheless, nine out of ten students wanted more teaching about snus and snus use.

Snus use was as widespread among dental students and dental hygienist students at IKO as among their peers in Norway, approximately 31% used snus occasionally or daily. The teaching on the course influenced the students' own snus habits to a small extent, but they had a more negative attitude towards snus use after starting the course. This study indicates a need for better routines within the tobacco prevention work at IKO.



Ofte ligger det viktigste under overflaten

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

Se mer på fagpressen.no/dybde



Bildet viser Hassin H. sammen med helseveileder Abdallah A. ved Leger Uten Grenser klinikk i en flyktingleir i Adré i Tsjad. Her gir Leger Uten Grenser livreddende helsehjelp til mennesker som har flyktet fra krigen i Sudan.

KJØP EN MENINGSFULL JULEGAVE!

Ikke alle kan behandle pasienter. Men alle kan gjøre noe. Kjøp en meningsfull julegave.

Et kort fra Leger Uten Grenser er en fin julegave til den som har "alt". Pengene du gir for gaven vil gå til livreddende helsehjelp til mennesker som trenger det mest i kriger, kriser og katastrofer verden over.

Bruk QR-koden, eller bestill på legerutenegrenser.no/julegave. Da får du fine kort tilsendt i posten, eller digitale kort du kan printe selv. Kortene kan også bestilles som gave fra arbeidsplassen til de ansatte.

Sammen redder vi liv!



UPARTISK NØYTRAL UAVHENGIG

HOVEDBUDSKAP

- 65-åringer i Oslo hadde mange egne gjenværende tenner
- En høy andel av tennene hadde restaureringer og det var høy forekomst av karies, periodontitt og apikal periodontitt
- En tredjedel av deltakerne hadde luktforstyrrelser og over en fjerdedel hadde smaksforstyrrelser i denne populasjonen
- Tørr munn ble observert hos 1 av 10 personer
- Funnene i denne studien tyder på at det vil bli et betydelig behov for forebygging og behandling av karies, periodontitt og apikal periodontitt blant de eldre i årene som kommer

FORFATTERE

Anne Thea Tveit Sødal*, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst og Avdeling for kariologi og gerodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

My Tien Diep*, Avdeling for endodonti, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Rasa Skudutyte-Rysstad, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst og Avdeling for kariologi og gerodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Preet Bano Singh, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Alix Young, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Janicke Liaaen Jensen, Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Pia Titterud Sunde, Avdeling for endodonti, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Odd Carsten Koldslund, Avdeling for periodonti, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Lene Hystad Hove, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

*Delt førsteforfatterskap, forfatterne har bidratt likeverdig til publiseringen

Korresponderende forfatter: Anne Thea Tveit Sødal, e-post: annesod@ofk.no

Akseptert for publisering 29.09.2024

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:
Sødal ATT, Diep MT, Skudutyte-Rysstad R, Singh PB, Young A, Jensen JL, et al. Oral helse blant 65-åringer i Oslo. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024; 134: 1052-60.

Oral helse blant 65-åringer i Oslo

Anne Thea Tveit Sødal, My Tien Diep, Rasa Skudutyte-Rysstad, Preet Bano Singh, Alix Young, Janicke Liaaen Jensen, Pia Titterud Sunde, Odd Carsten Koldslund og Lene Hystad Hove

Målet med OsloMunn65-studien var å kartlegge et utvalg orale hel-separametere blant 65-åringer i Oslo. Det ble gjort et tilfeldig uttrekk blant individer født i 1954 og bosatt i Oslo, og 460 individer deltok i studien (svarprosent 58 %, 52 % menn). Alle deltakerne besvarte et spørreskjema og gjennomgikk kliniske og radiologiske undersøkelser. Resultatene viste at gjennomsnittlig antall gjenværende tenner var 25,6 (SD: 2,4). Gjennomsnittlig DMFT blant deltakerne var 19,4 (SD: 4,7). Trettisyv prosent av deltakerne hadde én eller flere tenner med karies i dentinet. Det ble funnet en forekomst av periodontitt på 53 %. Førtifem prosent av deltakerne hadde apikal periodontitt, og 66 % av deltakerne hadde ≥ 1 rotfylt tann. Xerostomi ble rapportert av 10 % av deltakerne. Forekomsten av hyposalivasjon i hvile var 8 %, og 4 % for hyposalivasjon ved tyggestimulering. Vurdering av lukt- og smaksfunksjon viste en reduksjon av luktfunksjon hos 34 % og av smaksfunksjon hos 28 % av deltakerne.

Det høye antallet gjenværende tenner, og den høye forekomsten av karies, periodontitt og apikal periodontitt i OsloMunn65-studien, tyder på at det vil bli et betydelig behov både for forebygging og operativ tannbehandling i den eldre befolkningen i tiden som kommer. Disse resultatene vil kunne bidra i planleggingen av tannhelsetjenester for den aldrende befolkningen.

Ivaretagelse av oral helse er viktig for en sunn aldring (1). Skade på tenner og oral slimhinne gjør en sårbar mot infeksjoner, som i sin tur også kan ha negativ innvirkning på den generelle helsen. Sviktende oral helse kan derfor ha større innvirkning på eldre sammenlignet med yngre individer fordi de oftere har svekket helsestatus. Ifølge beregninger gjort av SSB, er samfunnet i et demografisk skifte med høyere levealder og lavere fødselstall (2). Dette fører til en økt andel eldre og en lavere andel av individer i arbeidsfør alder,

som igjen vil kunne føre til en økt belastning på velferd- og helsetjenester sammenlignet med tidligere (3). For å opprettholde en bærekraftig helsetjeneste og samtidig sikre en god folkehelse tross de demografiske endringene, vil det være viktig med økt fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid i helsetjenesten.

Eldre beholder flere egne tenner i alderdommen enn tidligere (4). Dette kan føre til en endring i behov for tannhelsetjenester blant den eldre befolkningen. For å kunne planlegge for målrettet forebygging og behandling i denne gruppen, er det viktig å vite hvordan det står til med den orale helsen blant individer som står på terskelen til alderdommen. I handlingsplanen «Sammen om kunnskapsløft for oral helse», trekker Helse- og omsorgsdepartementet fram befolkningsbaserte helseundersøkelser som en viktig informasjonskilde for å kunne drive målrettet helsefremmende aktivitet og kunnskapsbaserte tannhelsetjenester (5). I tillegg, nevnes det at slike data vil kunne gi et grunnlag for å planlegge fremtidig dimensjonering av tjenestene og utgjøre et viktig bidrag når det skal gjøres offentlige prioriteringer med hensyn til organisering og finansiering (5).

Det er utført befolkningsundersøkelser flere steder i Norge i senere år (6-10), men data om oral helse blant de yngste eldre har vært manglende i urbane strøk i sørlige deler av Norge. I tidligere studier er 65 år ofte brukt som en nedre grense for den eldre aldersgruppen. Derfor hadde OsloMunn65-studien som mål å kartlegge forekomst av et utvalg av orale helseparametere blant 65-åringene i Oslo.

Materiale og metoder

Studiepopulasjon

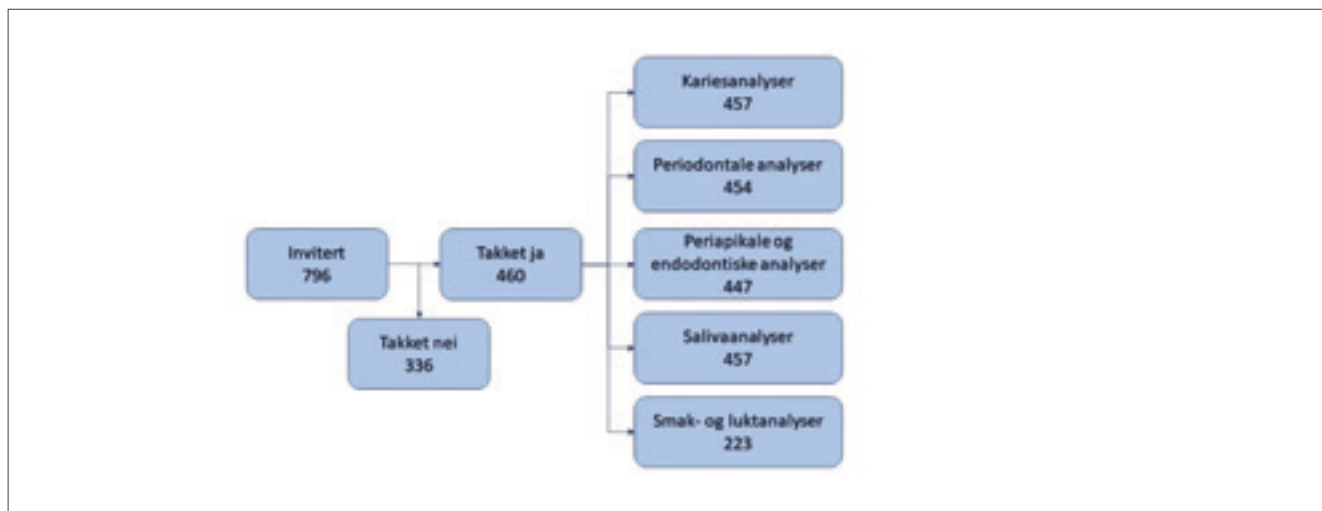
Personer som var 65 år (født i 1954) og hadde bostedsadresse i Oslo ble inkludert i studien. En utvalgsstørrelse på 450 deltakere

ble beregnet til å være tilstrekkelig. Et tilfeldig utvalg av personer som oppfylte kriteriene ble trukket fra Folkeregisteret og invitert til å delta i studien via brev. Etter to uker, ble personene oppringt og spurt om de ønsket å delta i studien. Denne rekrutteringsprosedyren ble utført fortløpende til den planlagte utvalgsstørrelsen var nådd. Personer som ikke tok telefonen, ble ikke inkludert i studien. Figur 1 illustrerer rekrutteringsprosessen i OsloMunn65-studien.

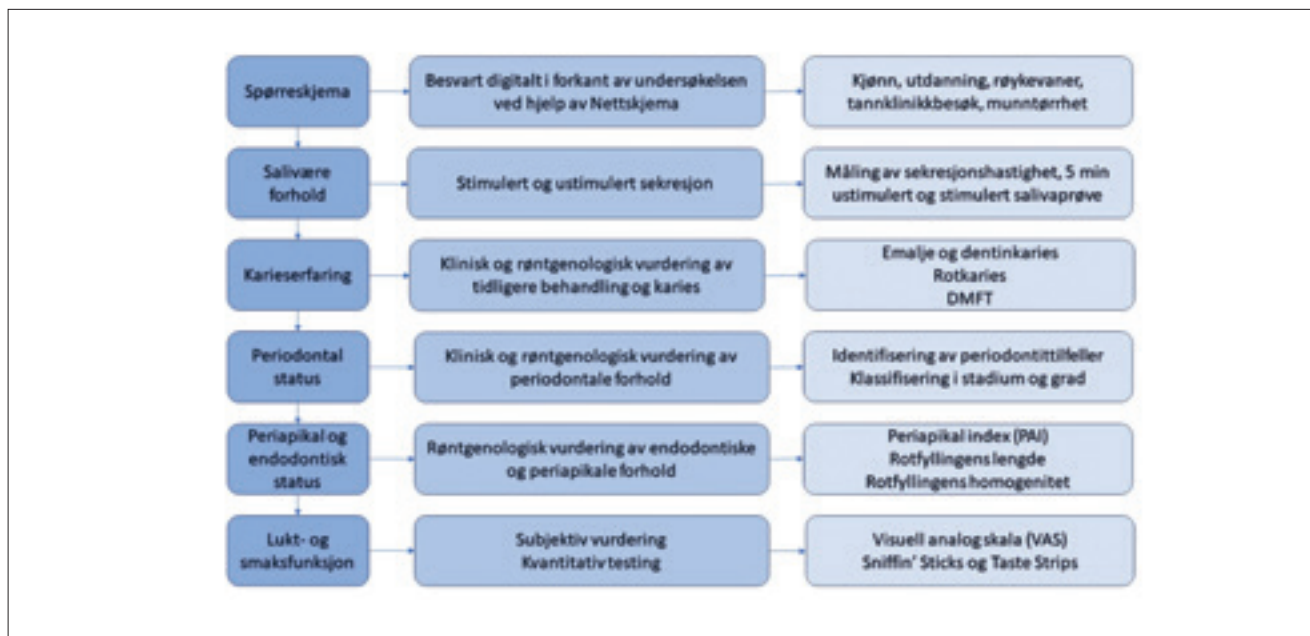
Studien ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK 2018/1383) og utført i henhold til Helsinkideklarasjonen. Deltakelse i prosjektet var frivillig, og skriftlig samtykke ble innhentet fra samtlige deltakere. Data ble registrert og lagret i Tjeneste for Sensitive Data (TSD, UiO).

Spørreskjema

Deltakerne besvarte et omfattende spørreskjema ved hjelp av Nettskjema (Universitetet i Oslo). Individer som takket ja til å bli med i studien mottok en e-post med lenke til Nettskjema, og besvarte dette før de møtte til undersøkelsen ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Spørreskjemaet inkluderte spørsmål om kjønn (mann/kvinne), utdanning (universitet/høyskole/fagbrev/videregående/grunnskole), røykevaner (aldri røkt/sluttet å røyke/røyker), hyppighet av tannklinikkbesøk og munntørighet. Det ble benyttet både ja/nei spørsmål, åpne spørsmål, samt validerte instrumenter i spørreskjemaet. Utdanning ble kategorisert som høy (universitets-/høyskoleutdanning) eller lav (fagbrev/videregående/grunnskole). Regelmessighet av tannklinikkbesøk ble kategorisert som regelmessig (ikke sjeldnere enn annethvert år) eller uregelmessig (sporadiske undersøkelser/bare akutt/aldri).



Figur 1. Flyttdiagram for rekrutteringsprosessen i OsloMunn65-studien.



Figur 2. Oppsummering av undersøkelser foretatt i OsloMunn65-studien.

Kliniske og radiologiske undersøkelser

Alle individer som takket ja til å delta i studien fikk tildelt time ved Det odontologiske fakultet for kliniske og radiologiske undersøkelser. Figur 2 oppsummerer undersøkelser som inngikk i OsloMunn65-studien. Karieserfaring, periodontal status, periapikal- og endodontisk status, salivære forhold og lukt- og smaksfunksjon ble undersøkt. Det ble tatt bitewing-røntgenbilder og panoramarøntgen av samtlige deltakere. I tillegg, ble det gjort periapikale røntgenundersøkelser av tenner som var rotfylte eller hvor det var mistanke om periapikal patologi på panoramarøntgen.

Kalibrering

Alle de kliniske undersøkelsene ble utført av to tannleger (ATTS og MTD) som begge var til stede under hver undersøkelse. I forkant av undersøkelsene ble det utført kalibreringsprosedyrer for å måle grad av samsvar mellom tannlegene. For kliniske karies- og periodontale parametere ble interobservatørsamsvar beregnet ved at begge tannlegene utførte målinger på samme deltakere to ganger for et gitt antall deltakere. Inter- og intraobservatørsamsvar ble utført for radiologisk registrering av periodontalt feste- tap, stadium av periodontitt og skåring av periapikal indeks (PAI). Det ble beregnet intraklassekorrelasjonskoeffisient for kontinuerlige målinger og Cohens kappa for kategoriske variabler. Interobservatørsamsvar var tilfredsstillende for alle målinger (11-13).

Spesifikke metoder

Kariesundersøkelser

Koronal primærkaries ble registrert klinisk og radiologisk og gradert på en skala fra 1-5 i henhold til kriteriene beskrevet av Amaranter og medarbeidere (11, 14). Emaljekarier ble registrert som grad 1 eller 2 og dentinkaries som grad 3, 4 eller 5, basert på karieslesjonens utbredelse mot pulpa. All sekundærkaries ble klassifisert som dentinkaries.

Rotkaries ble registrert og gradert etter kriterier fra International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) (15). De tre gradene av rotkaries var 1) intakt rotoverflate uten misfarging, 2) tydelig avgrenset lesjon på rotoverflaten med ingen eller minimal kavitet (<0,5 mm) og 3) rotoverflate med misfarging og kavitet (≥ 0,5 mm).

DMFT/S-indeksen ble brukt til å beskrive karieserfaring (16). Beregningen ble basert på kriterier fra Verdens Helseorganisasjon og kombinerte registreringene fra både tennenes krone- og rotoverflate.

Periodontale undersøkelser

Deltakere med periodontitt ble identifisert ved å måle approksimalt bentap på bitewing-røntgen (12). Periodontitt ble definert som å ha minst 2 lokalisasjoner med >3 mm radiologisk bentap (ikke tilgrensende lokalisasjoner). I tillegg ble det gjort kliniske målinger (lommedybdemåling og blødning ved lommedybdemåling på 6 flater

per tann, mobilitet og furkasjonsinvolvering), og beregnet prosentandel radiologisk bentap på samtlige tenner basert på panoramærøntgen. Videre ble deltakere med periodontitt klassifisert i stadium (I-IV) og grad (A-C) i henhold til konsensusrapporten fra 2018 (17-19). Sykdomsutbredelse ble også vurdert og kategorisert som lokalisert (< 30 % av tenner affisert med det aktuelle stadiet av sykdom) eller generalisert (\geq 30 % av tenner affisert med det aktuelle stadiet av sykdom). Sykdomsaktivitet ble vurdert basert på lommedybdør og blødning ved lommedybdemåling basert på kriterier fra Sanz og medarbeidere (12, 20).

Periapikale og endodontiske undersøkelser

Periapikal status ble vurdert for alle rotfylte tenner og for tenner med apikal oppklaring, ved hjelp av periapikal indeks (PAI) (13, 21). Apikal periodontitt ble definert som PAI score 3-5.

For å vurdere om rotfyllingen hadde tilfredsstillende lengde, ble avstanden fra radiologisk apeks til rotfylling målt. For tenner med flere røtter, ble den lengste avstanden registrert. Rotfyllingens lengde ble regnet som tilfredsstillende dersom den endte inne i rotkanalen, og maksimalt 3 mm fra røntgenologisk apeks.

Rotfyllingens homogenitet ble også vurdert og tildelt en score fra 1-4 (22), hvor høyere skår indikerte økende mengde synlige luftblærer i rotfyllingen. Kun homogene rotfyllinger (skår 1) ble definert som tilfredsstillende.

Salivaundersøkelser

Grad av munntørhet ble undersøkt ved hjelp av spørreskjemaspørsmål og kliniske undersøkelser (23). For å undersøke subjektiv opplevelse av tørr munn (xerostomi), ble deltakerne spurt om hvor ofte de følte seg tørre i munnen. Å ha xerostomi ble definert som å "ofte" eller "alltid" føle seg tørr i munnen. I tillegg, inneholdt spørreskjemaet 5 spørsmål om hvorvidt deltakerne i spesifikke situasjoner hadde opplevd problemer knyttet til tørr munn, som for eksempel ved matinntak (Summated Xerostomia Inventory (24)). De kliniske parameterne omfattet sekresjonsmålinger av ustimulert (UWS) og stimulert (SWS) helsaliva. Spyttssekresjonshastighet på 0,1 mL/min for ustimulert saliva og 0,7 mL/min for stimulert saliva ble regnet som hyposalivasjon. I tillegg ble ti kliniske tegn på tørrhet i munnslimhinnen vurdert, blant annet om speilet hang fast i kinnslimhinnen og fravær av salivaansamling i munngulvet (Clinical Oral Dryness Score) (25, 26).

Smak- og luktuundersøkelser

Omtrent halvparten av deltakerne (n=225) ble tilfeldig utvalgt til å bli undersøkt med hensyn til smak- og luktfunksjon (27). Deltakerne rangerte først selvopplevd smak- og luktfunksjon på en visuell

analog skala (VAS) fra 0 (ingen funksjon) til 10 (veldig god funksjon). Deretter ble det benyttet luktpenner (Sniffin` Sticks-Screening test, Burghart Messtechnik GmbH, Wedel, Germany) og smaksstrips (Taste Strips, Burghart Messtechnik GmbH, Wedel, Germany) for kvantitativ testing av sansefunksjonene. Lukttesten bestod av 12 luktpenner med hvert sitt tilhørende flervalgskort med 4 svaralternativer. Smakstesten bestod av smaksstrips impregnert med søt smak, sur smak, salt smak og bitter smak i fire konsentrasjoner hver. For luktfunksjon ble normative data beskrevet av Hummel og medarbeidere (28) benyttet for å klassifisere deltakere basert på sumscore (0-12): totalt tap av luktfunksjon (score 0-5), redusert luktfunksjon (score 6-9), eller normal luktfunksjon (score 10-12). Normative data beskrevet av Landis og medarbeidere (29) ble benyttet for klassifisering av smaksfunksjon basert på sumscore (0-16): totalt tap av smaksfunksjon (score 0-4), redusert smaksfunksjon (score 5-8), eller normal smaksfunksjon (9-16).

Statistiske metoder

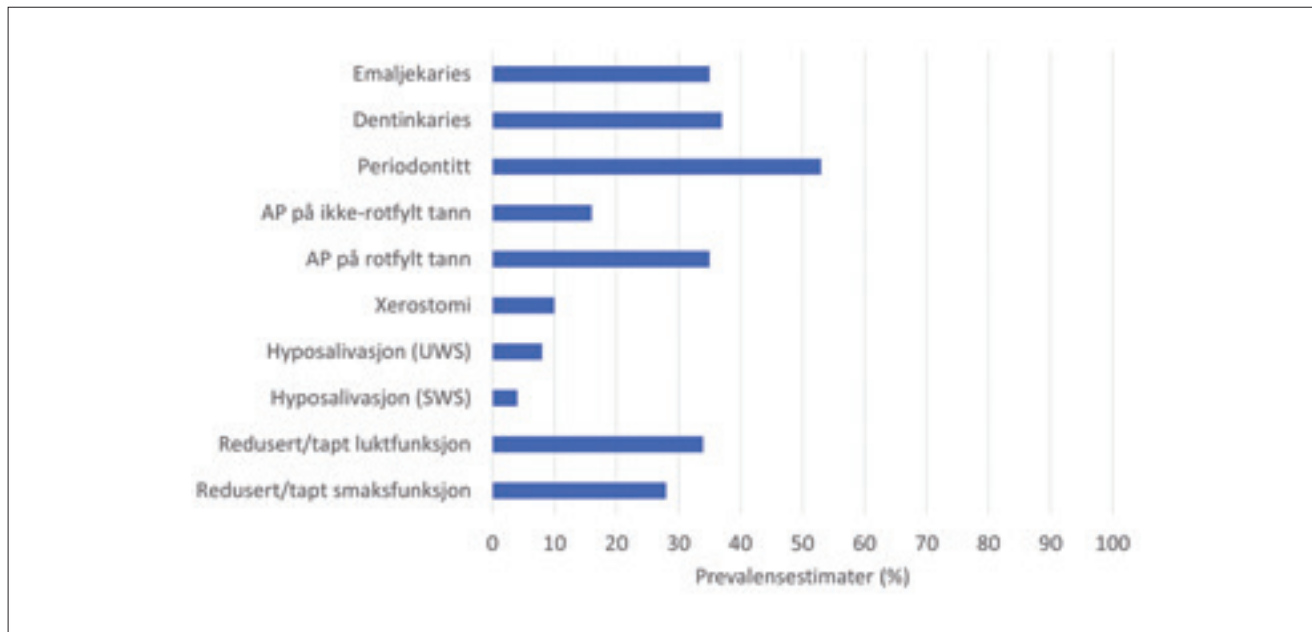
Data ble registrert i et skjema i Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, USA) som var utviklet for OsloMunn65-studien (Oral Data Collector). Deskriptive analyser ble utført, og kategoriske resultater ble presentert i form av frekvenstabeller og prosentfordeling. Kontinuerlige variabler ble presentert som gjennomsnitt (standardavvik) eller median (kvartilbredde). Bivariate assosiasjoner mellom kategoriske variabler ble undersøkt ved hjelp av Chi-square test. Ikke-parametriske tester (Mann-Whitney U test og Kruskal-Wallis ANOVA) ble utført for å undersøke forskjeller mellom grupper av kontinuerlige variabler. Analyser ble utført i STATA (Stata versjon 16.1; College Station, TX, USA).

Resultater

Av 796 inviterte individer, takket 460 ja til å delta i undersøkelsen (Figur 1). Dette ga en responsrate på 58 %. Utvalget i de ulike analysene varierte noe grunnet manglende data i noen deler av undersøkelsene. Figur 1 viser utvalgsstørrelse i de ulike analysene og Figur 3 oppsummerer utvalgte prevalensestimater som presenteres i avsnittene nedenfor.

Karieserfaring

I gjennomsnitt, hadde deltakerne 25,5 (SD: 3,9) gjenværende tenner og 19,4 (SD: 4,7) i DMFT. Forekomsten av dentinkaries var 37 % og deltakerne hadde i gjennomsnitt 0,8 tenner med dentinkaries (DT) og 16,1 (SD: 5,4) fylte tenner (FT). Forekomsten av ulike typer av karies var som følger: 35 % for emaljekaries, 12 % for koronal primærkaries, 33 % for koronal sekundærkaries, 17 % for rotkaries uten kavitet og 7 % for rotkaries med kavitet.



Figur 3. Prevalens av utvalgte diagnoser/tilstander blant 65-åringer i Oslo.

Periodontale forhold

Forekomsten av periodontitt var 53 %. Etter vurdering av radiologisk bentap og komplikasjonsfaktorer, ble 17 % av deltakerne vurdert til å ha stadium II, 33 % stadium III og 3 % stadium IV periodontitt. Ingen deltakere hadde stadium I periodontitt. Forekomsten av grad B periodontitt var 45 % og av grad C periodontitt 8 %. Ingen deltakere hadde grad A periodontitt. Når stadium, grad og sykdomsutbredelse ble vurdert under ett, ble det funnet høyest forekomst av lokalisert stadium III, grad B periodontitt (27 %). Angående sykdomsaktivitet, ble det hos 38 % av deltakerne funnet periodontitt (basert på de røntgenologiske kriteriene) og samtidig lommedybder på 5 mm eller mer, eller lommer på 4 mm eller mer med blødning ved lommedybdemåling.

Periapikal og endodontisk status

Røntgenanalysene viste at 45 % av deltakerne hadde apikal periodontitt. Seksten prosent av deltakerne hadde minst én ikke-rotfylt tann med apikal periodontitt, mens 38 % av deltakerne hadde minst én rotfylt tann med apikal periodontitt. Sekstiseks prosent av deltakerne hadde minst én rotfylt tann og 25 % av deltakerne hadde tre eller flere rotfylte tenner. Vurderingene av rotfyllingenes lengde og homogenitet, viste at 48 % av rotfyllingene var tilfredsstillende på begge punkter. Av alle rotfyllingene sett under ett, hadde 35 % apikal periodontitt. Apikal periodontitt forekom oftere på rotfylte tenner med utilfredsstillende lengde og homoge-

nitet (44 %) enn på tenner med tilfredsstillende rotfyllinger (25 %).

Munntørighet

Ti prosent av deltakerne rapporterte xerostomi. Forekomsten av hyposalivasjon knyttet til ustimulert salivasekresjon var 8 %, og forekomsten av hyposalivasjon knyttet til stimulert salivasekresjon var 4 %. En kombinasjon av xerostomi og hyposalivasjon knyttet til ustimulert salivasekresjon ble funnet hos 3 % av deltakerne.

Smak og lukt

Resultatene fra luktepenntesten viste at forekomsten av redusert luktfunksjon var 28 %, og forekomsten av totalt tap av luktfunksjon var 6 % blant deltakerne. Deltakere med normal luktfunksjon skåret selvpålevd luktfunksjon signifikant høyere (median VAS-score 8, kvartilbredde 7-9) enn deltakere med redusert (median VAS-score 7, kvartilbredde 5-8; $p=0,003$) og deltakere med totalt tap av luktfunksjon (median VAS-score 5, kvartilbredde 5-6, $p<0,001$). Deltakere med redusert luktfunksjon skåret selvpålevd luktfunksjon signifikant høyere enn deltakere med totalt tap av luktfunksjon ($p=0,039$). Forekomsten av redusert smaksfunksjon var 21 %, og forekomst av totalt tap av smaksfunksjon var 7 %. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i selvpålevd smaksfunksjon mellom deltakere med normal (median VAS-score 7, kvartilbredde 6-8), redusert (median 7, kvartilbredde 6-8) og totalt tap av smaksfunk-

sjon (median 7, kvartilbredde 5-8). Søt smak var den smaks kvaliteten som oftest ble identifisert korrekt i alle de fire konsentrasjonene. En kombinasjon av lukt- og smaksforstyrrelser (reduert eller totalt tap av funksjon) ble funnet hos 13 % av deltakerne.

Diskusjon

Denne studien har kartlagt munnhelsen i et bredt og tverrfaglig perspektiv. Resultatene gir et detaljert bilde av munnhelse blant 65-åringer i Oslo, inkludert forekomst av karies, periodontitt, apikal periodontitt, munntørrhet og smak- og luktforstyrrelser. Til tross for at denne gruppen bor i et område med god tannlegedekning, ble det funnet høy forekomst av en rekke sykdomstilstander.

Deltakerne i denne studien hadde generelt et høyt antall egne gjenværende tenner. Det ble også registrert høy karieserfaring målt ved DMFT, hvor den største andelen ble utgjort av fylte tenner, mens kariøse og tapte tenner utgjorde en mindre andel. Sammenlignet med nylige funn i studieutvalg fra Trøndelag (6) og Nord-Norge (9, 10), ble det i OsloMunn65-studien i gjennomsnitt funnet omtrent like mange kariøse tenner (DT = 0,8 vs. 0,2-1,5), men færre tapte tenner (MT = 2,5 vs. 4,7-9,2) og flere fylte tenner (FT = 16,1 vs. 12,4-15,2). Flere faktorer kan ha bidratt til å forklare disse forskjellene. Studiene fra Trøndelag og Nord-Norge undersøkte eldre aldersgrupper (65-74 år). I tillegg var utvalgene fra mindre urbane byer, med lavere tannlegedekning (30) og færre deltakere som gikk regelmessig til tannlegen (31) enn i Oslo (11), noe som kan bidra til at befolkningen generelt mottar mindre tannbehandling.

OsloMunn65-studien viste at over halvparten av deltakerne hadde periodontitt, og hos 36 % ble det funnet et alvorlig stadium av periodontitt (stadium III/IV). Tall fra andre befolkningsstudier utført i Norge i nyere tid har rapportert en forekomst av periodontitt som strekker seg fra 50 % til 98 % (7, 8, 32). Denne variasjonen i forekomst kan skyldes bruk av ulike definisjoner for identifisering av deltakere med periodontitt, ulike aldersgrupper inkludert i studiene, samt geografiske forskjeller med hensyn til tannlegedekning og bruk av tannhelsetjenester. Forekomsten av alvorlig periodontitt varierte fra 20 %-33 % (7, 8, 32), noe som tyder på en høy forekomst av alvorlig grad av sykdom i flere deler av Norge. I OsloMunn65-studien ble også sykdomsaktivitet vurdert basert på lommedybder og blødning ved lommedybdemåling. Det ble identifisert behov for systematisk periodontittbehandling hos 38 % av deltakerne. Til tross for god dekning av tannhelsetjenester i Oslo og at periodontittbehandling delvis blir subsidiert av HELFO, viste det seg altså at forekomsten av alvorlig periodontitt var høy og at mange hadde behov for systematisk behandling. Dette kan for eksempel skyldes uregelmessig tannlegebesøk, underdiagnostisering eller dårlig etterlevelse fra pasientenes side.

OsloMunn65-studien viste at nesten halvparten av utvalget hadde apikal periodontitt, mens to av tre deltakere hadde en eller flere rotfylte tenner. De fleste apikale lesjonene befant seg på rotfylte tenner, men 16 % av deltakerne hadde apikal periodontitt på en ikke-rotfylt tann. Analysene viste at tennene med inadekvat rotfylling hadde høyere forekomst av apikal periodontitt enn tennene med adekvat rotfylling. Dette kan tyde på et forbedringspotensial i utførelsen av endodontisk behandling. Siden denne tverrsnittsstudien kun ga et øyeblikksbilde av de aktuelle forhold, er det sannsynlig at en andel av de apikale lesjonene også var under tilheling. Så vidt vi vet, finnes det få tidligere norske studier på forekomsten av apikal periodontitt og rotfylte tenner i den generelle befolkningen i en tilsvarende aldersgruppe. Data fra en tverrsnittsundersøkelse fra Troms fylke i 2013/2014 viste at omtrent 23 % i aldersgruppen 55-64 år hadde apikal periodontitt, mens prevalensen av rotfylte tenner samsvarte med den blant 65-åringene i Oslo (33). Ulike metoder for røntgenundersøkelse kan ha bidratt til forskjellen i forekomsten av apikal periodontitt i Oslo sammenlignet med i Troms. Periapikale røntgenbilder er mer sensitive for påvisning av periapikale lesjoner enn panoramarøntgenbilder (34). Dette kan ha ført til en underestimert forekomst av apikal periodontitt i Troms, hvor det kun ble brukt panoramarøntgen. I 1991, studerte Eriksen og medarbeidere forekomsten av rotfylte tenner og apikal periodontitt i et tilfeldig utvalg av 50-åringer i Oslo (35). Deres studie viste at 56 % av deltakerne hadde en eller flere rotfylte tenner. Forekomsten av apikal periodontitt på individnivå ble ikke rapportert. I 1993 ble et tilfeldig utvalg av 35-åringer i Oslo undersøkt (36). Disse personene ble født i 1958, altså kun fire år før deltakerne i OsloMunn65-studien, og de kan derfor være interessante å sammenligne med. Resultatene kan tyde på at både forekomsten av apikal periodontitt (16 % vs. 45 %) og andel personer med rotfylte tenner (23 % vs. 66 %) har blitt så mye som tre ganger så høy i denne fødselskohorten i løpet av tidsperioden.

Så vidt vi vet, finnes det også få tidligere norske studier på munntørrhet i den generelle voksne befolkningen i Norge. Ti prosent av deltakerne i denne studien rapporterte at de ofte eller alltid følte seg tørre i munnen. Dette samsvarer med resultater blant 55-åringer i Finland (11 %) (37) og 32-åringer på New Zealand (10 %) (38). I 2007, ble det gjort en studie på subjektiv munntørrhet blant 65-åringer i de daværende fylkene Hordaland, Sogn og Fjordane og Nordland (39), men disse resultatene er vanskelig å sammenligne med fordi de brukte andre responsalternativer og kategorisering for å beskrive forekomsten av xerostomi. Når det kommer til forekomsten av hyposalivasjon, viste OsloMunn65-studien at det var en lav andel med hyposalivasjon knyttet til ustimulert salivsekresjon (8 %) sammenlignet med tidligere funn i aldersgrupper fra

55 til 86 år (12-47 %) (37, 40-42). Forekomsten av hyposalivasjon knyttet til stimulert salivasekresjon (4 %) samsvarer derimot med resultater fra Danmark i aldersgruppen 65-75 år (4 % blant menn og 5 % blant kvinner). Det bør imidlertid presiseres at den danske studien brukte en noe lavere terskelverdi for hyposalivasjon ($SWS \leq 0,5$ mL/min) enn den som ble brukt i denne studien ($SWS \leq 0,7$ mL/min), som gjør at resultatene ikke er direkte sammenliknbare.

En tredjedel av deltakerne hadde luktforstyrrelser og over en fjerdedel hadde smaksforstyrrelser i denne populasjonen. Så vidt vi vet, er det ikke gjort andre studier som har sett på både lukt- og smaksfunksjon i den generelle voksne befolkningen i Norge. Heian og medarbeidere og Wehling og medarbeidere har rapportert en noe lavere forekomst av redusert luktfunksjon blant den voksne befolkningen i Norge, henholdsvis 19 % (43) og 28 % (44). Studier fra andre land har også rapportert lavere forekomst av redusert lukt- (19 %) (45) og smaksfunksjon (5-20 %) (46-48) enn det som ble funnet i OsloMunn65-studien. Samtidig har studier vist en nedgang i lukt- og smaksfunksjon med alder (45-47). Dette kan forklare den høyere forekomsten i denne studien hvor kun 65-åringene ble inkludert og ikke yngre individer slik som i de andre studiene. Resultatene viste også at søt smak var den smakskvaliteten flest deltakere klarte å identifisere i alle fire konsentrasjoner. Dette er i samsvar med tidligere studier som har vist at evnen til å identifisere salt, surt og bittert oftere er redusert hos eldre individer enn evnen til å identifisere søt smak (47, 49, 50). Selv om forståelsen av sammenhengen mellom smaksfunksjon, smakspreferanser og kosthold ikke er fullstendig kartlagt (51), er det viktig å belyse at individers smaksfunksjon kan ha betydning for kostholdsvaner og dermed påvirke både generell og oral helse. Bevisstheten rundt redusert smaksfunksjon var liten blant affiserte individer i denne studien, og det kan spekuleres i at individer dermed ubevisst kan gjøre kostholdsendringer som vil kunne ha uheldig effekt på munnhelsen. Solemdal og medarbeidere fant en assosiasjon mellom orale helseparametre og redusert smaksfunksjon blant syke eldre (52). Som forfatterne påpekte, tyder dette på at opprettholdelse av god oral helse er viktig for å ivareta smaksfunksjon og hindre alvorlige konsekvenser som underernæring og vekttap blant syke eldre (52).

Enkelte begrensninger bør tas hensyn til ved tolkning av resultatene fra denne studien. En betydelig andel av utvalget takket nei til å delta i studien (42 %). På grunn av restriksjoner fra etisk komité, ble ikke de som valgte å ikke delta spurt om årsak til dette eller annen bakgrunnsinformasjon. For å gjøre en bortfallsanalyse, ble kjønnsfordelingen og utdanningsnivået i utvalget sammenliknet med tilsvarende tall for 65-åringene i Oslo rapportert av Statistisk Sentralbyrå. Kjønnsfordelingen i utvalget var representativt, men utvalget hadde en overvekt av personer med høyere utdanning

sammenliknet med tallene fra Statistisk Sentralbyrå. Siden andre tidligere publiserte data fra OsloMunn65-studien viste at de med lavere utdanning hadde mer karies (11), alvorlig grad av periodontitt (53) og apikal periodontitt (13), kan forekomsten av disse sykdommene ha blitt underestimert. Det er også viktig å merke seg at deltakerne i studien kun ble undersøkt én gang, og resultatene kan derfor ikke brukes til å bekrefte årsakssammenhenger eller beskrive sykdomsutvikling.

Tannhelsetjenesten i Norge er inndelt i en privat sektor og en offentlig sektor. Den private sektoren behandler hoveddelen av den voksne befolkningen, mens den offentlige sektoren i hovedsak skal yte tannbehandling til enkelte grupper i samfunnet regulert etter tannhelsetjenesteloven (54). Blant annet skal den offentlige tannhelsetjenesten behandle eldre individer som mottar hjemmesykepleie eller bor på sykehjem. Med de demografiske endringene i samfunnet, vil denne gruppen trolig bli større, noe som vil øke belastningen på den offentlige tannhelsetjenesten. Det har i senere tid pågått en offentlig debatt om hvorvidt tannhelsetjenester i Norge bør organiseres annerledes enn slik de er organisert i dag. Regjeringen oppnevnte i 2022 Tannhelseutvalget med formål om å gjøre en gjennomgang av tannhelsetjenesten med hensyn til organisering, finansiering og lovverk (55). Funnene i OsloMunn65-studien viser at individer som står på terskelen til å gå inn i alderdommen har mange egne tenner og at det er en høy forekomst av karies, periodontitt og apikal periodontitt i denne gruppen. Dette viser at det kan bli et stort behov for både forebyggende og operativ behandling, samt vedlikeholdsbehandling, i gruppen eldre i tiden fremover. Dette styrker argumentet for at det er viktig å tilpasse organiseringen av tannhelsetjenesten slik at den kan være rustet til å opprettholde tannhelsetilbudet for den aldrende befolkningen både i dag og i fremtiden.

Konklusjoner

Funnene fra OsloMunn65-studien kan indikere at majoriteten av 65-åringene i Oslo hadde et tilnærmet fullstendig tannsett. Det var imidlertid generelt høy karieserfaring og høy forekomst av periodontitt og apikal periodontitt. OsloMunn65-studien bidrar med detaljerte og omfattende munnhelsesdata for planlegging av tannhelsetjenester for den eldre befolkningsgruppen i tiden fremover.

Takk

Forfatterne ønsker å takke røntgenavdelingen ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, for hjelp med å utføre røntgentaking i studien. Vi ønsker også å rette en stor takk til alle 65-åringene som deltok i OsloMunn65-studien.

REFERANSER

- Originalartiklene som resultatene i denne artikkelen er hentet fra er markert i kursiv tekst.
- World Health Organisation. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
 - Nasjonale befolkningsframskrivning, 2020-2100. Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge [Internet]. Statistisk sentralbyrå - Statistics Norway. 2020 [cited 2024/16/04]. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-el-dre-enn>.
 - Forskningsrådet. Porteføljeplan for Helse. forskningsradet.no; 2022. <https://www.forskningsradet.no/portefoljer/helse/portefoljeplanen-for-helse/>
 - Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Helkimo AN, Lundin SA, Norderyd O, et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973-2003). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J*. 2005;29(4):139-55.
 - Helse- og omsorgsdepartementet. Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017-2027). Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen.no. 2017.
 - Rødseth SC, Høvik H, Schuller AA, Bjertness E, Skudutyte-Rysstad R. Dental caries in a Norwegian adult population, the HUNT4 oral health study: prevalence, distribution and 45-year trends. *Acta Odontol Scand*. 2023;81(3):202-10.
 - Holde GE, Oscarson N, Trovik TA, Tillberg A, Jönsson B. Periodontitis Prevalence and Severity in Adults: A Cross-Sectional Study in Norwegian Circumpolar Communities. *J Periodontol*. 2017;88(10):1012-22.
 - Stødle IH, Verket A, Høvik H, Sen A, Koldsland OC. Prevalence of periodontitis based on the 2017 classification in a Norwegian population: The HUNT study. *J Clin Periodontol*. 2021;48(9):1189-99.
 - Oscarson N, Espelid I, Jönsson B. Is caries equally distributed in adults? A population-based cross-sectional study in Norway - the TOHNN-study. *Acta Odontol Scand*. 2017;75(8):557-63.
 - Mulic A, Tveit AB, Stenhagen KR, Oscarson N, Staxrud F, Jönsson B. The frequency of enamel and dentin caries lesions among elderly Norwegians. *Acta Odontol Scand*. 2020;78(1):6-12.
 - Diep MT, Skudutyte-Rysstad R, Sodal ATT, Young A, Hove LH. Caries experience and risk indicators of having decayed teeth among 65-year-olds in Oslo, Norway: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):726. doi: 10.1186/s12903-023-03432-x
 - Sodal ATT, Hove LH, Diep MT, Skudutyte-Rysstad R, Koldsland OC. Periodontal conditions in a 65-year-old population and prevalence of periodontitis according to three different bone level thresholds. *BMC Oral Health*. 2022;22(1):246. doi: 10.1186/s12903-022-02276-1
 - Diep MT, Hove LH, Ørstavik D, Skudutyte-Rysstad R, Sodal ATT, Sunde PT. Periapical and endodontic status among 65-year-old Oslo-citizens. *BMC Oral Health*. 2022;22(1):371. doi: 10.1186/s12903-022-02406-9
 - Amarante E, Raadal M, Espelid I. Impact of diagnostic criteria on the prevalence of dental caries in Norwegian children aged 5, 12 and 18 years. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26(2):87-94.
 - Gugnanani N, Pandit IK, Srivastava N, Gupta M, Sharma M. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): A New Concept. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2011;4(2):93-100.
 - Petersen P, BR. Basic principles of clinical oral health surveys. In: organization WH, editor. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. ed2013.
 - Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45 Suppl 20:S162-s70.
 - Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45 Suppl 20:S68-s77.
 - Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol*. 2018;89 Suppl 1:S159-s72.
 - Sanz M, Herrera D, Kekschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, et al. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*. 2020;47 Suppl 22(Suppl 22):4-60.
 - Orstavik D, Kerekes K, Eriksen HM. The periapical index: a scoring system for radiographic assessment of apical periodontitis. *Endod Dent Traumatol*. 1986;2(1):20-34.
 - Jordal K, Valen A, Ørstavik D. Periapical status of root-filled teeth in Norwegian children and adolescents. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2014;72(8):801-5.
 - Diep MT, Jensen JL, Skudutyte-Rysstad R, Young A, Sodal ATT, Petrovski B, et al. Xerostomia and hyposalivation among a 65-yr-old population living in Oslo, Norway. *Eur J Oral Sci*. 2021;129(1):e12757. doi: 10.1111/eos.12757
 - Thomson WM, van der Putten GJ, de Baat C, Ikebe K, Matsuda K, Enoki K, et al. Shortening the xerostomia inventory. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011;112(3):322-7.
 - 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(5):597-603.
 - Jager DHJ, Bots CP, Forouzanfar T, Brand HS. Clinical oral dryness score: evaluation of a new screening method for oral dryness. *Odontology*. 2018;106(4):439-44.
 - Sodal ATT, Singh PB, Skudutyte-Rysstad R, Diep MT, Hove LH. Smell, taste and trigeminal disorders in a 65-year-old population. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):300. doi: 10.1186/s12877-021-02242-6
 - Hummel T, Kobal G, Gudziol H, Mackay-Sim A. Normative data for the "Sniffin' Sticks" including tests of odor identification, odor discrimination, and olfactory thresholds: an upgrade based on a group of more than 3,000 subjects. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2007;264(3):237-43.
 - Landis BN, Welge-Luessen A, Brämerson A, Bende M, Mueller CA, Nordin S, et al. "Taste Strips" - a rapid, lateralized, gustatory bedside identification test based on impregnated filter papers. *J Neurool*. 2009;256(2):242-8.
 - Grytten J, Skau I. Specialization and competition in dental health services. *Health Econ*. 2009;18(4):457-66.
 - Hadler-Olsen E, Jönsson B. Oral health and use of dental services in different stages of adulthood in Norway: a cross sectional study. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):257.
 - Bongo AS, Brustad M, Oscarson N, Jönsson B. Periodontal health in an indigenous Sámi population in Northern Norway: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):104.
 - Safa R SA, Hadler-Olsen E, Kundzina R. Gjenværende tenner, prevalens av apikal periodontitt og rotfylte tenner i en voksen populasjon i Nord-Norge: En tverrsnittstudie. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2024;134:204-10.
 - Molander B. Panoramic radiography in dental diagnostics. *Swed Dent J Suppl*. 1996;119:1-26.
 - Eriksen HM, Bjertness E. Prevalence of apical periodontitis and results of endodontic treatment in middle-aged adults in Norway. *Endod Dent Traumatol*. 1991;7(1):1-4.
 - Skudutyte-Rysstad R, Eriksen HM. Endodontic status amongst 35-year-old Oslo citizens and changes over a 30-year period. *Int Endod J*. 2006;39(8):637-42.
 - Anttila SS, Knuutila ML, Sakki TK. Depressive symptoms as an underlying factor of the sensation of dry mouth. *Psychosom Med*. 1998;60(2):215-8.
 - Murray Thomson W, Chalmers JM, John Spencer A, Slade GD, Carter KD. A longitudinal study of medication exposure and xerostomia among older people. *Gerodontology*. 2006;23(4):205-13.
 - Ekbäck G, Åström AN, Klock K, Ordell S, Unell L. Variation in subjective oral health indicators of 65-year-olds in Norway and Sweden. *Acta Odontol Scand*. 2009;67(4):222-32.
 - Ohara Y, Hirano H, Yoshida H, Obuchi S, Ihara K, Fujiwara Y, et al. Prevalence and factors associated with xerostomia and hyposalivation among community-dwelling older people in Japan. *Gerodontology*. 2016;33(1):20-7.
 - 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(1):20-3.
 - Närhi TO, Ainamo A, Meurman JH. Salivary yeasts, saliva, and oral mucosa in the elderly. *J Dent Res*. 1993;72(6):1009-14.
 - Heian IT, Helvik A-S, Hummel T, Øie MR, Nordgård S, Bratt M, et al. Measured and self-reported olfactory function in voluntary Norwegian adults. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2022;279(10):4925-33.
 - Wehling E, Lundervold AJ, Espeset T, Reinvang I, Bramerson A, Nordin S. Even cognitively well-functioning adults are unaware of their olfactory dysfunction: Implications for ENT clinicians and researchers. *Rhinology*. 2015;53(1):89-94.
 - Brämerson A, Johansson L, Ek L, Nordin S, Bende M. Prevalence of olfactory dysfunction: the skövde population-based study. *Laryngoscope*. 2004;114(4):733-7.
 - Welge-Lüssen A, Dörig P, Wolfensberger M, Krone F, Hummel T. A study about the frequency of taste disorders. *J Neurool*. 2011;258(3):386-92.
 - Boesveldt S, Lindau ST, McClintock MK, Hummel T, Lundstrom JN. Gustatory and olfactory dysfunction in older adults: a national probability study. *Rhinology*. 2011;49(3):324-30.
 - Vennemann MM, Hummel T, Berger K. The association between smoking and smell and taste impairment in the general population. *J Neurool*. 2008;255(8):1121-6.
 - Soter A, Kim J, Jackman A, Tourbier I, Kaul A, Doty RL. Accuracy of self-report in detecting taste dysfunction. *Laryngoscope*. 2008;118(4):611-7.
 - Solemaldal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M. Taste ability in hospitalised older people compared with healthy, age-matched controls. *Gerodontology*. 2014;31(1):42-8.
 - Sergi G, Bano G, Pizzato S, Veronese N, Manzato E. Taste loss in the elderly: Possible implications for dietary habits. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2017;57(17):3684-9.
 - Solemaldal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M, Hummel T. The impact of oral health on taste ability in acutely hospitalized elderly. *PLoS One*. 2012;7(5):e36557.
 - Sodal ATT, Skudutyte-Rysstad R, Diep MT, Koldsland OC, Hove LH. Periodontitis in a 65-year-old population: risk indicators and impact on oral health-related quality of life. *BMC Oral Health*. 2022;22(1):640.
 - Lov om tannhelseetjenesten (tannhelseetjenesteloven), (LOV-1983-06-03-54/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
 - Helse- og omsorgsdepartementet. Tannhelseutvalget. regjeringen.no [Styre/råd/utvalg]. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styret-rad-og-utvalg/tannhelseutvalget/id2924084/>.

ENGLISH SUMMARY

Sødal ATT, Diep MT, Skudutyte-Rysstad R, Singh PB, Young A, Jensen JL, et al.

Oral health status among 65-year-olds in Oslo

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 1052-60.

The OsloMunn65 study aimed to assess the oral health among 65-year-olds in Oslo. A random sample of 460 individuals born in 1954 and residing in Oslo participated in the study (response rate 58%, 52% men). All participants completed a questionnaire and underwent clinical and radiological examinations. The results revealed that the average number of remaining teeth was 25.6 (SD: 2.4), with an average DMFT of 19.4 (SD: 4.7) among the participants. Thirty-seven percent of the participants had ≥ 1 tooth with untreated caries. A prevalence of periodontitis of 53% was found. Forty-five percent of participants had apical periodontitis, and 66% had at

least one root-filled tooth. Xerostomia was reported by 10% of the participants. The prevalence of hyposalivation at rest was 8%, and 4% during chewing stimulation. Reduced olfactory function was found in 34% of the participants and 28% of the participants had reduced taste function.

The high number of remaining teeth and the high prevalence of oral diseases found in the OsloMunn65 study suggest that there will be a significant need for both preventative and operative dental treatment among the elderly in the future. These results could contribute to the planning of dental health services for the aging population.

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

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

Tidende ønsker å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant 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 2025.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:
– artikkelens systematikk og kilde-
håndtering

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren.

SB12

Frisk pust i 12 timer



Det er vitenskapelig bevist at SB12 bekjemper årsaken til dårlig ånde.

Ved å skylle munnen morgen og kveld, unngår man opphopning av gassene som gir vond lukt. Resultatet blir en frisk ånde som varer i opptil 12 timer¹.



Barns autonomi i tannhelsetjenesten: Grensene for informert samtykke og tillit til helsepersonell

Regina Skavhellen Aarvik

HOVEDBUDSKAP

- Grenser for informert samtykke og tillit til helsepersonell kan være vanskelig å identifisere
- Informert samtykke og tillit til helsepersonell er avgjørende for at helsepersonell kan gi helsebehandling
- Større bevissthet og refleksjoner knyttet til grenser for informert samtykke og tillit til helsepersonell kan forbedre behandlingen tannleger gir

FORFATTER

Regina Skavhellen Aarvik, Postdoktor/Tannlege. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland, Bergen

Korresponderende forfatter: Regina Skavhellen Aarvik, e-post: regina.skavhellen.aarvik@vlfk.no

Akseptert for publisering 22.07.2024

Artikkelen er fagfelleurdert

Artikkelen siteres som:
Aarvik RS. Barns autonomi i tannhelsetjenesten: Grensene for informert samtykke og tillit til helsepersonell. Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 1062-9.

Bakgrunn: Denne artikkelen diskuterer grenser for informert samtykke og tillit til helsepersonell gjennom et pasientkasus fra tannhelsetjenesten, med fokus på tannbehandling av barn.

Material og metode: En etisk refleksjonsmodell (SME-modellen) brukes til å analysere et kasus med en syv år gammel gutt som motsetter seg tannbehandling. Analysen følger fem trinn: identifi- sering av det etiske problemet (1), presentasjon av fakta (2), par- ters syn og interesser (3), gjennomgang av relevante verdier, prin- sipp, lover og retningslinjer (4), og utforsking av alternative handlinger (5).

Resultater: Analysen viser at informert samtykke og tillit på- virkes av kommunikasjon og relasjon, kontekst og pasientens tid- ligere erfaringer.

Konklusjon: Grenser for informert samtykke og tillit til helse- personell må vurderes individuelt. En balansert tilnærming til in- formasjon og tillitsbygging er nødvendig for å sikre etisk forsvar- lig helsehjelp og et tillitsfullt samarbeid mellom pasient og helsetjeneste.

Introduksjon

Denne artikkelen diskuterer grenser for informert samtykke til helsehjelp og tillit til helsepersonell. Dette temaet er kompleks og

kan besvares på mange ulike måter, men belyses her ved hjelp av et pasientkasus fra tannhelsetjenesten. I første del presenteres bakgrunnsinformasjon om informert samtykke og tillit. Deretter presenteres pasientkasuset gjennom en etisk refleksjonsmodell. Til sist diskuteres grenser fra pasientkasuset knyttet til informert samtykke til helsehjelp og tillit til helsepersonell.

Bakgrunn

Informert samtykke og tillit til helsepersonell er grunnleggende i klinisk praksis (1). Å tilpasse informasjonen og beslutningsprosessen til pasientens behov kan være utfordrende, og særlig komplekst kan dette bli når pasienten er et barn (2). En studie av Weithorn og Campbell sammenlignet barn i alderen 9, 14, 18, og 21 år med hensyn til deres evne til å gjøre et faktisk valg, trekke rimelige konklusjoner, gi rasjonelle begrunnelser, og forståelse basert på fakta (3). Resultatene viste at mens 9-åringene hadde lavere forståelsesnivå enn voksne, tok de likevel ofte lignende beslutninger. Videre viste det seg at 14-åringene hadde kompetanse på nivå med 18- og 21-åringene og gjorde tilsvarende valg.

Faden og Beauchamp definerer informert samtykke som «en autonom persons autorisasjon av helsepersonells profesjonelle handlinger overfor personen» (4). Dette betyr at en person gir helsepersonell tillatelse til å utføre handlinger som ellers ikke ville vært lovlig, som for eksempel at en tannlege borer i pasientens tenner. Tre krav må oppfylles for å sikre at man handler autonomt: pasienten må ha tilstrekkelig forståelse av tilstanden og behandlingen, ha kompetanse til å samtykke, og samtykket må gis frivillig (5). I Norge er informert samtykke regulert i loven, som understreker pasientens rett til medvirkning og informasjon (6). Voksne og ungdom over 16 år må samtykke til helsehjelp, og barn over 12 år har også visse rettigheter. Pasient- og brukerrettighetsloven fastsetter videre at når barnet er fylt 7 år, og når et yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal barnet få informasjon og anledning til å si sin mening før man avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp (6). Det skal legges vekt på hva

barnet mener i samsvar med barnets alder og modenhet. Er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener (6). Derfor er det verdifullt for helsepersonell å anvende Gawandes 5 spørsmål (se Faktaboks), som er utformet for å forbedre forståelsen av pasienters perspektiver og preferanser (7). Disse spørsmålene er spesielt effektive i å inkludere barn i beslutningsprosesser om deres egen helsebehandling, da de bidrar til å avdekke barns forståelse av sykdom, frykt for behandling, behandlingsmål, preferanser og hva de oppfatter som et vellykket behandlingsresultat (7).

Tillit til helsepersonell er essensielt når helsehjelp skal mottas. Grimen beskriver tillit som en sårbarhet overfor andres makt (8). Tillit innebærer at man aksepterer en usikkerhet knyttet til potensiell skade i bytte mot fordelene av samarbeid (8). Grimen argumenterer for at tillit kan være frivillig eller tvunget på grunn av mangel på alternativer, men at tillit er nødvendig for å kunne stole på andre og bygge relasjoner. Når pasienter bruker helsetjenester, er de avhengige av helsepersonell for å få hjelp, noe som skaper en asymmetrisk relasjon til fordel for helsepersonell. Dette skaper en maktubalanse som fagpersoner bør være bevisste på i tillitsrelasjoner (9). Tillit er avgjørende for å kunne gi helsehjelp effektivt og for at pasienter skal føle seg trygge og ivaretatt. For å sikre barns autonomi og tillit, anbefaler Olszewski og Goldkind at helsepersonell kontinuerlig evaluerer situasjonen, forbedrer behandlingsmiljøet, tilpasser

FAKTABOKS

Gawandes 5 spørsmål

- Hva forstår du om sykdommen din?
- Hva er du redd for med tanke på behandlingen?
- Hvilke mål har du, og hva er mest viktig for deg?
- Hva kan du tenke deg å prøve av de ulike behandlingsalternativene, eventuelt ikke prøve?
- Hvordan ser et godt behandlingsutfall ut for deg?

Fra boken *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End* av Atul Gawandes 2014



Innholdet i en etisk refleksjonsmodell (SME-modellen).

Tabell 1. Et pasientkasus fra tannhelsetjenesten presentert gjennom en etisk refleksjonsmodell (SME-modellen).

2. Fakta i saken	3. Berørte parters syn og interesser	4a. Verdier og prinsipper	4.b Lover og retningslinjer	5. Handlings-alternativer
<p>«Anders» 7år:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dypt hull i en jeksel i det permanente tannsettet • Oppdages ved undersøkelse hos ny tannlege • Tidvis ising • «Anders» vil ikke ha tannbehandling, gråter • Ingen tidligere tannbehandling (eller annen helsebehandling) • Foreldre nylig skilt <p>Øvrige forhold:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tannklinikken ligger 6 måneder bak tidsplan 	<p>Pasient</p> <p>Foreldre (mor)</p> <p>Tannlege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De fire medisinsk-etiske prinsipper: <ul style="list-style-type: none"> • Velgjørenhet • Ikke-skade • Rettferdighet • Autonomi • Pasientens livskvalitet • Pasientens tillit til helsepersonell 	<ul style="list-style-type: none"> • Faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp • Pasient og brukerrettighetsloven §§ 3-2, 3-4, 3-5, 4-3 og 4-4 • Helsepersonelloven § 4 • Norges grunnlov § 104 • FNs barnekonvensjon artikkel 3, 12 og 24 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La være å behandle 2. Behandle samme dag, der man bruker tvang om nødvendig 3. Smertelindring og samtidig systematisk tilvenning med mål om å utføre tannbehandling uten sedasjon 4. Henvise for tannbehandling i narkose, tilvenning i ventetiden 5. Tilvenning, deretter tannbehandling med sedasjon på lokal klinikk

informasjon til barnets forståelsesnivå, og involverer familien i hele prosessen (10). Dette rammeverket bidrar til å sikre at barnets behov og preferanser blir ivaretatt gjennom hele behandlingsforløpet.

Denne artikkelen utforsker forholdet mellom informert samtykke og tillit gjennom et pasientkasus, og belyser hvordan disse prinsippene kan påvirke hverandre i klinisk praksis.

Pasientkasus – SME-modellen

SME-modellen er en refleksjonsmodell som er et utbredt hjelpemiddel for å belyse etisk utfordrende situasjoner i klinisk praksis fordi den sikrer fremdrift under en refleksjonsprosess (11). Modellen er utviklet ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, se Illustrasjon 1. Det oppfordres til å benytte denne til etisk refleksjon innen tannhelse (12). For å sortere de ulike perspektivene og å få frem kompleksiteten i verdiene tillit og informert samtykke, presenteres pasientkasuset gjennom SME-modellen (Tabell 1).

1. Det etiske problemet:

Bør barnet få helsehjelp under tvang?

Pasientkasuset er forenklet og redigert for å ivareta anonymiteten til pasienten. Utdraget fra journalteksten inkluderer hovedinnholdet, samtidig som alle identifiserende detaljer er utelatt. Pasienten har gitt sitt samtykke til å bli presentert.

7 år

Us, 2BW, instr solbøberste ocl molarer. Tannsteinsrens underkj. front. Dur.apl. Karies 460.

Pas vil ikke ligge i stolen, synes det er for lyst, fått solbriller og lue og skjerf foran øynene, synes fortsatt det er for lyst. Brukt 20 min før jeg fikk penslet topicale, etter 10 min fikk jeg ta sprøyten inn i munnen uten å stikke, pas ville ikke mer, gråter. Pas er ikke moden for behandling, anbef dornicum. Gått over til tilvenning, vist bor, sig og GI

Sendt til brev pasienten. Tannbehandling med angstdempende midler

Pas kommer frisk og fastende sammen med sin mor, veler 33kg. Gitt 6,25 ml Midazolam mixtur 2mg/ml. Grei virkning. Stor gutt. Bruker bitekloss, mor og sekretær holder når jeg setter bedøvelse. Resten av behandlingen går greit uten bitekloss. Gråter en del underveis.

Ferdig behandlet

Utdrag fra tannhelsejournalen til pasienten, 7 år gammel.

Ifølge journalen har pasienten kommet til jevnlig kontroll på klinikken og det ser ut til å ha gått greit. Når «Anders» var 7 år gammel oppdaget tannlegen på en ordinær undersøkelse at han hadde et dypt hull i en tann. Det ble gjort forsøk på å behandle tannen samme dag. Se Illustrasjon 2 for et utdrag fra tannhelsejournalen til «Anders», 7 år.

3. Hvem er de berørte partene i denne saken?

De berørte partene i denne saken inkluderer «Anders», som er pasienten, foreldrene, med særlig vekt på moren, tannlegen og tannhelsetjenesten. Disse partene har alle en interesse og påvirkning i saken, enten gjennom direkte involvering eller gjennom forholdet til pasienten.

4. Hvilke verdier, etiske prinsipper, normer og lover er aktuelle?

Når det gjelder verdier, prinsipper, lover og retningslinjer, er de fire medisinsk-etiske prinsippene relevante:

1. *Velgjørhetsprinsippet*: Tannlegen kan ha tenkt at gutten ikke er moden nok til å forstå at hullet må behandles, men at det er for hans beste å gjøre det likevel. Hun støtter seg på velgjørhetsprinsippet og er opptatt av å gjøre godt ved å behandle sykdom.
2. *Ikke-skade-prinsippet*: Dette prinsippet handler om at helsepersonell ikke skal påføre pasienten unødig skade. Å ikke skade er en negativ plikt for helsepersonell, altså en plikt til å unnlate å gjøre noe som kan forårsake skade. I denne situasjonen virker det ikke som om tannlegen mener det er aktuelt å ikke gjøre noe, da hun er klar over konsekvensene av å ikke gi nødvendig helsehjelp. På den annen side velger hun i dette tilfellet å avbryte behandlingen og innkalle pasienten til ny time for behandling med premedisinering, kanskje for å hindre at han skal bli redd.
3. *Rettferdighetsprinsippet*: Dette prinsippet handler om at helsehjelpen skal fordeles rettferdig. Tannlegen ønsker nok å gjøre mest mulig på den tiden hun har, siden mange andre venter i køen. Derfor kan hun ha startet behandlingen før «Anders» var klar for det.
4. *Autonomiprinsippet*: Autonomiprinsippet handler om å respektere en persons rett til selvbestemmelse. For barn som «Anders» på 7 år, er denne retten situasjonsbetinget og avhengig av modenhet. I dette tilfellet vurderer tannlegen at «Anders» ikke er moden nok til å bestemme selv. I «Anders» sin situasjon, der han får tannbehandling mot sin vilje, skulle autonomiprinsippet innebære en grundigere vurdering av hans modenhet og evne til å forstå behandlingen. Bruk av Gawandes spørsmål (7) og et rammeverk, som Olszewski og

Goldkinds (10), som fremmer kontinuerlig evaluering og tilpasning, kunne ha hjulpet helsepersonellet med å bedre ivareta «Anders» sine behov og preferanser, og dermed styrket både hans autonomi og tillit til helsevesenet.

Pasientens livskvalitet må også vurderes. Langvarige tannsmarter kan forringe pasientens livskvalitet. Samtidig er *pasientens tillit til helsepersonell* viktig for at «Anders» skal ha et godt forhold til helse-tjenester i fremtiden. Dette prinsippet er også understreket som et av formålene med helsepersonelloven. Tillit til helsepersonell er avgjørende, særlig når barn er involvert. *Helsepersonelloven § 4* fastslår at helsepersonell har rett og plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med gjeldende krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Videre gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 og 4-4* om samtykkekompetanse og samtykke på vegne av barn. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal barn fra 7 år informeres og få si sin mening før det avgjøres om de skal motta helsehjelp, og barnets mening skal vektlegges i samsvar med deres alder og modenhet. Med forbehold om at journalinformasjonen ikke gir hele bildet, kan situasjonen til «Anders» potensielt innebære et lovbrudd. For å inkludere barn som «Anders» i beslutningsprosessen kunne tannlegen ha brukt Gawandes 5 spørsmål. Dette ville gitt en bedre forståelse av hans perspektiv og bidratt til en mer barnesentrert tilnærming.

Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger og avgjørelser som berører barn, jf. Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon artikkel 3.

Barnekonvensjonen artikkel 12 gir barn rett til å si sin mening og bli hørt, og artikkel 24 gir rett til best mulig helse. Alle disse verdiene, prinsippene, lovene og retningslinjene må vurderes i denne situasjonen.

5. Hvilke relevante handlingsalternativer finnes?

For denne kliniske problemstillingen presenteres her forenklede utgaver av de vanligste handlingsalternativene, basert på diskusjoner i en gruppe med tannleger og barnetannleger:

1. Lytte til pasienten og ikke gi behandling:
 - Ikke realistisk da «Anders» er 7 år og hans avgjørelse ikke kan anses som informert. Selv om «Anders» har rett til å bli hørt, må hans mening vurderes ut fra alder og modenhet.
2. Gjennomføre tannbehandling med tvang:
 - Behandle «Anders» mot hans vilje, eventuelt holde ham fast ved behov.

- Mor kunne ha samtykket, men behandlingen var ikke akutt.
 - Risiko for å skade «Anders» sin tillit til tannlegen og tannhelsetjenesten.
3. Gi smertelindring og systematisk tilvenning:
 - Tilrettelegge for en tillitsfull relasjon mellom «Anders» og tannlegen.
 - Fokus på at «Anders» aksepterer og deltar i behandlingen.
 4. Henvise til tannbehandling i narkose:
 - Kostbart og ofte lang ventetid.
 - Retningslinjer krever som regel at tilvenning og behandling med sedasjon må prøves først.
 5. Gjennomføre behandling med sedasjon på lokal klinikk:
 - Forberede «Anders» i forkant og etablere en tillitsfull relasjon.
 - Behandlingen kan gjennomføres mot «Anders» sin vilje, men relasjonen bør repareres etterpå.
 - Alternativt kan behandlingen avbrytes ved motstand og tas opp igjen senere.

I «Anders» sitt tilfelle kom han tilbake med mor to uker senere for tannbehandling med sedasjon (Midazolam) på tannklinikken. Illustrasjon 3 viser journalutdrag ett år senere.

Når han er 8 år har han på nytt behandlingsbehov, som etter tilvenning ender med tannbehandling i sedasjon hvor han holdes fast både ved anestesi og konserverende behandling (Illustrasjon 3). Når han er 9 år fremkommer det av journalen at pasienten er tydelig engstelig og han henvises til slutt til pedodontist (Illustrasjon 4).

Dette kasuset illustrerer situasjoner som involverer samtykke til helsehjelp og tillit til helsepersonell. «Anders» sine utfordringer med tannbehandling kan ha flere årsaker, men her presenteres det han selv har fortalt, i voksen alder:

«Anders» sliter med dårlig tannhelse, unngår sosiale situasjoner, og er utenfor arbeidslivet. Han mener at mangelen på tillit til helsevesenet startet med negative opplevelser hos tannlegen. Under koronapandemien fikk han positiv støtte fra en sykepleier ved vaksinerings, noe som økte hans tillit til helsevesenet. Som følge av det har han søkt hjelp fra et spesialtilpasset tannhelsetilbud (TOO) og mottar nå tannbehandling etter å fått kognitiv atferdsterapi. Dette har ført til økt tillit

8 år

US: Pas er engstelig. Får ikke tatt rtg, vil ikke ligge bakover i stolen. Får ikke bruke treveissprøyte eller sonde. Får til slutt sett med bare spill når pas sitter på mors fang. Ser ut til å være karies 46 okkl, men får ikke sondere. Setter opp time for konsbeh. i dornicum. 2 x15 min tilvenning for å ligge i stol før det.
Pas kommer sammen med sin far. Vist stol uten pas oppi. Pas sitter alene i stolen. Kjørt stol til liggestilling og opp igjen flere ganger, går helt fint! Ser på treveissprøyte og sug. --- sier at neste gang skal vi se på pirken.
Tilvenning: Pas kommer sammen med sin mor. Øvd på å ligge i stolen bakover, kjøre opp for å skylle og tilbake igjen. Vist sug og treveissprøyte. Prøvd krollisug i munn. Øvd på å sondere ulike tenner. 46O, heng.
Pas kommer frisk og fastende sammen med sin mor. Gitt 6,25ml Midazolam mixtur 2mg/ml pr os. Brukt 25 min på å få pas til å drikke medisinen
Må bruke bitekloss og holde pas for å få satt anestesen.
Glassionomerfylling. 1 flate, excav dyp karies. Vanskelige arb.forhold. Bruker bitekloss. Mor og sekretær holder.
Ferdig behandlet

Utdrag fra tannhelsejournalen til pasienten, 8 år gammel.

9 år

Tilvenning. Trenger trinnvis info og vite hva som skal skje. Sett m/speil. Tilvenning til BW. Avtalt ny time.
Trenger tid før han setter seg i beh.stol. Fikk holde spill mens jeg sonderte fronttenner. Renset tannsten buc ukj front. Avt time for rens ling uk.front og rtg 13/23. Gradvis tilnærming molarer.
Var ikke klar for rtg i dag. Forklart og vist på mor hvordan rtg gjennomføres. Tannstensrens ukj front linguallt. Liker å se i speil Avtalt ny time for rtg. Ønsker henvisning SFO.
Har mange katastrofetanker rundt tannbehandling og å ta røntgen ble for overveldende i dag. Vist og forklart hvordan det foregår å ta røntgen.
Sendt henvisning til pedodontist
Ferdig behandlet

Utdrag fra tannhelsejournalen til pasienten, 9 år gammel.

til helsevesenet, og han har også begynt å gå til psykolog. I tillegg er han i prosess med NAV for å komme ut i arbeid, med en drøm om å hjelpe vanskeligstilte ungdommer. Denne pasienthistorien viser ytterpunkter og mange faktorer har påvirket «Anders» sin situasjon. Retrospektivt kan det antydes at balansen mellom informert samtykke og tillit til tannleger har vært utfordrende i hans behandlingssituasjoner.

Diskusjon

Denne artikkelen diskuterer grensene for informert samtykke og tillit til helsepersonell med utgangspunkt i et pasientkasus. Tillit kan påvirke informert samtykke og omvendt, og flere faktorer spiller inn. Fokuserområdene i denne diskusjonen er kontekst, kommunikasjon og relasjon, informasjon, krysspress og potensielle traumatiske livserfaringer.

Når man diskuterer informert samtykke og tillit, er kontekstens betydning uunngåelig. Konteksten påvirker alle aspekter av informert samtykke og tillit til helsepersonell, fra kultur og samfunn til respekt for autoriteter og selve behandlingssituasjonen. «Anders» mener at hans lave tillit til helsevesenet skyldtes negative opplevelser på tannklinikken.

Som voksen er han i en annen kontekst, med positive erfaringer fra helsevesenet. Nå kan han selv samtykke til behandling og er villig til å stole på at helsepersonellet handler med gode intensjoner (9).

En viktig del av diskusjonen om barns autonomi er om barnet ble godt nok informert om sin sykdom (karies) og de ulike behandlingsoalternativene. I «Anders» sitt tilfelle er det uklart om informasjonen som ble gitt var tilpasset hans alder, utviklingsnivå og bakgrunn. For at et barn skal kunne gi informert samtykke, må de ikke bare motta informasjon, men også forstå den godt nok til å kunne gjengi den med egne ord og skjønne hva valgene innebærer. Helsepersonell har ansvar for å sikre at informasjonen er forstått, og dette kunne trolig ha blitt bedre ivarett i «Anders» sitt tilfelle. Olszewski og Goldkinds rammeverk gir en strukturert tilnærming for helsepersonell som arbeider med barn (10). Rammeverket vektlegger kontinuerlig vurdering og tilpasning av den kliniske situasjonen for å fremme barnets velvære og deltakelse i beslutningsprosessen. Kommunikasjon og relasjon er essensielt for å gi god informasjon og for at pasienten skal ha tillit til helsepersonellet (1). Ifølge Kao og kollegaer utvikles tillit i langvarige forhold (13), og det faktum at tannlegen var ny for «Anders», kan ha påvirket situasjonen. Gilligan og kollegaer fant at opplevelsen av ekte interesse og medfølelse er viktig for at pasienter skal gi sin tillit (14).

Informasjonsbehovet varierer fra person til person og fra situasjon til situasjon. For voksne har Benbassat og kollegaer vist at de fleste ønsker informasjon om sin sykdom, men at det er stor varia-

sjon i ønsket om å delta i medisinske beslutninger (15). Høy tillit til behandleren kan redusere behovet for informasjon, mens lavere tillit øker behovet.

Pedersen og kollegaer understreker at det å overlate beslutningen til helsepersonell kan være legitimt og riktig for mange, så lenge de har tillit til helsepersonellet (5). Strull og kollegaer fant likevel at leger ofte undervurderer pasientenes ønske om å delta i

beslutningsprosessen (16). Derfor bør helsepersonell nøye kartlegge pasientens behov for informasjon og kommunikasjon for å bygge en tillitsfull relasjon. Samtidig kan for mye informasjon virke overveldende og skremmende for pasienten (16).

I «Anders» tilfelle ble tannbehandlingen gjennomført med tvang til tross for fravær av akutte smerter, noe som strider mot de nye (2022) retningslinjene i Tannbarn kapittel 7 som anbefaler skånsom tilnærming og gradvis tilvenning (17). Tvang skal kun benyttes etter at tilvenning, bytte av behandler og/eller sedasjon er forsøkt (17), og barnet skal informeres og få uttrykke sin mening (6). Tannlegen må vurdere om tvang er berettiget og dokumentere vurderingen grundig. I «Anders» situasjon ser det ut til at dagens retningslinjer og lovverk ikke ble fulgt. Bray og kollegaer fant at det er vanskeligere å samarbeide med barn som tidligere har mottatt helsehjelp mot sin vilje (18), og Svendsen og kollegaer fant at tvang i helsebehandling kan skade barns tillit til voksne (19). Tvang kan føre til generell angst, sykehusangst og redusert evne til å danne tillitsfulle relasjoner, med alvorlige konsekvenser som dissosiative lidelser (20). I voksen alder rapporterer «Anders» selv om alvorlige konsekvenser etter å ha opplevd tannbehandling med tvang.

Forskning viser at kognitiv adferdsterapi, alene eller kombinert med premedisinering, kan redusere tannbehandlingsangst (21). De sentrale behandlingselementene er relasjonsbygging, eksponering, fokus på kontroll, detaljert informasjon og gradvis progresjon. Dette er imidlertid tid- og ressurskrevende for tannhelsetjenesten, og forebygging av tannbehandlingsangst er derfor det beste både på individ- og systemnivå.

Agbayani og kollegaer fant at barn som får tilpasset informasjon opplever mindre redsel og smerter ved medisinske behandlinger, noe som øker tilliten til behandleren (22). Barn er spesielt sårbare for diskrepans mellom non-verbal og verbal kommunikasjon, noe som kan oppstå når helsepersonell balanserer informasjon til barnet og foresatte (23). Sørensen og kollegaer viste at anerkjennende kommunikasjon kan bidra til å bevare tilliten når barnet ikke vil samtykke til behandling (24). Samtidig må helsepersonell være bevisste på at barn kan føle seg mislykket etter medisinsk behandling og trenger bekreftelse på at de har mestret situasjonen (24). Det anbefales å snakke med pasienten og foreldre etter behandling for å

avdekke reaksjoner som bør følges opp videre, noe som burde vært gjort i «Anders» sitt tilfelle.

Krysspress er et annet element som kan påvirke tillit og informert samtykke. En tillitsgiver er sårbar overfor mottakerens vonde vilje, men også overfor en person med gode intensjoner og blandede motiver (9). Mellompersonen, som tannlegen, må ta hensyn til flere parter, noe som kan sette personen i et krysspress. Tannlegen kan ha ønsket å handle i «Anders» sin beste interesse, men hadde også vissheten om ressursmangel og lange ventelister hos tannhelsetjenesten. Rønneberg og kollegaer fant at tannbehandling av mindre barn er spesielt stressende for tannleger (25) og Chipcase og kollegaer fant at høyt stressnivå kan påvirke tannlegens evne til å ta gode beslutninger (26). Krysspress kan indirekte oppfattes av pasienten og rokke ved tilliten til behandleren (9). I slike tilfeller understreker Olszewski og Goldkind betydningen av å involvere andre disipliner ved behov for å gi helhetlig og koordinert omsorg, samt å stadig vurdere barnets evne til å delta i beslutningsprosessen (10).

Pasientens øvrige traumatiske opplevelser kan også påvirke tillit og informert samtykke. Det er ukjent hvorvidt dette gjelder pasientkasuset i denne artikkelen, men det er kjent at pasienter med overgrepserfaring kan ha store problemer med å gi tillit til behandlerne (27). Steine og kollegaer har funnet at det i Norge tar i snitt 17,2 år fra en person opplever overgrep til den forteller om det (28). I en tannhelsesetting kan personer utsatt for seksuelle overgrep ha vanskeligheter med å motta tannbehandling fordi situasjonen kan ha likhetstrekk med overgrepet. Grensen for informert samtykke og tillit til helsepersonell blir ekstra viktig i slike tilfeller.

Helsevesenet er avhengig av tillit, og tillit gjør det mulig for helsepersonell å ta medisinske beslutninger, helst i samråd med pasienten. Pedersen og kollegaer diskuterer hvordan det kan være legitimt å forsøke å overbevise en pasient om at en gitt handling er det beste alternativet basert på profesjonskunnskap, men at det er illegitimt å overtale eller manipulere pasienten ved å gi strategisk informasjon, misbruke sin autoritet eller gi pasientens behov util-

strekkelig plass i samtalen (5). Ved å følge prinsippene i Olszewski og Goldkinds rammeverk kan helsepersonell bedre støtte barns autonomi og velvære, samtidig som de styrker tilliten mellom barnet, familien og helsepersonellet (10). Dette rammeverket fremmer en helhetlig og barnesentrert tilnærming til medisinsk behandling.

Konklusjon

I dagens tannhelsetjeneste ville «Anders» ha fått helsehjelp uansett, men den etiske utfordringen ligger i hvordan hjelpen blir gitt. Grensene for informert samtykke og tillit til helsepersonell må vurderes individuelt, spesielt når det gjelder barn der disse grensene kan være vanskelige å identifisere. Informert samtykke og tillit er avgjørende for medisinske beslutninger og samarbeid med pasienten. «Anders» autonomi kunne vært bedre ivaretatt ved å gi tilpasset informasjon om sykdom og behandlingsalternativer, og sikre forståelse ved å la ham gjengi informasjonen med egne ord. Ved å bygge en tillitsfull relasjon og gi «Anders» mer tid til å bli kjent med behandlingssituasjonen, kunne tannlegen redusert behovet for tvang og risikoen for angst. Etsiske overveielser i tannhelsetjenesten handler om å fremme pasientens selvstendighet og trygghet, spesielt for barn som er mer sårbare og trenger ekstra omsorg for å føle seg trygge.

Takk

Takk til bedømmelseskomiteen for min PhD-grad, Helge Skirbekk, My Blomqvist og Jesper Lundgren, for å ha gitt meg dette temaet til prøveforelesningen før forsvaret av min doktorgrad.

Interessekonflikt

Forfatteren av denne artikkelen er styremedlem i Norsk forening for odontofobi. Dette kan potensielt utgjøre en interessekonflikt, da temaet for artikkelen er relevant for foreningens arbeid. Forfatteren har forsøkt å opprettholde en objektiv og upartisk tilnærming i analysen og konklusjonene som presenteres i artikkelen.

REFERANSER

1. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2019.
2. Vaknin O, Zisk-Rony R. Including children in medical decisions and treatments: Perceptions and practices of healthcare providers. *Child Care Health Dev.* 2011;37(4):533-9. doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01153.x
3. Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child dev.* 1589-1598. 1982.
4. Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. Oxford: Oxford University Press; 1986.
5. Pedersen R, Hofmann B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2007.
6. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999.
7. Gawande A. Being mortal: medicine and what matters in the end. New York: Metropolitan Books; 2014.
8. Grimen H. Hva er tillit. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
9. Grimen H. Tillit og makt—tre sammenhengar. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2001.
10. Olszewski AE, Goldkind SF. The Default Position: Optimizing Pediatric Participation in Medical Decision Making. *Am J Bioeth.* 18(3), 4–9. 2018. <https://doi.org/10.1080/15265161.2017.1418921>
11. Magelssen M, Førde R, Lillemoen L, Pedersen R. Etikk i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.
12. Hofmann B, Moezzi M. Bruk av etisk refleksjonsmodell i klinisk praksis. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2023;133:972-8. doi: 10.56373/2023-12-3
13. Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA.* 1998;280(19):1708-14. doi: 10.1001/jama.280.19.1708
14. Gilligan T, Raffin TA. Physician virtues and communicating with patients. *New Horizons (Baltimore, Md).* 1997;5(1):6-14.
15. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med.* 1998;24(2):81-8.
16. Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA.* 1984;252(21):2990-4.
17. Helsedirektoratet. Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år: Nasjonal faglig retningslinje. Kapittel 7. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>
18. Bray L, Snodin J, Carter B. Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: an ethical consideration of the evidence. *Nurs Inq.* 2015;22(2):157-67. doi: 10.1111/nin.12074
19. Svendsen EJ, Moen A, Pedersen R, Bjørk IT. Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study. *BMC Pediatr.* 2015;15:190. doi: 10.1186/s12887-015-0508-3
20. Svendsen EJ. Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. *Sykepleien.* 2018;106(71912):e-71912. doi: 10.4220/Sykepleiens.2018.71912
21. 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. doi:10.56373/2022-8-4
22. Agbayani C-J, Fortier M, Kain Z. Non-pharmacological methods of reducing perioperative anxiety in children. *BJA Educ.* 2020;20(12):424. doi:10.1016/j.bjae.2020.08.003
23. Boggs KU. Communicating with children. In: *Interpersonal Relationships E-Book: Professional Communication Skills for Nurses.* 2019:346.
24. Sørensen K, Skirbekk H, Kvarstein G, Wøien H. Children's fear of needle injections: a qualitative study of training sessions for children with rheumatic diseases before home administration. *Pediatr Rheumatol.* 2020;18:1-12. doi: 10.1186/s12969-020-0406-6
25. Rønneberg A, Skaare AB, Hofmann B, Espelid I. Variation in caries treatment proposals among dentists in Norway: the best interest of the child. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2017;18(5):345-53. doi: 10.1007/s40368-017-0298-4
26. Chipchase SY, Chapman HR, Bretherton R. A study to explore if dentists' anxiety affects their clinical decision-making. *Br Dent J.* 2017;222(4):277. doi: 10.1038/sj.bdj.2017.173
27. Stalker CA, Russell BDC, Teram E, Schachter CL. Providing dental care to survivors of childhood sexual abuse: treatment considerations for the practitioner. *J Am Dent Assoc.* 2005;136(9):1277-81. doi: 10.14219/jada.archive.2005.0344
28. Steine IM, Winje D, Nordhus IH, Milde AM, Bjorvatn B, Grønli J, et al. Langvarig taushet om seksuelle overgrep. *Tidsskr Nor Psykologforen.* 2016;53(11):888-99.

ENGLISH SUMMARY

Aarvik RS.

Children's autonomy in dental care: The limits of informed consent and trust in healthcare professionals

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 1062-9.

Background: This article discusses the boundaries of informed consent and trust in healthcare professionals through a case study from dental care, focusing on treatment of children.

Materials and methods: An ethical reflection model (SME model) is used to analyze a case involving a seven-year-old boy who opposes dental treatment. The analysis follows five steps: identifying the ethical problem (1), presenting the facts (2), considering the perspectives and interests of the parties involved (3), examining the relevant values, principles, laws, and guidelines (4), and exploring alternative actions (5).

Results: The analysis demonstrates that informed consent and trust are influenced by communication and relationships, context, and the patient's previous experiences.

Conclusion: Informed consent and trust need to be assessed individually. A balanced approach to information and trust-building is essential to ensure ethically sound healthcare and a trusting collaboration between patient and healthcare provider.

tidende

Frister og utgivelsesplan 2024

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
12	7. november	12. november	12. desember

Frister og utgivelsesplan 2025

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	3. desember '24	9. desember '24	16. januar
2	10. januar	14. januar	13. februar
3	7. februar	11. februar	13. mars
4	7. mars	11. mars	10. april
5	1. april	4. april	15. mai
6-7	5. mai	12. mai	12. juni
8	5. juni	10. juni	14. august
9	15. august	19. august	18. september
10	12. september	16. september	16. oktober
11	10. oktober	14. oktober	13. november
12	7. november	11. november	11. desember

40% av nordmenn lider av dentale erosjoner*¹



0%
titandioksid

NYHET

FOR BARN
0-12 ÅR



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

HALBON | healthpartner

HOVEDBUDSKAP

- Tannleger kan trenge et systematisk rammeverk for å analysere etiske dilemmaer.
- Navigasjonshjulet utformet av Kvalnes og Øverenget kan være et nyttig verktøy for å gjennomføre analyse av etiske dilemmaer for tannleger.
- Verktøyet kan brukes både i forkant av en beslutning, midt i prosessen og i en debrief i etterkant.
- Et etisk dilemma for norske tannleger i dag er om de bør sette i gang omfattende behandling av store tannhelseskader når det er usikkert om Helfo kommer til støtte denne behandlingen.

FORFATTERE

Øyvind Kvalnes, professor i organisasjonsadferd. Handelshøyskolen BI, Oslo

Korresponderende forfatter: oyvind.kvalnes@bi.no

Akseptert for publisering 17.09.2024

Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som:
Kvalnes Ø. Etikk og risiko for tannleger. Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 1072-8.

Etikk og risiko for tannleger

Øyvind Kvalnes

Denne artikkelen tar for seg hvordan tannleger kan jobbe systematisk med etiske dilemmaer. Den inneholder (1) en beskrivelse av en metode for å foreta en etisk analyse av en dilemmasituasjon og (2) anvender denne metoden på et konkret etisk dilemma som norske tannleger kan stå i. Sentralt i metoden er Navigasjonshjulet, en figur som angir spørsmål som kan stilles til de ulike handlingsalternativene. De seks overskriftene for disse spørsmålene er jus, identitet, moral, omdømme, økonomi og etikk. Dilemmaet som deretter drøftes handler om et valg mellom å yte kostbar behandling til en pasient, under en antakelse om at Helfo kommer til å dekke størstedelen av utgiften til denne behandlingen. Denne antakelsen kan senere komme til å bli tilsidesatt, slik at tannlegen blir sittende med et stort økonomisk tap. Alternativene med å starte opp behandling under denne usikkerheten eller ikke, analyseres ved hjelp av Navigasjonshjulet, for å illustrere hvordan tannleger kan gå frem for å analysere et etisk dilemma i jobbhverdagen sin.

Tannleger kan jevnlig stå i etiske dilemmaer, det vil si situasjoner hvor de må prioritere mellom ulike etiske hensyn, og dermed må velge bort noe som har etisk verdi. I et etisk dilemma vil det være slik at uansett hva beslutningstakeren velger å gjøre, vil noe av etisk verdi bli bortprioritert og gå tapt. I slike situasjoner finnes det ingen harmonisk løsning hvor alle aktuelle etiske hensyn kan ivaretas. Gjennom undervisning på lederutdanningen for tannleger i regi av Handelshøyskolen BI, har jeg fått nærkontakt med noen de etiske dilemmaene tannlegene kan stå i. Det har gitt nyttig stoff og inspirasjon til denne artikkelen.

Den todelte målsetningen med artikkelen er (1) å presentere et verktøy for etisk navigasjon for tannleger, samt (2) å gå tettere inn på ett bestemt etisk dilemma som flere tannleger strever med i hverdagen. Først lanseres et verktøy for å navigere i etisk utfordrende

situasjoner. Det kalles Navigasjonshjulet, og har allerede vært i om-løp i organisasjoner i rundt tjue år (1-3). Tanken her er å illustrere hvordan det kan være til nytte for tannleger som står i etiske dilem-maer. Dette skjer gjennom en analyse av et krevende dilemma som tannleger i Norge plages av. Det handler om å ta økonomisk risiko i et tvilstilfelle. Tannlegen vurderer at pasientens tannhelse er i en tilstand som utløser rett til en omfattende behandling som dekkes av Helfo. Dette kan være en pasient som ikke har økonomi til å dekke denne kostbare behandlingen selv. Tannlegen oppfatter at vilkårene for støtte trolig er på plass, men at dette er et grensetilfelle. Regelverket er komplisert, og kan tolkes i ulike retninger. Det skaper en frykt for at egne vurderinger kan bli underkjent senere, slik at det kommer krav om tilbakebetaling av hele støttebeløpet. Hvor-dan bør tannlegen opptre i en slik situasjon? Det står mellom å gi pasienten den behandlingen vedkommende trenger, og ta sjansen på at Helfo dekker den og ikke kommer med krav og tilbakebeta-ling, eller å la være å ta denne betydelige økonomiske risikoen, og enten gi pasienten mer begrenset eller ingen behandling. Naviga-sjonshjulet kan brukes til å belyse og analysere denne valgsituasjo-nen.

Det finnes flere metoder for etisk refleksjon tilgjengelig. En som har vært mye brukt i helsesektoren, kalles SME-modellen (4). Den har fått oppmerksomhet i dette tidsskriftet tidligere (5, 6). Modellen stiller opp en prosess bestående av seks trinn:

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

Metoden som fremstilles i denne artikkelen kan fungere som et al-ternativ til SME-modellen, uten at de dermed er rivaler. Rekkeføl-gen og vektingen er forskjellig, men det er fullt mulig å reflektere over en etisk utfordrende situasjon med støtte i begge modellene. En analyse basert på Navigasjonshjulet starter opp med å identifise-re aktuelle handlingsalternativer (punkt 5. i SME-modellen) for deretter å ta hver av dem gjennom en vurdering ut fra de seks mo-mentene i hjulet. Da kommer de ulike beslutningshensynene (punkt 4. i SME-modellen) inn i analysen. Helhetsvurderingen (punkt 6. i SME-modellen) er det vi sikter mot gjennom å ta hand-lingsalternativene gjennom en runde i Navigasjonshjulet. Alle mo-mentene som nevnes i SME-modellen er relevante i en slik reflek-sjonsrunde.

Moral og etikk

Den som står i et dilemma, trenger ressurser for å komme frem til en akseptabel beslutning. En tannlege kan ikke bare følge sin første innskytelse om hvordan dilemmaet bør håndteres. Før endelig be-slutning gjelder det å kartlegge hva saken handler om, og prioritere mellom ulike beslutningshensyn. I dette arbeidet mobiliseres gjerne både beslutningstakerens moral og etikk. Disse ordene brukes ofte om hverandre, som om de betyr mer eller mindre det samme, men det er etter hvert blitt vanlig å adskille dem.

Moral forstås gjerne som personlige og felles oppfatninger om hva som er rett og galt. Vi lærer moral gjennom oppvekst og levd liv. Gradvis fester det seg noen standarder for hvordan mennesker bør oppføre seg mot hverandre. I beslutninger gir moralen gjerne utslag i en intuisjon eller magesfølelse for hva som er rett. Den moralske intuisjonen melder seg, for eksempel om at det er galt å trekke ten-ner på unge flykninger, når det finnes andre behandlingsformer tilgjengelig, eller at dette er en grei løsning, siden det ikke foreligger økonomisk støtte fra NAV til noe mer.

Etikk kan forstås som systematisk refleksjon over hva som er rett og galt. Etikken er et fag med et eget sett av begreper og prinsipper for å vurdere handlingsalternativer. Den hjelper oss til å sortere de ulike hensynene i saken, og til å begrunne egne valg. Vi kan også betrakte etikken som språket vi trenger for å snakke sammen om rett og galt. Hvis vi bare hadde moral, ville vi vært i stand til å føle oss frem til hva som kjennes rett, men ikke til å føre en samtale med folk med andre moralske intuisjoner enn oss selv. Tannlegen ville manglet språk til å forklare hvorfor det er greit/ugreit å tilby flykt-ninger eller andre pasientgrupper denne formen for behandling fremfor en annen.

Beslutningsprosesser basert på moralsk intuisjon og etisk analy-se er eksempler på det Kahneman (7) kaller system 1 og system 2 beslutningstaking. Han skiller mellom kjapp og impulsiv beslut-ningstaking (system 1) og langsom, overveiende og analytisk be-slutningstaking (system 2). Overført til dilemmasituasjoner kan vi reagere på dem ved å følge den første moralske intuisjonen som melder seg, eller bremse opp og tenke igjennom alternativene før vi tar beslutningen. I noen tilfeller er det ikke tid til å foreta etisk ana-lyse. Situasjonen krever en kjapp respons. Da er beslutningstaker gjerne prisgitt sine egne intuisjoner, og kan komme til å trå feil. Derfor gir det god mening å prøve å identifisere mulige etiske di-lemmaer i forkant, og ha tenkt igjennom dem før de melder seg. Tannleger kan for eksempel identifisere hva slags dilemmaer de kan forvente å støte på i yrket sitt, og samtale om hva som er forsvarlig og riktig adferd i slike situasjoner. Da blir de mindre sårbare for å begå impulsive feiltrinn senere.

1. Navigasjonshjulet

Det sentrale verktøyet i denne artikkelen er Navigasjonshjulet (2). Det trekker opp seks hensyn som tannlegen kan vurdere i forkant av en beslutning (figur 1).

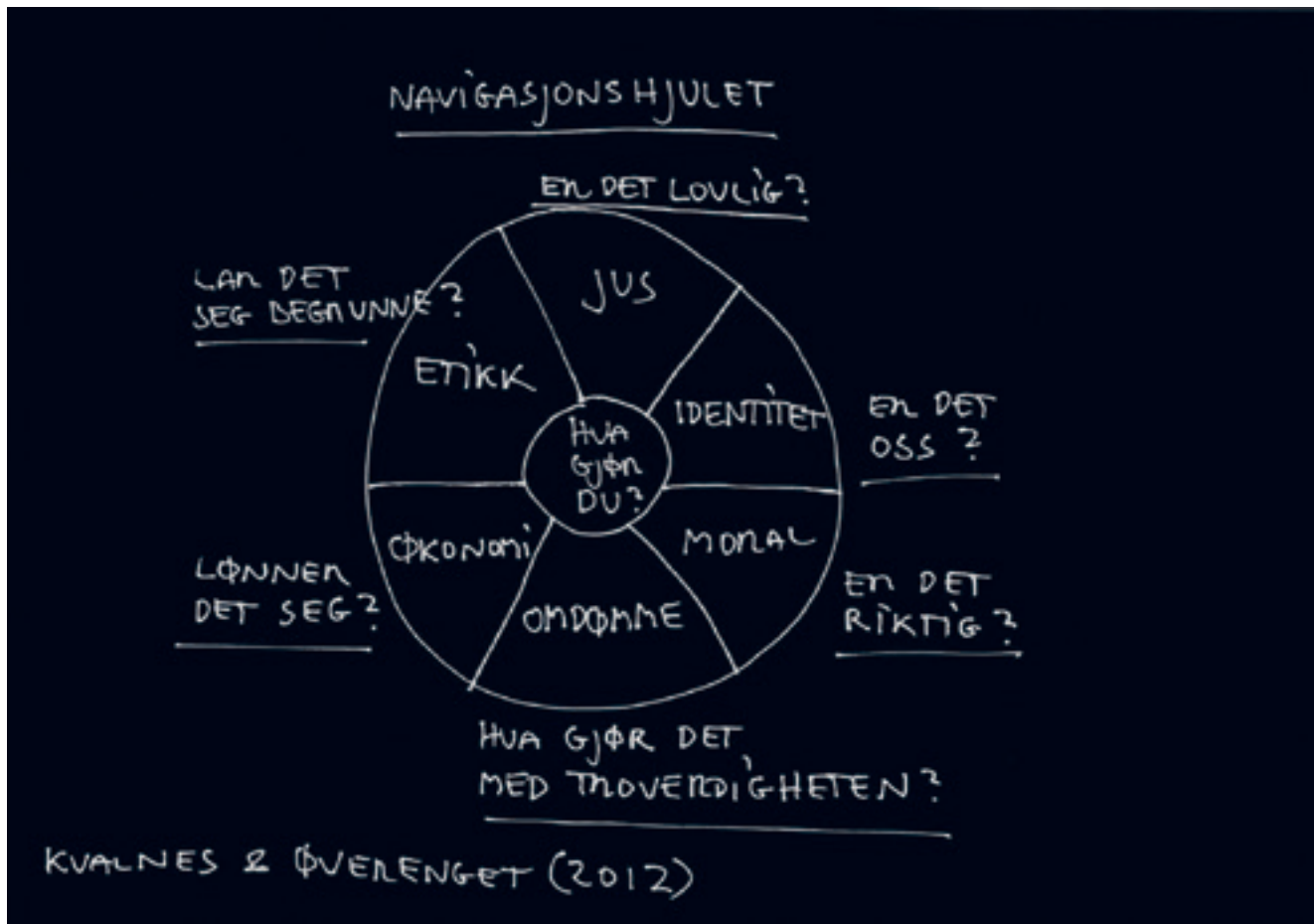
Vi kan her snakke om etikk i vid forstand, som er å vurdere alternativene i lys av alle spørsmålene i Navigasjonshjulet, og etikk i snever forstand, som er å vurdere dem mer spesifikt ut fra etisk teori og prinsipper. Det er en overordnet etisk vurdering å balansere jus, identitet, moral, omdømme, økonomi og etikk opp mot hverandre. Dette innbefatter altså å vurdere alternativene i lys av etiske teori og prinsipper som ett av flere hensyn.

Hva som burde være rekkefølge og prioritering mellom de ulike hensynene vil være situasjonsbestemt. Det følger ikke noen bestemt vektning fra forfatterens side. Likevel har jus en slags særstilling, siden et nei på spørsmålet om alternativet som er oppe til vurdering er lovlig, normalt innebærer at en ikke går videre med dette alternativet. Unntaket kan være at en vurderer sivil ulydighet, og tenker at

gjeldende lovverk på området er urimelig, og at det finnes moralsk gode grunner til å bryte loven. Så er det også verd å merke seg en asymmetri ved mulige svar på det juridiske spørsmålet. Et nei gir beslutningstaker en god grunn til å la være å velge dette alternativet. Et ja gir derimot ikke i seg selv en god grunn til å velge det. Hvis noen etterspør en begrunnelse for hvorfor handlingen ble utført, vil det fungere dårlig å svare «fordi det er lovlig». Det er mange handlinger i samfunnet som det er uklokt å utføre, til tross for at de er lovlige.

Identitet

Identitet handler i denne konteksten om verdigrunnlaget i organisasjonen og profesjonen som beslutningstaker tilhører. Her kan det finnes et sett av skrevne eller uskrevne kjerneverdier som forbindes med dette arbeidsstedet eller denne profesjonen. På hjemmesiden til Den norske tannlegeforening finner vi fem etiske hovedprinsipper: 1) autonomi, 2) ikke gjøre skade, 3) gjøre godt, 4) rettferdighet



Figur 1. Navigasjonshjulet.

og 5) sannferdighet. Disse kan sies å danne fundamentet og identiteten som skal ligge til grunn for forsvarlig og verdig tannlegearbeid. I noen tilfeller kan prinsippene peke ut og favorisere motstridende alternativer. For eksempel kan det være spenning mellom prinsippet om ikke å gjøre skade og prinsippet om å gjøre godt. En handling som har til mål å gjøre godt, kan innebære sannsynlighet for å gjøre skade. Balansen mellom prinsipp 2) og 3) kan være krevende. Det kan også oppstå konflikt mellom prinsippet om å gjøre godt, og rettferdighetsprinsippet. Hvordan skal en prioritere når det ikke finnes ressurser til å gjøre godt for alle som trenger det?

Profesjonsetikk er også noe som kommer inn under identitet. Her står tannlegene i samme tradisjon som andre profesjoner ved at det handler om å håndtere interessekonflikter på en ansvarlig måte. Nanda (8) har skildret hvordan kjernen i all profesjonsetikk er at utøveren setter egeninteressen til side og gir prioritet til pasienten/klienten sin interesse. For tannleger kan situasjonen være at de gjerne har et kunnskapsovertak overfor pasienten sin, noe som kan innebære muligheter for å prioritere egeninteressen fremfor pasientens interesse, uten å bli oppdaget. En tannlege som følger profesjonsetikken og handler med integritet, avstår fra å utnytte dette overtaket til egen fordel.

Moral

Moral har vi tidligere sett handler om personlige og felles oppfatninger om rett og galt. De gir seg gjerne utslag i bestemte moralske intuisjoner om hva som er rett eller galt i en gitt situasjon. Magefølelsen sier stopp eller kjør. Fra moralpsykologien vet vi at vårt moralske reaksjonsmønster kan endre seg over tid. Det som tidligere skapte moralsk dissonans og uro, kan gradvis bli en normalisert form for adferd. Vi kan bli så vant til å bryte med egne moralske overbevisninger at det ikke lenger registreres som noe ubehagelig. Moralen er gjerne skjør og fleksibel, og derfor lite pålitelig alene som en rettesnor for handling. Jeg har tidligere skrevet om hvordan uheldige vaner med overbehandling av pasienter kan feste seg som et mønster i en tannlegepraksis (9). I begynnelse kan overbehandling for å øke egen fortjeneste skape moralsk dissonans. Her er det en adferd som bryter med egne moralske oppfatninger om hva som er god pasientpleie. Så kan denne dissonansen gradvis forsvinne, hvis tannlege begår moralsk nøytralisering, det vil si finner på bortforklaringer og bagatelliserer adferden. Dette kan danne grunnlag for normalisering av urett.

Omdømme

I mange organisasjoner er et godt omdømme noe som settes høyt. Derfor kan muligheten for å få et svekket eller ødelagt omdømme få alarmklokkene til å ringe. Verd å merke seg her er at omdømmefo-

kus er noe annet enn identitets- og verdifokus. Det sistnevnte handler om å styre etter noen prinsipper og verdier, uansett om en har søkelyset på seg eller ikke. Den som først og fremst prioriterer omdømme, vil ikke være bekymret for avvik fra verdigrunnlaget, så lenge dette skjer i hemmelighet, uten offentlig oppmerksomhet. En omdømmeorientering vil bygge på en vurdering av hvor sannsynlig det er at noen finner ut av og blir støtt av det en foretar seg. Hvis svaret er at ingen sannsynligvis vil oppdage det, så foreligger det ikke noe omdømmerisiko, og ferden kan fortsette. En tannlege som overbehandler kunder og gir dem krone der hvor en fylling ville vært nok, kan vurdere at dette aldri vil bli offentlig kjent. Hvis tannlegen er opptatt av omdømme og ikke av identitet, så vil denne praksisen dermed kunne fortsette.

Økonomi

Økonomi hører med i helhetsvurderingen som Navigasjonshjulet legger opp til. Hvordan vil de ulike handlingsalternativene kunne påvirke bunnlinjen og de økonomiske utsiktene, på kort og lengre sikt? Hva har vi råd til å gjøre i denne situasjonen? Verd å merke seg er at økonomiske vurderinger kan være tett sammenkoblet med etikk, Økonomien i tannklinikken påvirker folks levebrød og mulighet til å leve stabile og forutsigbare liv. Dermed kan vi ha nytte-tiske vurderinger som overlapper med økonomiske vurderinger.

Etikk

Det sjette hensynet har overskriften etikk. Da er vi altså over på systematisk refleksjon over hva som er rett og galt. To etiske grunnprinsipper er spesielt relevante. Likhetsprinsippet sier at like tilfeller bør behandles likt, og at forskjellsbehandling fordrer at vi kan peke på en moralsk relevant forskjell mellom tilfellene. Er det for eksempel etisk forsvarlig å gi flyktninger mindre omfattende tannhelsehjelp enn norske borgere? Er det en moralsk relevant forskjell at de kommer fra et annet land? Her er det også relevant å bruke offentlighetsprinsippet, som går ut på at handlingene våre bør tåle dagens lys. Vi bør være bekvemme med at andre får vite om dem. Er vi greit om det blir offentlig kjent at vi gir begrenset hjelp til flyktninger med dårlig tannhelse, sammenlignet med norske borgere med tilsvarende problemer? Dette er et etisk prinsipp og ikke et omdømmeprinsipp, siden det ikke tar med i betraktningen hvor sannsynlig det er at handlingene våre får offentlighetens søkelys på seg. Spørsmålet er om det ville vært greit om andre fikk vite om det, uavhengig av om de faktisk får vite om det.

Navigasjonshjulet er et analyseverktøy som kan brukes i ulike tidsfaser. Det kan brukes (1) i forkant av beslutningen, for å vurdere handlingsalternativene opp mot hverandre og identifisere en god og velbegrunnet vei videre, (2) midt i situasjonen, hvor en foreløpig

beslutning allerede kan være tatt, og det er noe rom for revurdering og (3) i etterkant, som en del av en læringsprosess som handler om hvorvidt det var riktig og klokt å handle slik en gjorde i den bestemte situasjonen, og om det er slik en burde handle neste gang en slik situasjon oppstår.

2. Dilemma om økonomisk risiko

Navigasjonshjulet kan brukes til å analysere et dilemma som mange tannleger i Norge vil kjenne seg igjen i. Det handler om en balanse- ring mellom pasientens beste og økonomisk risiko for tannlegen:

En pasient har kommet til tannlegen med et ødelagt tannsett. Det trenges veldig omfattende behandling, som tannlegen anslår vil koste 200.000 kroner. Pasient har en godt dokumentert sykdomshis- torie og leverer legeerklæring som dokumenterer nedsatte evner til egenomsorg pga langvarig sykdom. Tannsettet er havarert og det trengs blant annet kroneterapi på det fleste tennene.

Dette gir grunn å yte tjenester i tråd med Helfo innslagspunkt 14. Dette vil innebære at Helfo vil kunne dekke 160.000 av behand- lingskostnadene til kroneterapi. De resterende 40.000 ønsker pasi- ent å søke om å få dekket av NAV, siden han er uføretrygdet. Selv om tannlegen mener at kasus tilfredsstillende Helfo-kravene for støtte, finnes det en risiko for at eventuell kontroll konkluderer med at vurderingen er feilaktig. Da kommer et tilbakebetalingskrav på 160.000 som tannlegen mest sannsynlig må betale selv, siden pasi- enten har dårlig økonomi. Tannlegen får en provisjon på 50% for slik arbeid, men kan få tilbakebetalingskrav for hele beløpet som Helfo har bidratt med. Den betydelige økonomiske risikoen kan gjøre at tannlegen sier nei til å starte opp behandling, selv om han vet hvordan kasus kan effektivt behandles.

Valget i denne situasjonen står mellom å starte opp behandling i henhold til Helfo-takser, eller gi begrenset behandling som pasien- ten selv kan ha råd til å betale. Hvis pasienten har ekstra dårlig råd, kan alternativet til å ta økonomisk risiko ved å satse på Helfo-dek- ning være å gi minimal eller ingen behandling.

Analysen kan starte opp med å vurdere alternativene opp mot juridiske hensyn. Her vil begge passere. Det finnes ingen lov som pålegger tannlegen å gi behandling og gamble på at den blir dekket av Helfo, og det er heller ikke ulovlig å gi begrenset eller ingen be- handling til en pasient som ikke har økonomi til nødvendig tannbe- handling.

Det neste punktet i Navigasjonshjulet handler om identitet. Her belyser vi alternativene ut fra profesjonsverdier og kjerneverdiene i organisasjonen som tannlegen er del av. Her kan det være relevant å hente frem de fem etiske grunnprinsippene til Den norske tannle- geforening, som er 1) autonomi, 2) ikke gjøre skade, 3) gjøre godt, 4) rettferdighet og 5) sannferdighet. Her er det særlig 3) om å gjøre

godt som er relevant. Dette er en verdi som favoriserer å gi pasien- ten den behandlingen vedkommende trenger, fremfor å gi minimal eller ingen behandling. Det kan også være relevant å vurdere alter- nativene ut fra verdien 4) rettferdighet. Dette er en verdi som går på likebehandling og når det er forsvarlig med forskjellsbehandling. Er det rimelig å forskjellsbehandle ut fra pasientens økonomiske situ- asjon? Fra ett ståsted kan vi tenke at tannlegen ikke kan drive velde- dighet, og dermed må ha økonomisk dekning for arbeidet sitt. Fra et annet er tannlegen der for å gjøre det som er til pasientens beste, uavhengig av økonomisk situasjon.

Jeg har snakket med norske tannleger som forteller at identitet og verdigrunnlag skaper spenning i møte med en bestemt gruppe pasienter. NAV har de siste årene henvist ukrainske flyktninger. De har et begrenset budsjett for slike pasienter. Rotfylling av jeksler godkjennes for eksempel ikke av NAV, som anbefaler å trekke ten- nene, siden det koster mindre. Mange ukrainske pasientene er unge eller middelaldrende kvinner. Det skambelagt for ukrainske kvin- ner å miste tenner i ung alder. Det samme gjelder bruk av avtagbare proteser. NAV anbefaler veldig ofte å lage proteser der hvor det er mulig å lage fast protetikk. Tannlegene vet hvilken behandling som er best for pasientene, men har ikke budsjett til å gjennomføre den. NAV dekker billigst mulig løsning, og ikke det som er best for pasi- enten. Her kan enkelte tannleger ende opp med å gjøre gratisarbeid, for å leve opp til de etiske prinsippene om å 3) ikke gjøre skade og å 4) gjøre godt.

Det tredje punktet i Navigasjonshjulet er moral. Her er det de moralske holdningene og oppfatningene blant tannleger som gjør seg gjeldende. I noen grad kan det være snakk om en felles moral, men det er gjerne den personlige moralen hos den enkelte tannlege som slår ut i en intuisjon eller impuls om hvordan denne saken bur- de håndteres. I hvilken grad har tannlegen en moralsk impuls i ret- ning av å ta økonomisk risiko og starte behandling som pasienten trenger, men som Helfo kan komme til å si er utenfor deres dek- ningsområde? Alternativt kan den moralske intuisjonen være å ikke foreta seg noe som setter det økonomiske grunnlaget for egen virksomhet på spill. Moralske intuisjoner preges gjerne av risikofor- ståelsen og risikoviljen hos tannlegen.

Hvordan ser de to hovedalternativene ut fra et omdømmeper- spektiv? Spørsmålet er hvordan omverden vil reagere på at tannle- gen (1) tar risiko og starter behandling som kan føre til en økono- misk smell eller (2) ikke tar risiko og holder tilbake behandling av frykt for en økonomisk smell. Begge alternativene kan skape om- dømme problemer. Under (1) kan det bli negative oppslag hvis tann- legen starter behandling og fremstår som spekulativ når det viser seg at Helfo finner mangler i opprinnelig begrunnelse. Ved valg av (2) kan nyheter om at tannlegen lar være å behandle tannskader som

det er fullt mulig å reparere, slå dårlig an, men størrelsen på omdømmesmellen avhenger av om en slipper til med hele historien om hvordan uvissheten om Helfo-dekning skaper forsiktighet.

Økonomi er en dominerende faktor i dilemmaet som tannlegen står i. Ved å starte behandling med Helfo-støtte, utsetter tannlegen seg for en risiko for økonomisk tap om det senere skulle bli kontroll hvor den opprinnelige vurderingen kritiseres og underkjennes. Det er økonomisk tryggere å la være å gå i gang med denne omfattende behandlingen. Hvorvidt tannlegen vurderer at det er verd å ta den økonomiske risikoen, vil avhenge av kontekst og hvor avhengig tannlegen er av inntekten fra en slik behandling. I noen tilfeller kan det tenkes at en «røver» av en tannlege tenker at det nok ikke er grunnlag for Helfo-støtte til behandlingen av denne pasienten, men at sjansene for å utsettes for en kontroll hvor vurderingen underkjennes er såpass liten at det er verd å ta den økonomiske risikoen.

Når det gjelder *etikk*, kan de to alternativene for tannlegen som er i tvil om det er grunnlag for støtte vurderes opp mot de to tidligere nevnte etiske prinsipper. Likhetsprinsippet sier at like tilfeller bør behandles likt, og at forskjellsbehandling forutsetter at en kan peke på en moralsk relevant forskjell mellom tilfellene. Dette er et kjernepunkt i etikken. Kan vi rettferdiggjøre egen beslutning, ved å henvise til at den følger mønstre for hva det er riktig å gjøre i slike tilfeller? Igjen vil det være en vurdering av risiko i dette og lignende tilfeller som er avgjørende. Et tvilstilfelle kan sammenlignes med tilfeller hvor Helfo-kravene åpenbart er innfridd, og tilfeller hvor de ikke er det og tannlegens vurdering er blitt tilsidesatt. I hvilken grad har den aktuelle saken likhetstrekk med disse eksemplene hvor det foreligger en slags fasit for hva som er rett og galt?

Vi har sett at offentlighetsprinsippet går ut på at beslutningen til tannlegen bør tåle dagens lys. Er det greit å fortelle om den til andre? Vil den være i orden om pressen fikk vite om den og lagde et oppslag om saken? Legg igjen merke til at offentlighetsprinsippet handler om etikk, og ikke om omdømme. En vurdering av omdømme vil ta for seg hvor sannsynlig det er at noen kommer til å finne ut av hva du har gjort. Hvis sannsynligheter er 0, så innebære det ingen omdømmerisiko å gå videre. Offentlighetsprinsippet, derimot, ber oss om å vurdere om beslutningen tåler dagens lys, helt uavhengig av hvor sannsynlig det er at den faktisk vil havne i dagens lys.

Etter å ha tatt med alternativene på en runde i Navigasjonshjulet har vi gjerne et bedre grunnlag for å ta en beslutning i saken. Vi kan også se hvor spenningen ligger. I tilfellet med tannlegen som vurderer omfattende behandling i et tvilstilfelle hvor det kan komme kontroll og krav om tilbakebetaling, kan utfordringen være å finne balanse mellom å etterleve grunnleggende profesjonsetiske prinsipper om å unngå skade, gjøre godt og være rettferdig og å ivareta egen økonomi. Krav om tilbakebetaling av store beløp kan sette den

økonomiske bærekraften til tannlegen i fare. Denne uvissheten kan få enkelte til å lande på den forsiktige løsningen, selv om den kan føre til at et smertefullt videre forløp for pasienten.

3. Etikk er samtale

Denne artikkelen har tatt for seg Navigasjonshjulet, et verktøy for å analysere etiske dilemmaer, og har anvendt det på et konkret dilemma som tannleger i Norge opplever som krevende å forholde seg til. Navigasjonshjulet kan brukes av tannleger (1) i forkant av en beslutning, (2) midt i eller underveis i en prosess hvor det er mulig å revurdere og (3) i etterkant for å trekke lærdom av saken en har vært igjennom.

Dilemmaet som har vært gjenstand for undersøkelse her handler om tannlegens valg mellom å ta risiko og starte behandling ut fra Helfo-satser eller å være forsiktig og utføre begrenset eller ingen behandling. Flere saker hvor Helfo har kommet med store tilbakebetalingskrav til tannleger har ført til engstelse og usikkerhet blant tannleger. De opplever at ansvaret for å tolke et komplisert regelverk og ta økonomisk risiko ligger hos dem. Ved krav om tilbakebetaling kan tannlegen gå til pasienten og kreve betaling derfra, men det kan være snakk om pasienter med dårlig råd og liten mulighet til å betale for seg. I praksis blir det dermed tannlegen som må ta belastningen. Det er forståelig om tannlegene kvier seg for å ta denne risikoen, noe som går ut over pasienter som går glipp av behandling og offentlig støtte som de har krav på.

Tannleger forteller meg at Helfo tidligere hadde rådgivende tannleger som de kunne henvende seg i tvilstilfeller. Denne ordningen er fjernet. Nå er det jurister som svarer på spørsmål, og de kommer gjerne med det generelle og lite hjelpsomme svaret at tannlegen får sørge for å holde seg innenfor regelverket. Det er jo nettopp spørsmålet om det aktuelle tilfeller faller innenfor eller utenfor som tannlegen ønsker å drøfte med en fagperson. Muligheten for å ha en slik rådgivende samtale ville trolig dempet uroen blant tannleger og gjort pasientene mindre utsatt for tannlegenes forståelige risikovegring. Kombinasjonen av at regelverket er komplisert og at den økonomiske risikoen kjennes stor, kan bidra til en forsiktighet som går ut over pasientene. Det å kunne ha en faglig samtale hvor ulike perspektiver på saken kan luftes, kan motvirke denne tendensen.

En av tannlegene jeg har snakket med sier at risikoen for å få et krav om tilbakebetaling trolig er mindre enn det mange tannleger ser ut til å tro. Han sier at det er lite kjent at Helfo faktisk leser tannlegens loggførte vurderinger hvis de er i tvil om behandlingen skal dekkes eller ikke. Hvis journalen er ført grundig, og vurderingene er godt notert, så vil tannlegen stå sterkere i tilfellene hvor Helfo er i tvil. Da kan utfallet bli at tannlegen får beskjed om at Helfo ikke støtter vurderingen som er gjort i dette tilfellet, og at tannlegen må

endre praksis ved fremtidige behandlingsvalg. Tvilen kommer tannlegen til gode i dette enkelttilfellet, men saken får ikke skape presedens. Dette virker som en fornuftig praksis som er egnet til å dempe noe av risikovegringen, men trenger i så fall å bli gjort mer allment kjent blant tannlegene.

Etisk refleksjon gjøres best i fellesskap. Etikken bidrar med et språk som gjør at deltakerne kan sette ord på sine faglige og normative vurderinger og tvilspunkter. Erfaringen fra andre deler av arbeidslivet er at det er nyttig å ha Navigasjonshjulet foran seg under diskusjoner rundt et etisk dilemma. Det bidrar til en systematikk for samtalen, og gir påminnelser om hvilke hensyn en trenger å ta med i vurderingen. Etikk er samtale. Det hjelper å høre andres motforestillinger og ankepunkter. En etisk samtale kan også gjøre at den enkelte tannlege blir tryggere på at egne vurderinger i dette tilfellet faktisk er riktige. Så virker det verdifullt å loggføre egne tolkninger i etterkant av en faglig og etisk diskusjon av saken. Dette kan fungere som en dokumentasjon for egen del når en ser tilbake

på saken, og kan gjøre at andre kan få innsyn og forståelse for hvilke vurderinger som ligger til grunn for den aktuelle beslutningen.

En utfordring kan være at tannlegen ofte befinner seg alene og må ta raske beslutninger uten å ha sjansen til å reflektere med noen. Hva kan Navigasjonshjulet bidra med for den alenestående tannlegen? Metodikken kan gi en systematikk for å tenke igjennom saken, også på egen hånd. Ved å bruke den flere ganger, kan den enkelte bygge opp individuell etisk kompetanse. Det vil likevel være verdifullt å oppsøke noen å snakke med når dilemmaene melder seg. Initiativ for å skaffe seg pålitelige etiske sparringspartnere har mye for seg.

Takk

Jeg vil takke tannleger som deltok på lederutdanning i regi av Den norske tannlegeforening og Handelshøyskolen BI høsten 2023 og våren 2024 for innspill til denne artikkelen. Takk også til tannlegene Ralf Husebø og Ivan Vakulenko for nyttige kommentarer til artikkelen.

REFERANSER

1. Kvalnes Ø. Etikk og bærekraft. Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
2. Kvalnes Ø, Øverengen E. Ethical navigation in leadership training. Etikk i praksis-Nordic Journal of Applied Ethics. 2012;6(1):58-71.
3. Kvalnes Ø. Se gorillaen! Etikk i arbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
4. Lillemoen L, Gjerberg E, Nortvedt P. Refleksjon over klinisk-etiske dilemma. In: Magelsen M, Førde R, Lillemoen L, Pedersen R, editors. Etikk i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020. p. 221-32.
5. Hofmann B, Moezzi M. Bruk av etisk refleksjonsmodell i klinisk praksis. Nor Tannlegeforen Tid. 2023;133:972-8.
6. Reinholdsen K. Snakk om etikk: SME-modellen som verktøy for å drøfte etiske problemstillinger i klinikken. Nor Tannlegeforen Tid. 2023;133:171.
7. Kahneman D. Thinking, fast and slow: Farrar, Straus and Giroux New York; 2013.
8. Nanda A. The essence of professionalism: Managing conflict of interest: Division of Research, Harvard Business School; 2002.
9. Kvalnes Ø. Profesjon og interesse: Om moralsk nøytralisering blant tannleger. Nor Tannlegeforen Tid. 2015: 426-32.

ENGLISH SUMMARY

Kvalnes Ø.

Ethics and risk for dentists

Nor Tannlegeforen Tid. 2024; 134: 1072-8.

This article examines how dentists can work systematically with ethical dilemmas. It contains (1) a description of a method for carrying out an ethical analysis of a dilemma situation and (2) applies this method to a concrete ethical dilemma that Norwegian dentists may face. Central to the method is the Navigation Wheel, a figure that indicates questions that can be set for the various action alternatives. The six headings for these questions are law, identity, morality, reputation, economy and ethics. The dilemma that is then dis-

cussed is about a choice between providing expensive treatment to a patient, under the assumption that Helfo will cover the majority of the cost of this treatment. This assumption can later be disregarded, leaving the dentist with a large financial loss. The alternatives of starting treatment under this uncertainty or not are analyzed using the Navigation Wheel, to illustrate how dentists can go about analyzing an ethical dilemma in their professional work.

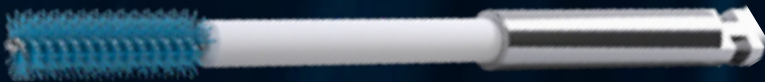


LABRIDA BioClean

Når du vil ha gode kliniske resultater!
For effektiv behandling av
tannimplantater/tenner.
En sikker og skånsom behandling!

300 klinikker kan ikke ta feil!
Labrida er **veldokumentert**
med gode kliniske resultater.

- Sikker i bruk
- Skånsom behandling
- Bidrar til gode kliniske resultater



Scan QR-koden
til høyre for mer
informasjon om
Labrida BioClean!



TECHNOMEDICS

Besøk TECHNOMEDICS.NO eller kontakt oss på **69 88 79 20** for mer informasjon.

Antibiotikarbeidet fortsetter – med tannlegene bak rattet

Morten Enersen, Sigurd Høye, Harry-Sam Selikowitz, Tobias D. H. Dahlgren, Cecilie Gjerde Gjengedal og Camilla Hansen Steinum

Bakterier finnes i de fleste miljøer, i og på mennesker og dyr, assosiert til planter, matvarer, jordsmonn og vann. Selv om antibiotikaresistens er et naturlig fenomen hos mikrober og finnes i varierende grad i alle økologiske nisjer hvor det finnes bakterier, er bruk og feilbruk av antibiotika trolig den viktigste drivkraften bak en drastisk økning i forekomst av antibiotikaresistente bakterier i de siste 10-20 årene. Antibiotikaresistens er derfor blitt et økende miljømessig problem globalt (1). Verdens helseorganisasjon (WHO) har av disse grunner antimikrobiell resistens på sin agenda under paraplyen One Health. En-helse-tilnærming er viktig for å vise sammenhengen mellom folkehelse, dyrehelse, plantehelse og miljøtilstand og arbeidet på tvers av de forskjellige sektorene.

Bruk og feilbruk av antibiotika i helsetjenesten er en viktig del av problemkomplekset, og spredningen av antibiotikaresistente bakterier er blitt karakterisert som en pågående pandemi med et betydelig større omfang enn hva koronapandemien hadde. Derfor må fokus og oppmerksomhet på feilbruk av antibiotika, og forskrivning av slike medikamenter opprettholdes og fortsette på ubestemt tid. Uten virksomme antibiotika vil man i fremtiden miste muligheten til å gjennomføre forskjellige avanserte medisinske behandlingsmetoder, fordi kompliserende infeksjoner ikke vil kunne behandles. Selv om vi i Norge og Skandinavia har lavere

forekomst av antibiotikaresistente infeksjoner enn i mange andre deler av verden, viser tall fra Europa at det bare her dør om lag 33 000 personer av disse infeksjonene hvert år. Dette tallet vil øke sterkt frem mot 2050 (1, 2).

Tannhelsetjenesten i Norge har gjennom mange år stått for ca. 4-5 % av all antibiotikaforskrivning, og disse tallene er blitt betraktet som relativt høye sammenlignet med hva som forskrives i resten av primærhelsetjenesten (fastleger, sykehjem) og i spesialisthelsetjenesten. Dessuten ser man at tannlegenes forskrivning av bredspektrede antibiotika også bør reduseres (3).

Den norske tannlegeforening (NTF) ble derfor tidlig involvert i, og har deltatt i antibiotikarbeidet, sammen med norske helsemyndigheter og regjeringen. NTF har en fagkomité for antibiotikabruk og smittevern. Foreningen var også representert i styringsgruppen for «Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten» som ble lansert av regjeringen i 2016. Målet i handlingsplanen var å redusere total antibiotikabruk med 30 % fra 2012-nivå til utløpet av 2020 (4). Selv om arbeidet med handlingsplanen og effekten av den anses som vellykket, anerkjenner både myndighetene og fagmiljøene at en kontinuerlig innsats mot antibiotikaresistens er nødvendig. Derfor har regjeringen nylig vedtatt en oppdatert strategi (5), som vil bli fulgt opp med en oppdatert handlingsplan i 2025.

Effekten for tannlegenes antibiotikaforskrivning gjennom fire år viste en betydelig nedgang mot slutten av 2020 sammenlignet med i 2014, der tallene lå på sitt høyeste. En rekke tiltak kan være årsak til nedgangen (omtale i pressen, forelesninger, internasjonalt samarbeid, andre tiltak fra NTF m.m.), men sentralt er likevel «Nasjonalt faglig retningslinje for bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten» (Antibiotika i primærhelsetjenesten - Helsedirektoratet; Helsedirektoratet.no) der et tannhelsekapittel legger føringer for riktig antibiotikaforskrivning ved kliniske odontologiske problemstillinger. Kapittelet står som egen sykdomsgruppe sammen med andre sentrale medisinske sykdomsgrupper slik som luftveisinfeksjoner, urinveisinfeksjoner og hudinfeksjoner. Helsedirektoratet eier retningslinjen, og det nasjonale kompetansesenteret Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) ved Avdeling for allmenne

FORFATTERE

Morten Enersen, førsteamanuensis, Institutt for oral biologi, Odontologisk Fakultet, Universitetet i Oslo

Sigurd Høye, Førsteamanuensis, Antibiotikasenteret for primærmedisin, Avdeling for Almenntilleggsmedisin, Universitetet i Oslo.

Harry-Sam Selikowitz, seniorrådgiver, Den norske tannlegeforening

Tobias D. H. Dahlgren, Antibiotikasenteret for primærmedisin, Avdeling for Almenntilleggsmedisin, Universitetet i Oslo

Cecilie Gjerde Gjengedal, førsteamanuensis, Institutt for Klinisk Odontologi, Universitetet i Bergen.

Camilla Hansen Steinum, fagsjef, Den norske tannlegeforening.

disin, Universitetet i Oslo har ansvar for å administrere årlig revisjon av retningslinjen (6).

Gjennom flere år har ASP arbeidet for å gjøre retningslinjen kjent, blant annet via kvalitetsforbedringsprogrammet RAK (Riktigere antibiotikabruk i kommunene), der fastlegene får tilgang til sine individuelle antibiotikarapporter og kan diskutere denne i sin etterutdanningsgruppe.

Denne høsten har ASP og NTF etablert et felles initiativ, delvis etter modell fra RAK. Vi har kalt initiativet *Riktigere antibiotikabruk i tannhelsetjenesten*, med forkortelsen RATT – som en påminnelse om at tannlegestanden også må ha hånden på rattet i antibiotikaarbeidet. Vårt første synlige produkt er en egen tannhelse-kortversjon av antibiotikaretningslinjen. Under NTFs landsmøte i månedsskiftet oktober-november hadde ASP en stand der kortversjonen ble presentert. Standen ble besøkt av mange positive og interesserte tannleger gjennom de tre dagene landsmøtet varte, og det ble distribuert nærmere 1 000 eksemplarer. Til denne utgaven av NTFs Tidende er kortversjonen vedlagt. Vårt håp er at dokumentet vil være en oversiktlig og god hjelp for kolleger over hele landet, og bidra til å gjøre enda bedre kjent det viktige budskapet om kun å forskrive antibiotika på riktige indikasjoner. Med dette vil ASP, NTF, Helsedirektoratet og representanter for de odontologiske læresteder i Norge, sammen med den norske tannlegestand, fortsette arbeidet med å redusere bruken av unødvendig antibiotika fremover, som del av det felles ansvar som er pålagt alle som forskriver antibiotika.

REFERANSER

1. Antibiotikaresistens – kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak. Martin Steinbakk og medforfattere. Folkehelseinstituttet, 2014.
2. Antibiotikaresistens er en enda mer alvorlig og langvarig pandemi enn covid-19. Dag Berild og Fredrik Muller. Kronikk, Aftenposten April 2020.
3. NORM/NORM-VET 2021. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. Tromsø / Oslo 2022. ISSN:1502-2307 (print) / 1890-9965 (electronic)
4. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. Januar 2016.
5. Nasjonal én-helse strategi mot antimikrobiell resistens 2024–2033. Regjeringen, 2024
6. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-primaerhelsetjenesten/tannhelse>

english.ids-cologne.de



COLOGNE
25. – 29.03.2025
41st International Dental Show

inclusive **IDSc**connect


**LEADING DENTAL
BUSINESS SUMMIT**



BUY
TICKETS!




Koelnmesse GmbH
Messeplatz 1 · 50679 Cologne · Germany
Telefon +49 1806 773577* · ids@visitor.koelnmesse.de



VISSTE DU AT FISK KAN ERSTATTE KJØTT I MANGE RETTER?

Mange av oss spiser oftere kjøtt enn fisk. Heist bør man spise fisk til middag to-tre dager i uken. Lag for eksempel laksetaco, fiskeburger eller fiskewok. 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

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

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

Tannlege, offentlig Tannlege, privat

Spesialist i:

Tannpleier, offentlig Tannpleier, privat

Lege, sykehus Lege, primær/privat

Spesialist i:

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
 Ingen

Intraoralt:
 Sviel/brennende følelse
 Smerte/ømhet
 Smakstørstyrrelser
 Stiv/nummen
 Tørthet
 Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:
 Sviel/brennede følelse
 Smerte/ømhet
 Stiv/nummen
 Hudreaksjoner
 Kjeveleddsproblemer

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

Øvrige symptomer:
 Trethet
 Svimmelhet
 Hodepine
 Hukommelsesforstyrrelser
 Konsentrasjonsforstyrrelser
 Angst
 Uro
 Depresjon

Annet:

Rapportørens funn
 Ingen

Intraoralt:
 Hevelse/ødem
 Hvittlige 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 lymfeknuder
 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, fluoridakk)
- 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.

Bivirkningsregisterets 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: **Bivirkningsgruppen**
Arstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: 56 10 73 10

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norce-research.no

Henvisninger

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

- Nei
- Ja til
- Bivirkningsgruppen
- tannlege
- odontologisk spesialist
- allmennlege
- medisinsk spesialist eller på sykehus
- alternativt terapeut

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

Altmet

Henvis til en av våre 110 spesialister

Med over 30 års ekspertise, mer enn 100 spesialister og 70 klinikker over hele landet, vet vi hva som skal til for å gi pasientene dine den beste behandlingen. Vårt sterke fagmiljø, moderne utstyr, trygge hender og lang erfaring gjør oss til din pålitelige partner.

Velkommen til god erfaring.



Scan QR-koden
og bli kjent med
spesialistene våre



En statistiker blant tannleger

Stein Atle Lie er fulltidsansatt statistiker ved Institutt for klinisk odontologi (IKO) i Bergen. Han har bred erfaring, som spenner fra kliniske problemstillinger til arbeidslivsforskning, og med en særlig interesse for medisinske kvalitetsregistre.

 NILS ROAR GJERDET

Lie har en direktekobling til medisinske kvalitetsregistre gjennom en bistilling ved Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for leddproteser og hoftebrudd i Helse Bergen. Der har han vært tilknyttet i en årrekke, både med tilrettelegging av databaser og i doktorgradsarbeidet innen medisinsk statistikk.

– Hva gjør du som statistiker på IKO, det er vel mer enn å regne ut p-verdier for folk?

– Tidligere hadde jeg sporadisk kontakt med odontologiske problemstillinger, men på IKO er det et bredere ansvarsområde, slik som å gi råd og veiledning i forbindelse med forskningsprosjekter, og å undervise i både grunn- og spesialistutdanningen. Det omfatter ansvaret for opplegget for master-/prosjektoppgavene for både tannlege- og tannpleierstudenter. Dessuten sitter jeg i ledelsen for forskerskolen i oral helse, og jeg har ansvaret for et prosjekt med odontologiske miljøer i Øst-Afrika, finansiert gjennom NORPART.

– Med din bakgrunn fra medisinske kvalitetsregistre, hva med odontologiske registre?

– Det er 59 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge, det som er nærmest odontologi er registeret for

leppe/kjeve/ganespalter. Det finnes diverse administrative registre med noe tannhelsesdata, men disse er ikke alltid egnet som beslutningsgrunnlag for kliniske problemstillinger.

– Du er spesielt interessert i et tannimplantatregister. Hvordan går det?

– Dette er litt artig. Jeg fikk en henvendelse om tannimplantatregister i 1996, og laget en struktur og applikasjon for det. Registeret var i funksjon for implantater som ble satt i spesialisthelsetjenesten i perioden 2004 til 2006, men det opphørte på grunn av pengemangel. Nå arbeider vi med et register basert på elektronisk rapportering, med en plan om etter hvert å inkludere det som settes oppå selve implantatskruen. Jeg ser at det er nevnt i rapporten fra Tannhelseutvalget nå i høst.

– Hva med å hente data fra elektroniske journalsystemer som brukes i den utøvende tannhelsetjenesten?

– Jeg kjenner ikke «innmaten» i dagens vanlige journalsystemer i detalj, men har et klart inntrykk av at de er laget mest for pasientadministrative rutiner og enkelt-journaler, og at det ikke er umiddelbart enkelt å ta ut samledata som kan brukes i kvalitetsprosjekter eller



Stein Atle Lie er statistiker og ansatt ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen. Lie minner oss om at alle klinikere bruker statistikk i hverdagen.

forskning. Vi har kontakt med utviklingsmiljøer som arbeider med ulike andre strukturer og utforminger, men det er en kommersiell side, her som ellers.

– Hvordan er det å arbeide i et miljø med stort sett tannhelsepersonell?

– Miljøet på IKO er inkluderende. Det er mange ulike personer og fagområder, fra ganske rendyrket klinikk til svært avanserte laboratoriemiljøer. Min tanke er å bidra til å belyse hvordan kunnskap skapes og tolkes, der statistikk kan være en del av det hele. Jeg har etter hvert lært grunnleggende odontologisk stammespråk, og folk forklarer gjerne!

– Mange oppfatter statistikk mest som en teoretisk forskningsgreie?

– Jeg vil påstå at en kliniker bruker statistikk hver dag. En pasient kan for eksempel spørre: «Hvor lenge varer denne fyllingen?». Svaret fra klinikerens er egentlig basert på underliggende erfaringsstatistikk. Et presist svar på spørsmålet kunne være «Hvis jeg hadde lagt 100 slike fyllinger som denne, så vil 95 av dem vare mer enn 10 år». Det er et eksempel på bruk av statistikk i hverdagen.

Kan man unngå marginal periodontitt ved å endre kosthold eller fysisk aktivitet?

Professor Ian Needleman fra Eastman Dental Institute ved University College London presenterte tematikken i to forelesninger med de fornøyelige titlene «Can we eat our way out of periodontitis?» og «Can we run our way out of periodontitis?»

ASBJØRN JOKSTAD
TONJE CAMACHO



Ian Needleman oppfordrer tannhelsepersonell til å bidra til sunt kosthold og fysisk aktivitet, for å forebygge uhelse – både systemisk og i munnhulen.

Ian Needleman startet sitt foredrag med en gjennomgang av det som mange betegner som verdens første kliniske eksperimentelle forsøk, også kjent som en klinisk randomisert studie, eller i Norge også kjent som «utprøvende behandling». Sammenheng til munnhulesykdom er lettforståelig da studien dreier seg om hvordan man for 250 år siden kunne unngå skjorbuk blant sjømenn i den engelske marinen. Sjømennene kunne gjerne oppholde seg i mange måneder til havs, med et kosthold begrenset til brød, kjøtt og vann. Den gang visste man ikke at skjorbuk skyldes mangel på inntak av C-vitamin, som er nødvendig for å danne kollagen. Oppdagelsen av at sitrus forebygger sykdommen sørget for en endring av kostholdet i marinen med drastisk reduksjon av sykdomsforekomst. Imidlertid, selv om C-vitaminmangel i dag er mer sjeldent, publiseres det fortsatt kasusbeskrivelser, gjerne av yngre individer, som har blødende gingiva og tannløsning som en følge av mangel på C-vitamin. Med andre ord, det er kjent at ekstreme mangler i kostholdet kan påvirke periodontalt vev negativt.

Det foreligger også noe data som tilsier at det er sammenheng mellom kosthold og kvantitativ og kvalitativ gingival respons. Ian Needleman refererte til en noe spesiell

studie fra 2009, der ti deltakere frivillig levde på steinalderkosthold i fire uker.

Mer usikkert er hvordan et kosthold kan påvirke periodontalt vev direkte eller indirekte. Stikkord er statiske eller dynamiske tilstander i mikrobiomet i ulike deler av kroppen, og mulige kroppslige kroniske betennelsesprosesser av ulike årsaker. I denne konteksten nevnte lan Needleman ulike studier om «Mediterranean diets», inkludert de som spesifikt studerte effekter på det orale mikrobiomet (1).

Et raskt søk i Pubmed med søkeordene «nutrition og periodontitis» resulterer i ca. 2 400 artikler, som tilsier at det er en stor forskningsinteresse. Imidlertid, lan Needleman, som internasjonalt anses som en ekspert innen evidence-based dentistry, påpeker at svært mange av disse studiene har svak studiemetodologi. Å gjenta et funn som er utført i en metodologisk svak klinisk studie i en ny metodologisk svak klinisk studie, gjør ikke nødvendigvis funnene mer sannsynlige eller gyldige.

Dessverre er det av flere årsaker praktisk vanskelig å gjennomføre randomiserte studier, og det kan i tillegg være etiske utfordringer. Et 40-50-talls slike studier publisert over de siste 25 årene har målt effekten på periodontium etter inntak av ulike typer probiota, vitamin D og C, Omega-3 og ulike andre kostholdstilskudd. Dokumentasjon av kliniske effekter er lite overbevisende, og ofte er surrogatmål i form av biomarkører presentert i

stedet for kliniske mål. I tillegg har studiene relativt kortvarige observasjonsperioder. Det er også lansert en teori om at nitratrikt kosthold skal være positivt for det orale mikrobiomet, men evidens for effekt er foreløpig svakt.

I den neste forelesningen viste Needleman til studier som viser at overraskende mange sportseliteutøvere har dårlig munnhelse og et ugunstig kosthold (2). Enda mer overraskende er å høre at eliteutøverne ikke nødvendigvis er klar over tilstanden og at deres prestasjoner kan påvirkes negativt (3).

Avslutningsvis oppsummerte lan Needleman hvordan og hvorfor tannhelsepersonell kan og bør bidra til å motivere våre pasienter i å opprettholde et sunt kosthold og utøvelse av fysisk aktivitet for å forhindre uhelse både systemisk og i munnhulen.

REFERANSER

1. Augimeri G, Caparello G, Caputo I, Reda R, Testarelli L, Bonofiglio D. Mediterranean diet: a potential player in the link between oral microbiome and oral diseases. *J Oral Microbiol.* 2024; 16: 2329474. <https://doi.org/10.1080/20002297.2024.2329474>
2. Needleman I, Ashley P, Fairbrother T, Fine P, Gallagher J, et al. Nutrition and oral health in sport: time for action. *Br J Sports Med.* 2018; 52: 1483-1484. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098919>
3. Needleman I, Ashley P, Petrie A, Fortune F, Turner W, et al. Oral health and impact on performance of athletes participating in the London 2012 Olympic Games: a cross-sectional study. *Br J Sports Med.* 2013; 47: 1054-1058. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092891>



Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

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

Tannlege
Frøde Øye
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial kirurgi

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetik

Tannlege
Margareth Kristensen Ottersen
spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi

God jull!

Takk for samarbeidet i året som har gått!

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

Samarbeid mellom protetiker og periodontist forbedrer pasientbehandlingen

Under den optimistiske tittelen «*Implantatbehandling 2024 - oppnå suksess og unngå komplikasjoner*» presenterte protetiker Sadia Khan og periodontist Odd Carsten Koldsland fra Det odontologiske fakultet i Oslo oppdatert forskningsbasert informasjon om beste praksis innen implantatstøttet protetik.

 ASBJØRN JOKSTAD

Med utgangspunkt i to sentrale internasjonale konsensumøter arrangert i henholdsvis 2018 (1) og 2023 (2), ble det presentert en rekke kliniske råd og anbefalinger for å unngå senere komplikasjoner ved behandling med implantatstøttet protetik.

Foreleserne påpekte forskjellen på betegnelsen «komplikasjon» som er en uventet, uønsket hendelse, i forhold til «sykdom», som er en tilstand som har en klar biologisk årsakssammenheng. Uttrykt på en annen måte – peri-implantær sykdom er ikke en biologisk komplikasjon, men en sykdom som tannleger har ansvar for å forsøke å forebygge med ulike tiltak før, under og etter implantatinnsetting samt etter første tegn til peri-implantær sykdom. De nye kliniske retningslinjene kategoriserer disse tiltakene henholdsvis som «primordial», «primary», «secondary» og «tertiary» prevention, og beskriver detaljer og underliggende vitenskap som bakgrunn for anbefalingene (2).

Et viktig aspekt er å alltid registrere peri-implantær status, «baseline», ved avsluttet behandling. Uten denne dokumentasjonen er det umulig å senere diagnostisere om det foreligger peri-implantære friske forhold eller sykdom. Det skiller mellom to sykdommer, henholdsvis peri-implan-

tær mukositt eller peri(implantær)-implantitt. Kardinaltegnene i forhold til baseline er en mulig (mukositt) eller definitiv (implantitt) økning av peri-implantær lommedybde samt blødning eller suppurasjon i kombinasjon med ingen (mukositt) eller definitiv (implantitt) peri-implantær beintap.

Foreleserne fokuserte spesifikt på viktigheten av god planlegging og vedlikeholdsbehandling. Før behandling må alle risikofaktorer vurderes, både de lokale og de systemiske. Det må alltid være en «top-down» planlegging av implantatenes plassering, eller sagt på en annen måte, pasienter kommer ikke for å få et implantat plassert der det er enklest å plassere implantatet i kjevebein. De kommer derimot for å få nye tenner plassert mest mulig hensiktsmessig i forhold til funksjon og estetikk, og med minst mulig risiko for tekniske og mekaniske komplikasjoner. I likhet med andre restaureringer i resttannsettet må implantatstøttede proteser etterkontrolleres regelmessig. Tannlegen bør derfor i samband med behandlingsplanleggingen presentere pasienter en plan for oppfølging og vedlikehold og tilbud om støttebehandling ved behov (1).

Som kjent er periodontal sykdom en kronisk sykdom. På samme måte som andre kroniske sykdommer, for eksempel diabetes, blir denne sykdommen aldri borte, men syk-



Sadia Khan (t.v.) og Odd Carsten Koldslund oppdaterte om beste praksis innen implantatstøttet protetikkk.

domsaktiviteten kan begrenses forutsatt at pasienten tar ansvar for god egenomsorg og blir kontrollert av en kliniker regelmessig.

Det er mange år siden tannleger kunne slippe unna med en markedsføring av «tenner for resten av livet». Det anses også som faglig uforutsigelig hvis pasienten før behandling ikke er blitt forklart at det vil være behov for livslang regelmessig oppfølgingskontroll og ansvarsfordeling, for å forebygge peri-implantær sykdom. Peri-implantær sykdom er oftest symptomfri, selv om enkelte kan oppleve tilfeldige spontanblødninger. Behandlingen av peri-mucositt er oftest vellykket, men å reversere en peri-implantitt kan være uforutsigbart. Foreleser siterte en norsk studie som påpeker at kostnader forbundet med «å eie et tannimplantat» er fem ganger høyere enn å ta vare på en tann (3).

Basert på et økende antall NPE-klagesaker fra sjokkerte erstatningssøkere som er blitt fortalt at deres tannimplantater nærmest er å anse som tapt kan man få inntrykk av at peri-implantær sykdom blir underdiagnostisert eller underbehandlet av norske tannleger. Fra disse klagesakene kan det i tillegg virke som mange tannleger i Norge glemmer å ALLTID i samband med enhver konsultasjon å etterlyse og dokumentere oppdatert informasjon om generell helsetilstand og medisinbruk. Et implantat er et

fremmed materiale som settes innenfor kroppen, mens unikt for implantater i kjevebein er at man penetrerer en slimhinne til munnhulen med et komplekst økosystem. Det kan være mange gode grunner til å støtte forelesernes siste budskap til tilhørerne i samband med «*Implantatbehandling 2024 - oppnå suksess og unngå komplikasjoner*»: KEEP THE TEETH AS LONG AS POSSIBLE.

REFERANSER

1. Proceedings of the World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. Kornman KS & Tonetti MS (eds). *J Clin Periodontol*. 2018; 45 Suppl 20: 1-291. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/1600051x/2018/45/S20>
2. Herrera D, Sanz M, Kebschull M, Jepsen S, Sculean A, Berglundh T, Papapanou PN, Chapple I, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*. 2022; 49 Suppl 24: 4-71. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13639>
3. Fardal Ø, Grytten J. A comparison of teeth and implants during maintenance therapy in terms of the number of disease-free years and costs – an in vivo internal control study. *J Clin Periodontol*. 2013; 40: 645-51. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12101>

Oral helse hos akutt syke eldre

God munnhelse, så vel som generell helse, er viktig for fysisk og psykisk velvære. Munnhelse og generell helse henger tett sammen, og munnhelsen kan påvirke den generelle helsen og omvendt.

 DIPAK SARKOTA

For eksempel er periodontitt nært knyttet til hjerte- og karsykdommer samt diabetes, men diabetes som en systemisk sykdom er også assosiert med utvikling og forløp av periodontitt. Cøliaki er et annet eksempel, og denne tilstanden er assosiert med utviklingsforstyrrelser i tannemaljen. Dette understreker at munnhelse er en integrert del av den generelle helsen, og kan ikke vurderes og behandles som en separat del.

Forholdet mellom oral og generell helse er spesielt viktig hos eldre. Foruten å ha ulike medisinske problemer som potensielt kan påvirke munnhelsen, bruker eldre pasienter ofte flere medisiner (polyfarmasi) som kan føre til blant annet munntørrehet og dermed økt kariesrisiko og økt risiko for infeksjoner i den orale slimhinnen. I tillegg er eldre pasienter med flere sykdommer ofte skrøpelige og det kan være vanskelig å opprettholde god munnhygiene. Det er

derfor viktig at helsepersonell har kunnskap om sammenhengen mellom polyfarmasi, skrøpelighet, systemiske sykdommer og oral helse, slik at risikopasientene kan tilbys bedre og mer helhetlig omsorg for oral og generell helse.

PhD-kandidatene Ingrid Beate Ringstad (Det odontologiske fakultet (OD), Universitetet i Oslo (UiO)) og Leonor Roa Santervas (Oslo Universitetssykehus, OUS) holdt et interessant foredrag om «Oral helse, legemiddelbruk og livskvalitet hos akutt syke eldre» på NTFs landsmøte, 2024. Ringstad og Santervas presenterte funn fra den interprofesjonelle COOP II-studien (Cooperation for improved pharmacotherapy in older people with polypharmacy) som involverer flere forskere fra Det odontologiske fakultet UiO, Det medisinske fakultet UiO, Oslo kommune, og OUS. Studien er finansiert av Helse Sørøst med ni millioner kroner, og ledes av postdoc Rita Romskaug sammen med professor Torgeir Bruun Wyller (OUS), mens professor



Ingrid Beate Ringstad og Leonor Roa Santervas foran bildet av hele forskergruppen. Foto: Johanne Norveel

Janicke Liaaen Jensen (OD) har hovedansvaret for den odontologiske delen.

Studien er basert på akutt syke pasienter ≥ 70 år innlagt på kommunal akutt døgnettenhet (KAD) ved Aker sykehus mellom januar og september i 2023. Foredraget satte søkelys på de tre følgende forskningsspørsmålene: 1) Hvordan er den orale helsen til akutt syke eldre på KAD? 2) Hvor vanlig er det at disse pasientene bruker legemidler som kan føre til munntørrehet? 3) Hva karakteriserer pasientene med dårligst livskvalitet?

De foreløpige resultatene av studien viser at med økende skrøpeligheit reduseres munnhelsen i form av tanntap og munntørrehet, og den helse relaterte livskvaliteten synker. Prevalensen av polyfarmasi og skrøpeligheit er høy. Bruken av legemidler, medisiner assosiert med munntørrehet, er utbredt blant disse pasientene. Dette støtter hypotesen om at oral og generell helse er nært knyttet sammen og understreker at helhetlig tilnærming bør anvendes for å gi omsorg og behandling av akutt syke eldre.

Når og hvorfor blir tannfyllinger skiftet ut?

Tannlege Mark Laske fra Radboud University Medical Center i Nederland kom til NTFs landsmøte og presenterte forskningsfunn.

 ASBJØRN JOKSTAD

Tannleger beskriver i pasientjournal detaljer om undersøkelse, forebygging og behandling. I Nederland benyttes elektronisk pasientjournal (EPJ) som er egnet for forskning, og flere tannklinikker i Nederland deltar i dag i praksisbaserte forskningsnettverk. Med dedikerte dataalgoritmer kan det beregnes estimater direkte fra EPJ på eksempelvis klinisk holdbarhet på tannfyllinger, kroner og rotkanalbehandlinger.

Denne typen tverrsnittstudier kan bidra til forbedret innsikt om viktige risikofaktorer med hensyn til tidspunkt for å intervensere ved primærkaries eller ved fyllingsdefekter og når det er hensiktsmessig å utføre reparasjon eller revisjon. Med utgangspunkt i data fra et forskningsnettverk i Nijmegen i Nederland, presenterte Mark Laske forskningsfunn. To store EPJ-tverrsnittstudiet ble presentert i mer detalj. Den første rapporterer holdbarhet på direkte fyllinger i kompositt plast, amalgam, glassionomer og compomer basert på fyllinger fra 24 tannklinikker med 67 tannleger (1). Den neste tverrsnittstudien rapporterer 10 års overlevelse av klasse 2-fyllinger i kompositt, amalgam, glassionomer og compomer fra 24 tannklinikker med 67 tannleger (2).

Ikke overraskende er det stor variasjon i klinisk holdbarhet som en funksjon av en rekke kjente, og sannsynligvis fortsatt ukjente, materialfaktorer, pasientfaktorer og klinikkfaktorer.

Studiene dokumenterte sammenheng mellom klinisk holdbarhet og pasientfaktor som alder over 65 år i forhold til yngre, tegn til tannslitasje, fylling i molar i forhold til premolar og flerflate i forhold til enkeltflate, samt rotfylte i forhold til vitale tenner.

Med hensyn til materialfaktorene konstaterte man liten forskjell mellom ulike kompositte plastprodukter og ulike bondingprodukter. En klar observasjon for klasse 2 posteriore fyllinger var at en sandwichteknikk med glassionomer gingivalt i kassen resulterer i dårlig holdbarhet. Mark Laske avrundet med å påpeke at karieskontroll mest sannsynlig er viktigere enn grader av god fyllingskvalitet med tanke på klinisk holdbarhet.

Et mål som ofte benyttes for klinisk holdbarhet er «annual failure rate» (AFR). AFR er et tall som er lett å forstå, men som lett også kan mistolkes når man spekulerer i årsakssammenhenger. Et eksempel kan være variasjonen på AFR mellom 2,3 % og 7,9 % i de 24 tannklinikkene.

En spekulativ hypotese er at tallene reflekterer at noen tannleger er mer tilbøyelige til å revidere på et tidlig stadium, mens andre har erfart at det kan gå lang tid fra når en fyllingsdefekt er synlig til at det er behov for å revidere. En annen spekulativ hypotese er å anta at tallene reflekterer dårlige kontra gode klinikere, at det er mangelfull kvalitet på utførte behandlinger eller at det benyttes mindreverdige fyllingsmaterialer osv. Imidlertid kan



Mark Laske presenterte forskningsfunn fra Radboud University Medical Center i Nederland.

realiteten også være motsatt, eksempelvis hvis en høy andel av pasientene i klinikken er fra en ressursvak gruppe, rusmisbrukere, har overveiende dårlig sosioøkonomi status, lav helsekompetanse, fluorfornektene og et hav av andre kjente og ukjente pasientrisikofaktorer. Data fra tverrsnittstudier, det være seg fra EPJ eller andre helsedata-registre, er enkle å utføre, og kan presentere verdifulle data, men kan i seg selv ikke bekrefte årsakssammenheng, selv om man lett kan la seg blende av komplekse multivariabel, multivariat statistiske analyser, gjerne multilevel.

Etter den utmerkede presentasjonen ble det anledning å diskutere med Mark Laske om den gamle observasjonen at pasienter som ofte skifter tannlege har i gjennomsnitt kortere holdbarhet på sine tannfyllinger sammenliknet med de som ikke skifter tannlege.

Laske kunne bekrefte at de finner det samme i sine studier, eksempelvis: «Differences in AFR were observed between the different types of the practice, the AFR of restorations placed in solo or small group practices (2 or 3 dentists) was lower compared to that in larger group practices.» (1) og «Practice type was identified as a risk factor, with restorations placed in solo practices showing a higher AFR₁₀ and risk for failure compared with small group practices, and a longer survival compared to large group practices» (2).

I de samme artiklene forklares tallene med hhv. «In large practices, patients are more often seen by different

dentists. It has been shown that changing dentists leads to a higher replacement rate of fillings” (1) og “Working in a group practice might result in checkups being performed by another dentist, which might result in a higher risk for intervention as changing dentists was found to be a risk factor” (2). Med andre ord, hyppig skifte av tannlege er fortsatt forbundet med gjennomsnittlig kortere holdbarhet på fyllingene. Hva kan være årsakssammenheng? Spørsmålet er viktig fordi det er vanlig praksis innen både den offentlige tannhelsetjenesten og i mange tannlegekjeder, at pasienten ikke går til sin «faste tannlege».

Hva kan være sannsynlig årsakssammenheng mellom hyppig tannlegebytte og lavere AFR? For fire tiår tilbake gikk Professor Richard J. Elderton til krig mot den britiske tannlegestanden med anklager om overbehandling, men den krigen tapte han. I forskning for tre tiår siden beskrev Mjør og Jokstad at hyppigste årsak til fyllingsrevisjoner er sekundærkaries.

Reflekterende tannleger som vurderer revisjon av en tvilsom fylling bedømmer dette i sammenheng med pasientens helsetilstand, tidligere behandlingshistorikk og kariesaktivitet. Ved konsultasjon av en ny pasient derimot, mangler behandlingserfaringen og det er oftest umulig å bedømme kariesaktivitet etter bare en klinisk undersøkelse. Hvordan sannsynlighet, risiko og konsekvens blir formidlet av tannlege og tolket av pasient, vil avgjøre hvilket samvalg som blir gjort.

På dette tidspunktet deltok flere gode kolleger i diskusjonen. Det var både interessant og tankevekkende å høre på alternative utlegninger om hvorfor det er vanlig praksis i dag innen både den offentlige tannhelsetjenesten og i flere tannlegekjeder at pasienten ikke får tildelt time hos «sin faste tannlege».

REFERANSER

1. Laske M, Opdam NJ, Bronkhorst EM, Braspenning JC, Huysmans MC. Longevity of direct restorations in Dutch dental practices. Descriptive study out of a practice based research network. J Dent. 2016; 46:12-7. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2016.01.002>
2. Laske M, Opdam NJM, Bronkhorst EM, Braspenning JCC, Huysmans MCDNJM. Ten-Year Survival of Class II Restorations Placed by General Practitioners. JDR Clin Trans Res. 2016 ;1: 292-299. <https://doi.org/10.1177/2380084416663192>
3. Laske M, Opdam NJM, Bronkhorst EM, Braspenning JCC, Huysmans MCDNJM. The differences between three performance measures on dental restorations, clinical success, survival and failure: A matter of perspective. Dent Mater. 2019; 35: 1506-1513. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2019.07.010>

Vestlandsmøtet 2025

BERGEN, GRIEGHALLEN, 16. – 17. JANUAR

TORSDAG

VESTLANDSMØTET
HANDS-ON-KURS
DENTALUTSTILLING
FESTMIDDAG

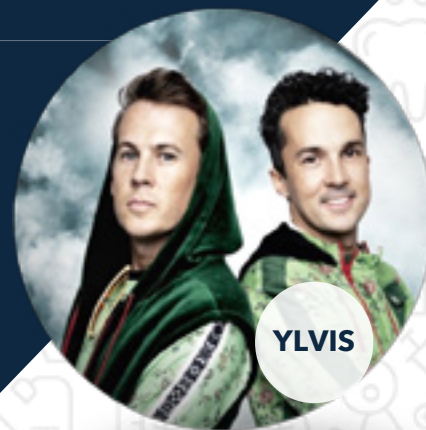
FREDAG

VESTLANDSMØTET FORTSETTER
KURS FOR TANNHELSETEAMET
PREMIER OG KÅRING
UTSTILLING
DEBATT

Se program på vestlandsmotet.no



BERGEN
TANNLEGEFORENING



YLVIS



HANDS-
ON KURS



FEST-
MIDDAG



50
UTSTILLERE

NOEN AV VÅRE FOREDRAGSHOLDERE



JAN
KIRKEDAM



LADO LOKO
LORO



ANETTE
AARSLAND



JAZ
GULATI



DAGMAR
BUNÆS



HANS KRISTIAN
OGNEDAL



Vestlandsmøtet 2025

BERGEN, GRIEGHALLEN, 16. – 17. JANUAR

TORS DAG - VESTLANDSMØET

09:30 VELKOMMEN



10:00 Hvordan puste deg trygg, sunn og avslappet

Anette Aarsland

10:45 Utstillervandring og kaffe



11:15 Sjeldne Oralmedisinske og kirurgiske kasus henvist fra tannleger

Lado Loko Loro

12:15 Utstillervandring og lunsj



13:15 Etiske dilemmaer i periodontal behandling - Hva står på spill?

Dagmar Bunæs

14:00 Utstillervandring og kaffe



14:30 3D-printing av dentale restaureringer

Jan Kirkedam

15:30 Utstillervandring og kaffe



19:00 Festaften med Ylvis!

FREDAG - VESTLANDSMØET

09:00 Occlusion in the real world

Jaz Gulati

10:15 Utstillervandring og kaffe

10:45 Occlusion in the real world

Jaz Gulati

12:00 Utstillervandring og lunsj

13:00 Occlusion in the real world - Q&A

Jaz Gulati

13:30 Slitte bitt

Hans Kristian Ognedal

14:30 Utstillervandring og kaffe

15:00 NOU News! - debatt

Heming (President i NTF)

Kari Odland (TiPS)

TORS DAG - HANDS-ON KURS

09:00 Periodontalkirurgi i allmennpraksis. Hands-on-kurs på modeller

Kristian Hamill Lind

09:00 Praktisk hands-on-kurs. Kompositt og estetikk ved slitte bitt.

Christoffer Bjelland

12:30 Utstillervandring og lunsj

13:30 Periodontalkirurgi i allmennpraksis. Hands-on-kurs på modeller

Kristian Hamill Lind

13:30 Praktisk hands-on-kurs. Kompositt og estetikk ved slitte bitt.

Christoffer Bjelland

Begge Hands-on-kurs kjører over to omganger:

Fra 10.00-12.30, så på nytt etter lunsj fra 13.30- 16.00



FREDAG - TANNHELSETEAMET

09:00 Oral kirurgi i allmennpraksis

Christoffer Skøyen og Pia Maria Vasterlund

10:00 Utstillervandring og kaffe

10:30 Oral kirurgi i allmennpraksis - fortsetter

Christoffer Skøyen og Pia Maria Vasterlund

11:30 Utstillervandring og lunsj

12:30 «Pust» - Workshop

Anette Aarsland

13:30 Utstillervandring og kaffe

14:00 «Pust» - Workshop - fortsetter

Anette Aarsland

15:00 Utstillervandring og kaffe

PRISER

Ordinært medlem, tannlege (frem til 09.12.24)	3.900,-
Ordinært medlem, tannlege	4.500,-
Ikke medlem, tannlege	5.500,-
Tanntekniker/tannpleier	3.900,-
U lønnet spes.kand/PhD-kand:	1.500,-
Tannlegestudent ikke medlem:	600,-
Pensjonist og tannlegestudent medlem NTF-S	Gratis

Hands-on-kurs (pr kurs)	2.900,-
Tannhelseteamet (inkl lunsj)	3.000,-
Festaften	1.195,-
Drikkebong alkohol (en flaske vin)	750,-
Drikkebong alkoholfritt (4 enheter)	200,-
Besøkende utstilling (etter 13:00)	150,-

Påmelding på vestlandsmotet.no

Mindfulness funker:

Det gjelder å ha det som du har det

Mindfulness, på norsk «oppmerksomt nærvær», er en velprøvd metode for stressmestring og selvutvikling, basert på buddhistisk visdom og praksis. Du skal ikke bli en bedre versjon av deg selv eller strebe etter at alt skal bli bra. Du kan likevel komme til å få det bedre – ved å være som du er, og ha det som du har det.

 ELLEN BEATE DYVI
 KRISTIN AKSNES

Morten Finckenhagen kom til NTFs landsmøte for å gi en kort innføring i hva mindfulness er. Han understreket at det er umulig å lære dette på en halv time, så det han kunne tilby vare en appetittvekker.

– Mindfulness passer for alle som puster, og alle kan få det til, sa Finckenhagen. Og det må trenes. Du kan ikke lese deg til det. Og det er som med idrett: Du blir ikke god av å se Sportsrevyen. Mindfulness er en erfaringsbasert praksis. Det handler om å bare være – ikke gjøre, ikke prestere og ikke planlegge. Hensikten er å finne ro når vi trenger det. Mindfulness oppnås ved blant annet meditasjon og pusteøvelser.

Mindfulness er også en øvelse i å legge merke til det du erfarer her og nå. Du skal bare være til stede. Du skal ikke prestere eller få til noe utover dette. Du skal ikke trene på å tenke positivt. Du skal ikke fortrenge vonde tanker og følelser. Du skal ikke analysere eller forstå alt du opplever. Du skal ikke jakte på sinnsro eller godfølelse. Du skal ikke en gang bli god til å meditere.

Paradokset er at om du legger merke til at du ikke synes du får det til – ja, da har du fått det til!

Finckenhagen forteller at han var fastlege, ektemann og far til fire. Så rammet livet. Han mister to voksne sønner i

løpet av kort tid, han mister andre familiemedlemmer, og han fikk en kreftdiagnose. Han blir rådet til å sykmelde seg, slutte å jobbe, og han blir rådet til å bruke medisiner. Dette ville han ikke. Han sier at det som reddet ham er mindfulness, og han skulle ønske at han hadde oppdaget metoden lenge før. Alle kan ha nytte av det. Du trenger ikke være rammet av vonde ting. Mindfulness passer for alle som puster.

Uhensiktsmessige tanker kan erstattes

– Smart-telefonen er kommet for å bli, slo Finckenhagen fast. Den er fin. Og det gjelder å bruke den riktig. Vi kan legge den bort også. Apropos smarttelefonen og alt den kan brukes til: Sinnet vårt har også algoritmer. Vi går gjerne i faste tankespor. Noen vanlige uhensiktsmessige tanker er: bekymring for fremtiden; grubling over fortiden; indre og ytre krav – er jeg bra nok?; hva synes og tror andre mennesker om meg?; relasjonelle utfordringer; døden og meningen med livet.

Mindfulness handler om kultivering av sunn fornuft. Det gjelder å være ikke-dømmende, tålmodig, se med nye øyne, ha tillit, ikke strebe, akseptere og la gå – og det handler om takknemlighet og generøsitet. Få et ærlig og vennlig forhold til deg selv.



Mindfulness er enkelt, og ikke lett. Det krever egeninnsats over tid, sier Morten Finckenhagen, som skulle ønske han hadde oppdaget metoden tidligere i livet.

En som har skrevet mye om mindfulness er Jon Kabat-Zinns. Hans definisjon av mindfulness er:

«Mindfulness is awareness that arises through paying attention, on purpose, in the present moment, non-judgmentally – in the service of self-understanding and wisdom.»

Igjen understreker Finckenhagen at det ikke handler om å tenke positivt. Han siterte for sikkerhets skyld dansken Svend Brinkmann, som sier: «Hvis du tenker positivt hver eneste dag, arbeider hardt, streber etter å bli den beste utgaven av deg selv, omgir deg med inspirerende mennesker som aldri gir opp – så er det ingen grenser for hvor utmattet du kan bli.»

Det finnes kurs

Morten Finckenhagen har gitt mange kurs i mindfulness, og det er flere enn ham som tilbyr kurs. Han var ikke ute etter å selge egne kurs, virket det som – snarere å motivere andre til å bli kursgivere.

Temaer i kurset er eller kan være: Hva er mindfulness/ oppmerksomt nærvær?; Hva skiller metoden fra andre veier til stressmestring og selvutvikling?; Pusten – en kilde til ro; Kroppen – trofast tjener, barometer/container og stressomt prosjekt; Sansene – vårt brukergrensesnitt mot virkelig-

heten; Tanker og følelser – forbigående hendelser i sinnet; Hvem er jeg og hvordan ble jeg slik?; Livets evolusjonære og eksistensielle grunnvilkår; Jeg i møte med andre – herlig og vanskelig; Selvledelse.

Forresten: Ha realistiske forventninger. Dette er ingen mirakelkur mot alle slags plager og problemer. Det er enkelt, og ikke lett. Det er ingen kvikkfiks – mindfulness krever egeninnsats over tid.

Som ved fysisk trening gjelder det å lære seg aktiviteten. Det tar seks-åtte uker å komme i form. Det er liten effekt av å lese om trening eller se på at andre trener. Å holde seg i form er et livslangt prosjekt. Mindfulness har dokumenterte effekter på helse og livskvalitet.

10-15 minutter

Når du har lært det kan du det. Sånn sett er det som å svømme eller sykle.

Det krever ikke mye tid hver dag.

Hvor mye tid bruker du på omsorg for kropp og utseende? Tannpuss? Hår, sminke, klær? Trening og velvære? Kosthold og matlaging? Hvor mye tid investerer du i vedlikehold av ting? Leiligheten/huset og ev. hytta, inkludert interiør og hage? Bil, båt, hobby, sport- og fritidsutstyr som ski, sykkel, turutstyr osv.?

Hvor mye tid bruker du på å ivareta og utvikle ditt eget sinn? Hva med å investere 10-15 minutter daglig? På tide å gi det en sjanse?

Hvis du vil ha en smakebit på metoden tipset Finckenhagen om et kompendium på FHI's nettsted: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/oppmerksomhetstrening-og--stressmestring.pdf>

For både kvinner og menn

Det er langt mellom de ikke-odontologiske foredragene på NTFs landsmøte for tiden. Når det er noe tiltrekker det seg mange tilhørere. Så også denne lille halvtimen om mindfulness, ved legen Morten Finckenhagen fredag formiddag. Det kom til og med mange menn. Når det er en lege, og mann i tillegg, som skal snakke om det, kan det ikke være tull, tenker kanskje tannlegene?

Det er ikke første gangen det er noe om mindfulness på NTFs landsmøte. Det har vært lengre seanser enn denne. I 2013 var Lisbeth Pettersen der. Hun har skrevet flere bøker om temaet. Da kom det bare damer: https://www.tannlegetidende.no/journal/2013/11/dnt-537391/Mindfulness_i_hverdagen

Har du riktig arbeidsstilling?

«Hvordan når vi pensjonsalderen med helse i behold?» var tittelen på fysioterapeut Marie Jalkanens sesjon om ergonomi på NTFs landsmøte. Det handlet først og fremst om riktig sittestilling, ikke unaturlig, siden tannleger sitter store deler av arbeidslivet.

 KRISTIN AKSNES



Bildet viser en tannleges arbeidsstilling i en vanlig kontorstol, noe forhåpentligvis få bruker.

Ved å legge vekt på ergonomi, bevegelse, lys og generell fysisk helse kan tannleger i stor grad forebygge belastningsskader, og sikre et langt og godt yrkesliv.

Jalkanen refererte innledningsvis til internasjonal forskning som kunne viser at over 70 prosent av tredjeårs tannlegestudenter i USA har vondt i nakken. I Malaysia har 45 prosent i alle yrkesgrupper innen tannhelse ryggsmarter, 91 prosent av litauiske tannleger rapporterer ryggsmarter, og 80 prosent av avgangsstudentene på tannlegeutdanningen i Barcelona rapporterer muskel- og skjelettsmerter.



Øverste del av bildet viser kroppens naturlige avslappede stilling nedsenket i vann, sammenlignet med en sittestilling på en vanlig stol.

Dette viser at riktig arbeidsstilling, gjerne med støtte for underarmene, i tillegg til god lyssetting er vesentlig for å forebygge yrkesskader, fortalte hun, og viste med eksempler.

Hun demonstrerte hvordan leddene i en naturlig avslappet stilling har en 30- til 60-graders vinkel på ryggstøtten, mens sittestillingen på en vanlig stol, vil bety 90-graders vinkel mellom rygg og sete. Dette feilbelaster rygg, nakke og skuldre over tid, og fører til smerter.

Løsningen for tannhelsepersonell er å variere arbeidsstillingen ved å bruke riktig sessel, det vil si en sadelstol, noe som er vanlig på de fleste tannlegeklinikker.

Det finnes flere produsenter av sadelstoler, og kursholderen viste seg å være visedirektør i selskapet som produserer sesselen som ble demonstrert, noe det skulle vært opplyst om ved begynnelsen av sesjonen.

De to sesjonene, én for tannleger og én for tannhelsesekretærer, var godt besøkt.



Øverste del av bildet viser kroppens langt riktigere sittestilling i en sadelstol.

Nordental 2024: Innholdsrik og sosial

Årets Nordental føyde seg pent inn i rekken av oversiktlige, innholdsrike og sosiale landsmøteutstillinger.

 KJETIL REPPEN

Den store hallen i NOVA Spektrum på Lillestrøm er velegnet til formålet. Dentalbransjen og utstillere fra andre bransjer hadde laget publikumsvennlige stands bemannet med hyggelige og kompetente folk.

NTFs torg i sentrum av hallen bød på rikelig med sitteplasser og gode muligheter for servering. Det var for øvrig nok av serveringsteder rundt omkring på messen.

I tillegg fungerte torget som arena for korte presentasjoner av produkter, faglige presentasjoner, prisutdelinger og diskusjoner. Dette var en arena med mange interessante tilbud, som ble godt besøkt.



Klinikkstrukturen i tannlegebransjen er i endring. Kjeden vokser, og småklinikken blir etter hvert borte. Det er mange årsaker til dette, og det endrer hvem som er innkjøpere. Slik sett får nok dentalbransjen noen utfordringer etter hvert. Men årets Nordental bar preg av optimisme og perspektivet fremover. Flere utstillere kunne fortelle om stor pågang og langt flere ordre enn i fjor.

Årets Nordental presenterte både nye produkter og endel gamle travere i ny innpakning.

Det er vanskelig å peke på trender, men dentalbransjen viste et bredt utvalg av gode produkter, og på Nordental var det mulig å gjøre mange gode kjøp.

Det mest spennende var nok for mange standen der man presenterte kunstig intelligens (KI) som hjelpemiddel i radiologien. KI er jo forlengst i bruk på sykehus. Dette er noe vi helt sikkert har på plass på våre klinikker i nær fremtid. Et fantastisk supplerende hjelpemiddel i diagnostikken.



Munntørrethet er et problem for mange. XyliMelts presenterer klebetabletter til både dag- og nattbruk med virketid opptil åtte timer.



Aliva viste frem et helt nytt munntørrethetsprodukt, der en liten pumpe leverer ørsmå vannmengder gjennom en tynn slange til en slags «skinne» inne i munnen om natten. Produktet lanseres i januar 2025.



Antibiotikasenteret er et kompetansesenter for riktig bruk av antibiotika, og de hadde en viktig stand på Nordental. Overforbruk og feil bruk av antibiotika er et globalt problem, og god og riktig informasjon om dette er helt nødvendig. Multiresistens er et større og større problem.



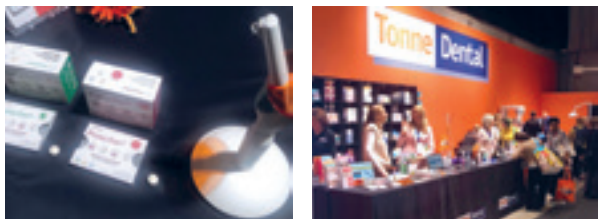
Klinikkutrustning ble presentert av flere. Health Workers og Workis hadde fine kolleksjoner, og kvaliteten fremstår som utmerket.



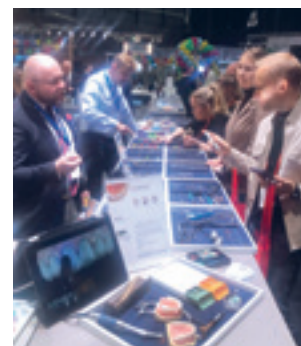
Både klinikkutrustning og utstyr til alt renhold på klinikken må vaskes. Elis, som er et internasjonalt selskap, har svært lang erfaring med å tilby denne tjenesten.



Tonne hadde som vanlig en fin og godt synlig stand. Tonne leverer det meste og viste frem en herdelampe som herder kompositt på under fire sekunder. En interessant stand.



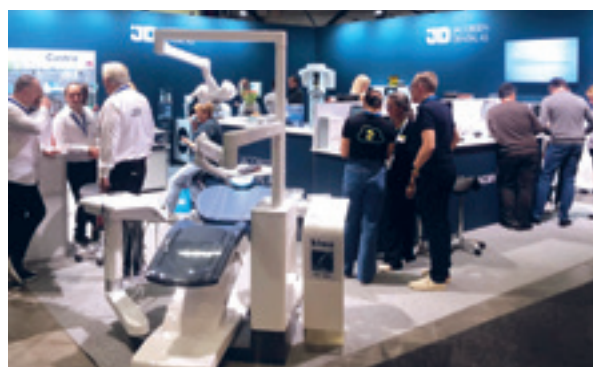
Igjen satser Technomedics på håndinstrumenter, og de hadde som vanlig en flott stand, der man kunne finne det meste av denslags. Kvaliteten er upåklagelig.



Unident presenterte mange interessante produkter på sin store og innholdsrike stand. De er en av totalleverandørene til tannlegebransjen. Ingen nyhet, men et apparat til å fjerne skalpellblad fra skaftet kan være nyttig for den som synes engangsskalpeller er for dårlige.



Jacobsen er sterke på utstyrssiden, og de presenterte blant annet noen av sine uniter.



LIC Scadenta hadde en flott stand, og presenterte et omfattende og gjennomtenkt assortiment når det gjelder desinfeksjon. I tillegg viste de sessler.



Plandent hadde som vanlig en stor og veldig godt bemannet stand. Foruten sitt brede utvalg av uniter og røntgen, fokuserte de på vannrensing. Rent vann byr på lavere sjanse for vannrelaterte infeksjoner, og i tillegg mindre vedlikehold av utstyr.



Dentalspar er en stor leverandør av forbruksartikler og hadde som vanlig en fargerik og innholdsrik stand. De har alltid ekstra gode tilbud i nettbutikken.



Dental Sør viste sine lekre og funksjonelle Heka-uniter. Solide, driftssikre og gode å jobbe på.



Dental Direkt viste frem sine gode tilbud på forbruksartikler.



MediTann presenterte en svært interessant italiensk unit. Uniten har alle tenkelige funksjoner. I tillegg kan stolen med et tastetrykk roteres 90 grader, slik at den blir usedvanlig enkel både å entre og gå ut av. MediTann viste også frem en interessant skanner.

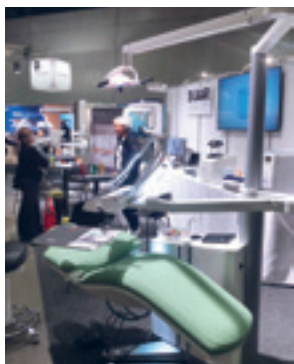
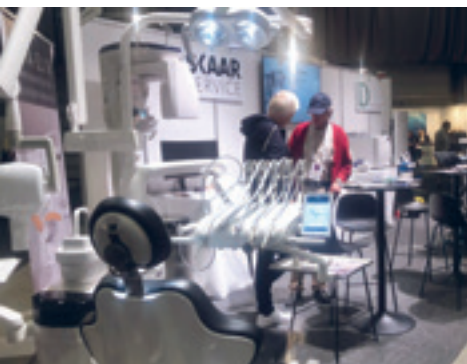


Curaprox-produktene ble vist, og det ble også produktene fra GUM som leverer alt som trengs til oralt renhold.

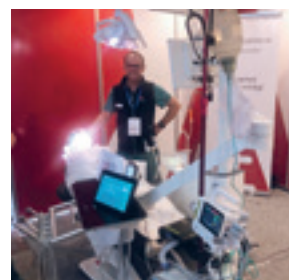


Blekemidler vises alltid og overalt på Nordental. Norsk Orthoform og Coltene presenterte sine produkter for henholdsvis hjemmebleking og klinikkbleking.

Skaar presenterte flere uniter, blant annet XO. Skaar er et lite firma med stor kompetanse og lang erfaring på uniter og service. Skaar har tidligere hatt ansvar for det tekniske ved fakultetet i Oslo.



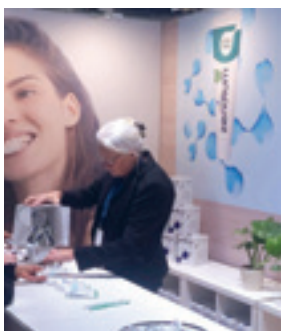
Anesthesispecialisten har mobile narkoserigger som kan benyttes på de fleste tannklinikker. De tilbyr hjelp til behandling av utfordrende pasienter under narkose, og stiller med trygg og god kompetanse.



Adin er en meget stor uavhengig tannimplantat-leverandør.



Mangfoldet av tannkremer er stort, og på Nordental kan man se noe av utvalget. Colgate og Zendium viste sine produkter.



Gode og viktige produkter for munn- og tannhelse ble presentert av Flux som har stort utvalg av fluor-produkter.



SB12 hadde også en fin stand, der de blant annet presenterte produkter mot dårlig ånde.



Align hadde en fin stand med god informasjon om bruk av Invisalign. Systemet har vært i bruk i 26 år, så erfaringsgrunnlaget er stort.



MedicVision demonstrerte mikroskop og lupebriller. Solide og velprøvde produkter.



Durr Dental leverer kompressorer og en rekke andre kvalitetsprodukter til tannleger, og de hadde som alltid, en ryddig og innbydende stand.



Dandent leverer førsteklasses og lekre klinikkinnredninger. Mange fine detaljer. Et interessant alternativ ved fornyelse eller etablering av ny klinikk.



Pengestrømmen i tannlegebransjen interesserer både banker, formuesforvaltere og tilbydere av betalingsløsninger. Finansco og Svea finans var til stede, med tilbud og gode løsninger.



Callingsystemer på større klinikker er viktig for optimal hjelp og arbeidsflyt. DentalCall leverer skreddersydde løsninger av høy kvalitet.



Grasp aware er en liten «ball» som engstelige pasienten har i hånden og kan klemme på når noe er vondt eller ubehagelig. «Ballen» er koblet til en skjerm som gir tannlegen løpende informasjon om smerteopplevelse, slik at hensyn umiddelbart kan tas.



Informasjon til pasientene er viktig i vår kliniske hverdag. For å optimalisere informasjonen og samtidig spare tid, tilbyr Ferrule et gjennomprøvet, kvalitetssikret og flerspråklig informasjonsprodukt, for såvel venteværelse som bruk chairside. Dette er nå i bruk hos svært mange tannleger rundt i Norge.



Datasikkerhet er viktig, og Telenor var til stede på Nordental for å informere og veilede.



Norsk pasientskadeerstatning hadde stand, og de kunne informere om at utbetalinger etter skader og feil ved tannbehandling har økt mye det siste året – fra et allerede høyt nivå.



Tannhelsetjenestens kompetansesentre, som det er fem stykker av, var representert med en informasjonsstand.



TGS, tannlegenes gjensidige sykeavbruddskasse, var representert med stand på Nordental. Et medlemskap her er lurt, og har vært nyttig for mange som har opplevd sykdom med praksisfravær.



En viktig partner på klinikken er tannhelsesekretæren. En tannhelsesekretær med god kompetanse er gull verdt. Tannhelsesekretærforbundet arbeider for dette, og var, som vanlig, representert med en stand.



Leger uten grenser hadde informasjonsstand. En viktig organisasjon som fortjener støtte.



Trinnvis er en «hjelpende hånd» i klinikken, både ved oppstart og underveis. Vi snakker om styring, HMS, datasikkerhet, internkontroll osv. Det er mye å passe på, men med Trinnvis reduseres problemene.



Mange av tannlegekjedene var representert på Nordental. OC-klinikkene er svensk og Skandinavias eldste private aktør innen tannhelsetjeneste, og nå vel etablert i Norge med 11 klinikker. OC-klinikkene satser på klinikker med stor grad av autonomi.



Flere tanntekniske laboratorier presenterte seg på Nordental. Proteket bød på livedemonstrasjon med pasient i stilen. Et flott og interessant innslag.



Sonett er et moderne svensk data- og journalsystem som ønsker å etablere seg i Norge. Systemet benytter seg av kunstig intelligens og skydrift. Det blir testet ut nå i 2025 og tenkes lansert i 2026. Dette kan bli en drøy konkurrent til dagens aktører. Sonett ble for øvrig kåret til beste stand på Nordental.



Nordental 2024 går inn i historien som en oversiktlig, informativ og ikke minst sosial arena i forbindelse med NTFs landsmøte. Dentalbransjen og øvrige utstillere hadde forberedt seg godt, og så vel utstillere som landsmøtedeltagere har grunn til å være fornøyde med Nordental 2024.



Sykehjelpsordningen

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

www.sykehjelpsordningen.no





I vårt fagområde er det dessverre slik at mye av det vi gjør baserer seg på en slags faglig evolusjon og konsensus over tid. (..) En universell tannhelsetjeneste krever likevel en vurdering av hva som er beste praksis.

Nødvendig tannbehandling, hva er det?

 CARL CHRISTIAN BLICH

En universell tannhelsetjeneste krever nærmere beskrivelse av hva som er nødvendig helsehjelp i munnhulen. Dette kravet er selvsagt dersom staten skal bruke mellom 4 og 14 milliarder årlig på munnhelse (1). Det er imidlertid også av stor betydning, uansett hvem som betaler, i et marked der noen aktører forventer «organisk vekst», mens behandlerne – og befolkningen – rapporterer om mindre restorativ behandling.

I 2008 var jeg så heldig å få lede en bredt sammensatt arbeidsgruppe i Helsedirektoratet, som skulle gi direktoratet råd om «nødvendig tannbehandling». Dette var en bestilling i Stortingsmelding 35 (2006-2007) «Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidens tannhelsetjenester». I januar 2011, nesten tre år etter at arbeidet ble igangsatt, forelå veilederen «God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av skjønn ved nødvendig tannbehandling». Arbeidsgruppens råd handlet om at behovene er individuelle hos pasientene. Man burde heller beskrive prosessen tannlegene skal ha i hodet i møte med den enkelte pasient, enn å sette objektive grenser innen de enkelte behandlingstypene. Veilederen er likevel tydelig når den beskriver forebygging foran behandling, og ikke minst: Så lite

irreversibel behandling som mulig. For, behandling genererer ofte mer behandling.

16 år etter at dette arbeidet startet er mye forandret. Pasientene rapporterer om mindre utført reparativ behandling, mer rutinekontroller og noe lavere årlig kostnad enn ti år tilbake i tid (2)(3). Denne tendensen har også vært dokumentert gjennom flere tiår i spørreundersøkelser blant tannleger (4) (5). Samtidig sysselsettes en økende andel behandlere i tannhelsekjeder. To-tre av disse er store, og ledelsen forventer «organisk vekst». Dette legger et tilsynelatende stigende press på behandlerne, som kommer til uttrykk på forskjellige måter. Hva som er etisk og faglig forsvarlig settes under press (6). §§ 4 og 6 i helsepersonelloven gir imidlertid klare føringer, og uansett hva autorisert helsepersonell blir oppfordret til av oppdragsgivere, så overstyrer loven ønskene om «organisk vekst».

I Norge er Det odontologiske fakultet i Oslo det eneste av tre læresteder som har egen ledelse. De to andre lærestedene er underlagt medisin. Man kunne da tenke at Oslo-fakultetet var en organisasjon som hadde en overordnet struktur der en felles forståelse av hva som er nødvendig tannbehandling ble utformet. Slik ser det ikke ut til å være. Fagmiljøene, slik som

eksempelvis pedodonti, periodonti eller kirurgi og oral medisin, har sine egne forståelser av hva som er nødvendig innenfor de respektive fagfeltene. De hensyntar i praksis ikke den helheten som fakultetet skal være ansvarlig for. Den som er uenig i dette synet bør dokumentere hvor de omforente beslutningene om fagets totale innhold har vært tatt gjennom de siste 40 årene. Dette gjør det samtidig krevende å beskrive når behandlingsintervensjoner bør skje hos den enkelte pasient. Hva er nødvendig?

Periodontitt: «1-2 mm festetap på to tenner som ikke er nabotenner» (7). Denne sykdomsdefinisjonen fortjener debatt. Når nesten alle nordmenn over 65 år har sykdommen, er det kanskje diagnosen som er syk? Den åpner for «organisk vekst», ettersom systemet fra 2018 er komplekst og kan misbrukes. Når skal periodontitt behandles, og hvordan? Hvor store ressurser skal settes av for å screene friske mennesker? (8)

Det samme gjelder for øvrig rutinekontroller. Dersom det er tilstrekkelig å kalle inn presumptivt friske barn hvert annet år, hvor ofte bør 30-40 åringer, om få år også 50-60-åringer med få restaurerte tenner, kalles inn?

Erosjoner: Når skal disse behandles, og hvordan? (9) Også disse vil kunne gi "organisk vekst" til slunkne timebøker, i form av overbehandling.

Eldre: Tannhelseutvalget går imot Helsedirektoratet som vurderer det økende behovet i eldrebefolkningen som forbigående, fordi DMFT hos fremtidens eldre vil være betydelig lavere. Utvalget mener tvert imot at primærkaries på

ufylte flater vil generere et konstant økt behov. Det som finnes av studier i Norge, tyder imidlertid på at primærkaries i ufylte flater i ungdomsårene, ikke genererer særlig behandlingsbehov i voksen alder (10) (11). Sannheten er vel heller, som direktoratet ser ut til å mene, at sekundærkaries i proximale fyllings- eller kronekanter krever betydelig mer omfattende behandling enn - eventuell - fremtidig primærkaries.

Konserverende behandling: Når skal fyllinger skiftes – og til hva? Er det overbevisende dokumentasjon på at rotfylte tenner bør bekrones?

Screening: I Tannbarn, Helsedirektoratets retningslinje for behandling av barn og unge, tas det til orde for at samtlige i fem indikatorull bør innkalles til undersøkelse (3, 5, 12, 15 og 18-åringer). Fylkene ser ikke ut til å følge dette kravet (12). Det handler om prioritering (nytte, ressurs, alvorlighet). Arbeidsgruppen som deltok i dette arbeidet, hadde en betydelig andel pedodontister. Mange av rådene hadde lav eller moderat vitenskapelig begrunnelse. Det er få sykdommer i Norge som oppfyller kravene til egne screeningprogrammer. Hva er den faglige begrunnelsen for å innføre et omfattende screeningprogram på tilnærmet friske barn, med en tannsykdom som i svært sjeldne tilfeller er livstruende?

Kort oppsummert: I vårt fagområde er det dessverre slik at mye av det vi gjør baserer seg på en slags faglig evolusjon og konsensus over tid. Mye vil være vanskelig å dokumentere med sterk grad av evidens. En universell tannhelsetjeneste krever likevel en vurdering av hva

som er beste praksis. Ønsker om organisk vekst i et fallende marked gjør også at tannlegene trenger en tydeligere rettesnor for hva som er tilstrekkelig og god behandling hos den enkelte pasient. Enkelt blir det ikke, men herved sendes ballen til ledelsen ved lærestedene. Man må jo begynne et sted.

REFERANSER

1. NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar.
2. Brekke Holden M, Skau I, Grytten J. Forbruket av tannhelsetjenester i voksenbefolkningen 20–70 år. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024; 134: 796-805 DOI:10.56373/2024-10-3
3. Grytten J, Skau I. Improvements in dental health and dentists' workload in Norway, 1992 to 2015. *Int Dent J.* 2022; 72: 399-406. DOI:10.1016/j.iden-tj.2021.07.004.
4. Grytten J, Skau I, Holst D Behandlingskapasitet for voksne i privat og offentlig tannhelsetjeneste i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2006; 116: 212–16 DOI:10.56373/2006-4-3.
5. Holmgren TK, Rongen G, Grytten J Allmenntannlegene i den private tannhelsetjenesten - har de nok å gjøre? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2017; 127: 948-952 DOI:10.56373/2017-11-3.
6. Moezzi M, Hofmann B. Kan endringer i en tannleges arbeidsvilkår forandre tannlegerollen? En etisk refleksjon. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024; 134: 818-27 DOI:10.56373/2024-10-5.
7. Bunæs DF. Ny klassifikasjon av periodontal og peri-implantat sjukdom. Nøkkelenringer. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2019; 130: 132-7 DOI:10.56373/2019-2-6.
8. Raittio E, Grytten J, Lopez R, Blich CC, Vettore M, Baelum V. Applying current European periodontitis clinical practice guidelines is not feasible even for the richest countries in the world. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2024. DOI:10.1111/cdoe.13003.
9. Mulic A, Kopperud SE. Dentale erosjoner: synspunkter og behandlingsstrategier blant norske tannleger. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2013; 123: 784-88 DOI:10.56373/2013-11-16.
10. Dobloug A, Grytten A. A ten-year longitudinal study of caries among patients aged 14-72 years in Norway. *Caries Res.* 2015; 49: 384-89. DOI:10.1159/000381427.
11. Grytten J, Pervaiz M, Rongen G, Skau I. Endringer i de unge voksnes tannhelse – hvor stort er deres behandlingsbehov? En analyse av studenter som var pasienter hos SiO Helse Tannlege i perioden 2007-2018. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2020; 130: 904-12. DOI:10.56373/2020-11-4.
12. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. <https://www.ssb.no/statbank/list/tannhelse>

Spesialister innen alle fagområder

Oris Dental har over 100 spesialister, og kan bistå med solid, faglig forankret behandling av høy kvalitet. Vi har klinikker som tilbyr spesialisttjenester over hele landet, og tilbyr kort ventetid.



Les mer om hva våre spesialister kan hjelpe deg med



Alltid oppdatert

Vi lever av å yte service til våre pasienter, og er avhengige av et arbeidsmiljø som fremmer arbeids glede og skaper trygghet for å ivareta pasientene. Med kontinuerlig fokus på videreutvikling holdes våre behandlere oppdaterte gjennom omfattende kursing i både inn- og utland. På denne måten kan vi tilby god, faglig forankret behandling i trygge rammer.

Trygg og god dialog

Oris Dental har mer enn 80 klinikker, fra Alta i nord til Søgne i sør. Vi har derfor satset stort på digitale plattformer der pasientkasus kan diskuteres sikkert, i henhold til GDPR. Dette sørger for god dialog mellom tannhelseteamene ved alle våre klinikker, og aktuelle spesialister og tannleger.



Takk for et flott år sammen!
Vi takker for tilliten, og ser frem til flere gode samarbeid i året som kommer.



ORIS DENTAL

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening

Presidentens tale til landsmøtet

📍 TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSANSVARLIG, NTF

Kjære alle tannleger, alle tannpleiere, alle tannhelsesekretærer og alle tannteknikere. Kjære munnhelsearbeidere. Kjære helsearbeidere. Kjære leverandører og utviklere, og alle dere som har deres virke i helse- og omsorgstjenesten og hos helsemyndighetene. Kjære tillitsvalgte som får NTF til å fungere. Velkommen til landsmøtet.

Jeg ønsker spesielt velkommen til statssekretær Ellen Rønning Arnesen, til Lise Randeberg, leder for Akademikerne, til Legeforeningens president, Anne-Karin Rime, og til den europeiske tannlegeforeningen CEDs leder, Freddie Sloth-Lisbjerg. Velkommen til våre kollegaer og venner fra Sverige, til våre ledere ved utdanningsstedene, til Tannpleierforeningen, Tannhelsesekretærenes forbund og Tannteknikerforbundet. Velkommen til prisvinnerne, som er med på å drive faget vårt videre, til vårt kompetente sekretariat, til NTFs hovedstyre og til våre æresmedlemmer. Velkommen til Landsmøtet 2024.

En stor takk til alle dere som hver dag går på jobb for å gjøre en forskjell for munnhelsen i befolkningen. Tannleger er godt likt! Våre pasienter er fornøyd med oss. Vi jobber mye, og vi jobber effektivt. Vi har høy kvalitet i vår tjeneste. Vi er nytenkende og fremoverlent. Vi har høy yrkesmoral.

Jeg er stolt over å representere en slik stand. Som leverer så bra, og som skal levere bra i årene som kommer. År som kan bli preget av store reformer og som kan bli kjempespennende.

Som de fleste av dere vil være kjent med er det kommet en NOU om fremtidens tannhelsetjeneste.

Hvorfor skal vi gjøre noe med tannhelsetilbudet? Hvorfor har vi fått en norsk offentlig utredning hvis alt står bra til i kongeriket? Kan vi ikke la alt bare være som det er? Det fungerer jo fint nå.

Det er riktig at mange i Norge har god munnhelse. Det kan vi takke våre forgjengers innføring av fluorid for. Vi kan takke dem for at de sørget for at vi har pusset tenner morgen og kveld og at vi har spist godteri bare på lørdag. Vi kan takke for befolkningsnære tannklinikker, men vi kan nok også takke for at befolkningen lyttet til fagfolk, fordi det ikke fantes andre kilder som var lett tilgjengelig for folket. I dag er dette ganske annerledes. Fagfolk har mistet innflytelse til fordel for influensere og helsesyndere, og til fordel for tilfeldige søk på nett og kunstig intelligens. Slik du spør får du svar.

Nye spørreundersøkelser sier at behovet for våre tjenester er lavt nå. Da er det viktig å påpeke at de som trenger våre tjenester aller mest ikke svarer på slike undersøkelser. Fremtidens tannhelsetjeneste handler ikke om hvor mange som har det bra nå. Den handler om hvordan vi bør bli for å møte de sannsynlige endringene i samfunnet fremover.

Vi har utfordringer i dagens tannhelsetjeneste. Karies går ikke ned, og vi er ikke best i Europa. Vi ser utfordringer hos de unge, vi ser det hos de med lav utdanning og de med dårlig økonomi. Disse spiser og drikker for mye usunt. Usunn mat og drikke er billigst, og mest markedsført. Hvis vi kombinerer dette med sviktende helsekompetanse får vi en situasjon hvor ikke bare munnhelsen, men også den generelle helsen er utfordret. Som kjent for forsamlingen så er munnhelse og helse det samme. I tillegg til disse sosiale og økonomiske utfordringene har vi også mennesker med spesielle helseutfordringer som ikke får det tilbudet de trenger. Tannlegeforeningen har påpekt utfordringene vi har med å ta godt vare på mennesker med psykiske helseutfordringer, rusmiddelutfordringer, kreftoverleverne og mennesker med medfødte helsetilstander. De nevnte gruppene blir ikke ivaretatt



godt nok i dag, men det betyr ikke at dedikerte tannleger, tannpleiere, tann teknikere og tannhelsesekretærer allerede gjør en betydelig innsats for utsatte grupper.

Arbeidsmarkedet vårt i den private sektoren er under stadig mer press. Vi har fått inn useriøse aktører som annonserer med «Tyrkiabehandling» og rent kosmetiske behandlinger. Vi har et stadig økende antall klinikker som reklamerer med botoxbehandling og fillere, til tross for at helsemyndighetene tydelig har sagt at slik behandling ikke er tillatt for tannleger. Vi har et økende antall klinikker som annonserer med lokketilbud som er så lave at de umulig kan være lønnsomme. Tilsynsmyndighetene prioriterer heller ikke tannhelse, selv om statsforvalterenes rolle har blitt styrket på feltet.

Det bør nok allikevel være en tankevekker for alle dere seriøse aktørene i privat sektor. Framover blir det avgjørende å styrke seriøse aktører og luke bort useriøse. Det vil gagne oss alle. Fremtidens tannhelsetjeneste i fred, krise og krig er helt avhengig av at vi har en helhetlig tannhelsetjeneste som inkluderer offentlig og privat sektor.

La meg få ta dere tilbake til 2020 og den første ordentlige helsekrisen i Norge på svært lenge. Først et retorisk spørsmål: Husker dere pandemien? Selvsagt gjør dere det. Men

husker dere hvordan mangelen på gode beredskapsplaner skapte stor usikkerhet i befolkningen? Husker dere i Helsedirektoratet hvordan det var å ikke kunne få kontakt med landets tannleger uten å gå gjennom NTF? Husker dere i den offentlige tannhelsetjenesten hvordan det var å skulle finne ut hvordan tilbudet til befolkningen skulle opprettholdes på kort og på lang sikt? Husker dere fylkestannhelsesjefer hvordan det var å skulle prøve å få til et samarbeid med de private tannlegene i deres ansvarsområde, uten å ha en oversikt over hvem de var? Husker dere private næringsdrivende hvordan det var å bli stengt ned? Hvordan det var å miste alle inntekter og beholde alle utgifter? Hvordan det var å permittere ansatte? Husker dere hvordan det var å ikke bli regnet med som en viktig helsetjeneste for befolkningen?

Vi glemmer. Vi husker ikke ropene etter å bli anerkjent som en viktig helsetjeneste for befolkningen.

Det arbeides fremdeles med planverk for hvordan vi skal håndtere neste helsekrise. Nå arbeides det for å få til det som helseberedskapskommisjonen peker så tydelig på – å bygge i fred det vi trenger i krise og i krig. Vi tannleger trengs mer enn noen gang når det verste skjer. Vi er ikke bare helsepersonell som kan brukes til vaksiner og smittevern, slik hel-

seberedskapskommisjonen også skriver. I kriser og krig blir munnhelsen verre. Det blir mer smerter, mer infeksjoner, mer skader, mer vold i nære relasjoner, flere overgrep. Da trenger Norge oss. Da trenger Norge at offentlige og private helsearbeidere, tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer og tann teknikere står samlet for befolkningen. Da trenger vi planverk som også omfatter næringsdrivende tannleger. Da må alle norske tannleger bidra. Vi kan ikke klare oss uten at vi får til samarbeid og samhandling – i én helsetjeneste!

Vi trenger også digital samhandling. Og her sier jeg ikke bedre digital samhandling – for i dag har vi ingen! Vi kan ikke fortsette sånn. Det hemmer vår beredskap, men det er også en utfordring for pasientsikkerheten. Svikt i kommunikasjon med muligheter for manglende og uriktige helseopplysninger utgjør en trussel. Nå forventer vi at myndighetene tar ansvar og raskest mulig gir oss de samme digitale verktøy som andre helsetjenester allerede har.

Tannleger er spesialister. Vi foretar røntgenundersøkelser og røntgentolkninger, vi mediserer og injiserer, vi gjør inngrep på tenner, vi gjør kirurgi og vi tar biopsier. Vår spesialkompetanse har det vist seg å være vanskelig for mange å forstå. Som gruppe hører vi åpenbart hjemme blant de spesialiserte helsetjenestene.

Fylkestannhelsejefene har et stort ansvar. De har ansvaret for at lovpålagte helsetjenestene i Tannhelsetjenesteloven tilbys. De har ansvaret for tjenester til de mest sårbare i samfunnet vårt. De har ansvar for beredskap. NTF har tydelig pekt på at vi ønsker å flytte ledelsen av fylkeskommunen opp på regionsnivå, og at vi ønsker en foretaksmodell. Det er i dag utfordrende at lederne for den eneste helsetjenesten i fylkeskommunen flyttes stadig lenger ned i organisasjonen. En så viktig lovpålagt tjeneste burde ha en ledelsesorganisering hvor ledelsen står fri til å planlegge tjenesten på lang sikt, hvor ledelsen er ansvarlig for å ivareta det nødvendige tilbudet til befolkningen i alle situasjoner, hvor de er frie til å uttale seg om alt som er innenfor deres ansvarsområde og hvor de står fritt til å finne de beste samarbeidsmåtene med privat sektor for å løse samfunnsoppgaven. Hovedstyret i NTF vil arbeide for at ledelsen for tannhelsetjenestene legges til et regionalt nivå fordi vi mener en slik flytting vil gi det beste utgangspunktet for å løse oppgavene. Men hva mener dere?

NOUen sier ingenting om utfordringene med å sikre rekrutteringen av autoriserte tannhelsesekretærer, norsk utdannede tann teknikere, nok tannpleiere, nok tannleger med riktig og brede kompetanse godt støttet av et hensiktsmessig

antall tannlegespesialister med spisskompetanse. Vi trenger en felles forståelse for hvem vi skal utdanne og hvilken kompetanse disse skal ha. Vi trenger samarbeid mellom universiteter, kompetansesentre og hele tannhelsetjenesten, offentlig og privat. Dette kan vi få til ved norske studiesteder, men ikke utenlands. Derfor har NTFs representantskap tydelig pekt på at 80 % av våre nye tannleger må utdannes i Norge. Til det trenger vi lærere!

Hvis hele befolkningen skal sikres et godt tannhelsetjenestetilbud, må også de hundretusener som SSB i dag sier ikke har råd, ivaretas. Hvordan det skal skje, er et viktig spørsmål.

Målrettede tiltak er bra, men det er en risiko at de ikke treffer riktig, eller at de en gang traff riktig, men ikke gjør det lenger på grunn av samfunnsutviklingen. At tiltak ikke treffer ser vi både i folketrygden og i tannhelsetjenesteloven, og også i helsevesenet i stort. Utvalget har foreslått en universell finansiering med frikortordning slik som det er i helsevesenet som den beste løsningen for å sikre at de som trenger det mest vil gå til undersøkelse og få nødvendig behandling. Det tror jeg også, og jeg inviterer dere til å være med på debatten.

Jeg vil påpeke at det snakkes om nødvendig behandling. Hva som er nødvendig behandling, må defineres av faget selv. Det betyr at vi må finne ut hva som er nødvendig munnhelsehjelp OG vi må finne ut hva staten skal dekke. Det betyr at vi får et tredelt tannhelsetilbud: Nødvendige tannhelsetjenester som staten skal dekke med en egenandel, nødvendige tannhelsetjenester som pasientene selv skal dekke, og tannhelsetjenester som ikke defineres som nødvendige, men som etterspørres i befolkningen. For meg er det viktig at tjenestene leveres av både de private og den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er det viktig å understreke: Økt statlig finansiering må bety at både den offentlige og den private delen får et felles ansvar for å gi gode helsetjenester. Det gir oss en mulighet til å skape gode forutsetninger for en god samhandling mellom det offentlige og det private. Vi trenger styrken hos begge. Vi må sikre at tannleger ønsker å søke stilling i det offentlige og at de ønsker å bli der. Vi må sikre at de næringsdrivende og kontraktørtannlegene ønsker å bli med i ordningen. Da må vi sørge for at staten lager gode ordninger som hensyntar inntekt, men også drift og kompetanseheving. Så må staten lære av hvorfor honorartariffen i sin tid ble sagt opp av NTF, og de må lære av hvorfor det har gått så galt i England. En god ordning må følges opp, slik at de private ønsker å bli i ordningen. Politikerne må få nødvendig informasjon for å ta de gode og kloke avgjørelsene. Dersom vi ikke får

til samhandlingen mellom de to delene av vår ene tannhelse-tjeneste så kan resultatet bli økt sosial ulikhet. Dit skal vi ikke.

Som tannhelsepersonell er det vår oppgave å tale pasien-ters sak, og vår egen sak, på en slik måte at politikerne ikke er i tvil om hva en helhetlig og integrert tannhelsetjeneste vil koste, og at kostnaden er vel investerte penger for samfunnet og den enkelte borger.

Dette er tiden for å si tydelig at dette er kostnaden for å gi et helhetlig og integrert tannhelsetilbud til befolkningen i fred, krise og krig. Dette er tiden for å vise hvilken betydning vårt arbeid har for menneskenes munnhelse, for deres psy-kiske og kroppslige helse, for deres ernæring, deres sosiale liv og deres inkluderende arbeidsliv. Dette er tiden for å vise ty-delig frem alle våre dyktige helsearbeidere. Her er vi!

NOUen er en start. Den har bidratt til å løfte fram viktige utfordringer. Det er ikke sånn at den er svaret. Stortingsfler-

tallet er svaret. Politikerne bestemmer. Da blir det viktig å gi dem gode råd. Og de rådene må dere gi. Jeg har stor tro på at medlemmene i NTF nå kommer til å engasjere seg. Jeg har tro på at vi kommer til å diskutere. Jeg har tro på at vi kom-mer til å tåle en åpen og demokratisk prosess. Jeg har tro på at alle skal bli hørt. Jeg har stor tro på dere.

NTF er tannlegenes forening. Det har vi vært i 140 år – og det vil vi fortsette å være. Vi er der for dere! Sammen er vi NTF!

Alle innspill dere kommer med vil bli lyttet til, og de vil føre til et meget godt og bredt forankret hørings svar. Så nå vil jeg gjerne at dere skal få hilse på vår nye generalsekretær, som vil lede høringsprosessen i NTFs sekretariat, i tillegg til alle de andre løpende tjenestene NTF tilbyr for våre medlemmer. Velkommen opp til Anne Farseth. Takk for meg!



Velkommen til vår splitter nye klinikk!

Vi har flyttet inn i nye, større lokaler på Majorstuen, med økt kapasitet og styrket team for å gi våre pasienter et bedre tilbud med kortere ventetid.

Takk for samarbeidet i året som har gått!

Vi vil takke alle kolleger og samarbeidspartnere for et fint år sammen, og ønsker dere en god jul og et godt nyttår.



Alt innen oral kirurgi, oral medisin og implantatbehandling

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

Spesialister i oral kirurgi og oral medisin

Johanna Berstad

Erik Bie

Dag Petter Nilsen Tingvoll

Hauk Øyri

Spesialist i oral protetik

Dr.odont Jørn Aas



ORIS DENTAL
ORALKIRURGISK KLINIKK

Generalsekretærens tale

📺 TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSANSVARLIG, NTF



Kjære landsmøtedeltakere, og kjære alle medlemmer av Den norske tannlegeforening.

Som ny generalsekretær er det fantastisk å være her, og møte så mange av medlemmene våre, og få oppleve landsmøtet, som jeg fra dag én i foreningen har hørt så mye om.

Sekretariatet i Den norske tannlegeforening jobber hver dag for at tannleger i alle deler av landet, i privat og offentlig sektor, skal få faglig påfyll, best mulig rammebetingelser og god juridisk rådgivning.

Som medlemmer har dere, med rette, forventninger til hva vi i sekretariatet kan og bør bistå med. Oppgavene våre spenner over et bredt spekter, men det er ingen tvil om at det skal være medlemmene i sentrum.

Siden det første landsmøtet med fagprogram, helt tilbake i 1892, har vi vært en viktig tilbyder av etterutdanning, med god faglig bistand fra de beste på sine respektive fagfelt.

Vi er opptatt av å gi et tilbud som er mest mulig tilpasset en travel hverdag i klinikken, og har derfor satset på digitale kurs og webinarer. Pandemien var krevende for oss, men var det noe vi lærte, så var det at det vi også kan levere gode tjenester og få til god medlemservice digitalt.

Medlemservice er et område som favner bredt. En kompetent og hjelpsom stab svarer på det meste, fra spørsmål om medlemskap og registrering av kurs, til komplekse juridiske problemstillinger, hvor rådgivning og advokatbistand er nødvendig. Vi hjelper dere gjerne!

I tillegg til den bistanden som gis på telefon, e-post og i møter, er vi veldig opptatt av å ha en nettside med god og oppdatert informasjon – og verktøy som dere kan bruke når dere trenger det.

Et annet viktig område er selvsagt fagpolitikken. NTF mottar en rekke høringer, og svarer for å kunne påvirke ut fra vårt faglige ståsted på en rekke områder innen helse og ar-

beidsliv. Politisk påvirkning, og god og profesjonell dialog med myndigheter og samarbeidspartnere, er også en viktig del av vår hverdag. Dette er nødvendig for at vi skal bli hørt, og for kunne være en relevant aktør også utover det rent tannhelsefaglige.

Gjennom Akademikerne Pluss er vi glade for å kunne tilby medlemsfordeler som vi vet er nyttige. Gode bank- og forsikringstjenester er viktig – for oss som privatpersoner og som næringsdrivende. I tillegg kommer mange andre fordelsavtaler, så hvis du ikke har gjort det allerede, er det lurt å laste ned appen for å få full oversikt over avtalene og de gode rabattene. Vi i NTF er, sammen med de andre foreningene i akademikerfelleskapet, en pådriver for å utvide tilbudet med det som er relevant, til beste for dere.

Med forslagene som ligger i NOUen vet vi ikke helt hvor veien går, men det vi vet, er at det nok er en lang vei før det i det hele tatt skjer noen strukturelle endringer. Sekretariatet har rigget seg for å levere en god høring, basert på innspill fra hele organisasjonen. I parallell med dette skal vi selvsagt opprettholde alt det andre dere trenger fra oss som forening.

Digitale verktøy og møteplasser er imidlertid ikke nok. Vi trenger også å møtes fysisk, og til det er jo landsmøtet en veldig god arena for både faglig og sosialt påfyll. Fra NTFs sekretariat har vi jobbet mye med å få et fagseminartilbud som favner bredt, slik at alle kan velge den menyen som passer best ut fra ønsker og behov.

De sosiale rammene har vi også lagt til rette for, med bursdagsfest og mingling, og her er hver og en av dere særlig viktig for at vi skal få den møteplassen vi ønsker.

Vi er her for dere, og kan love at sekretariatet, som vi har gjort i 140 år, fortsatt skal levere de tjenestene dere trenger.

Godt landsmøte!



Lavrans sto for den musikalske underholdningen på årets åpning.

Takk for et fantastisk landsmøte og Nordental 2024!

Vi kan med glede se tilbake på tre inspirerende dager på NOVA Spektrum, Lillestrøm. NTFs landsmøte og Nordental 2024 samlet over 4 000 tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer, utstillere og andre tannhelseentusiaster fra hele landet.

 **TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSANSVARLIG, NTF**





Fra første del av debatten.

En stor takk til alle deltakere, utstillere, foredragsholdere, til-litsvalgte og samarbeidspartnere, som bidro til et vellykket arrangement. En spesiell takk til NTFs fag- og etterutdan-ningsutvalg, som skapte et solid fagprogram, vårt eventbyrå NPG, som stod for all praktisk gjennomføring, og Konsert-systemer som sørget for den tekniske kvaliteten.

Totalt besøkte i overkant av 4 000 mennesker NOVA Spektrum i løpet av arrangementets tre dager. Av disse var cirka 2 000 påmeldt fagprogrammet, fordelt på 1 200 tannle-ger og 200 studenter, samt rundt 350 tannhelsesekretærer og 100 tannpleiere. I tillegg deltok over 1 200 messebesøkende, og en rekke gjester, foredragsholdere og utstillere.

Inspirerende åpning med prisdrøys og fokus på tannhelsepolitikk

Årets landsmøteåpning inneholdt alle de tradisjonelle elementene med taler, hilsener, debatt, prisutdelinger og in-troduksjon av fagprogrammet. Lavrans (kjent fra The Voice) sto for den musikalske underholdningen, og satte en fin ram-me for arrangementet.

I år mottok hele syv medlemmer hederstegn for sin man-gearige innsats: Anders Godberg, Anja Michaelis, Arne Olav Lund, Sverre Aukland, Line C. Holtan, Ranveig Roberg og Tiril Willumsen. Hederstegnene ble delt ut av president He-ming Olsen-Bergem og generalsekretær Anne Farseth. Ti-dendes pris for beste kaspresentasjon for perioden 2022–2024 ble tildelt Stig Løvold og Sivakami Rethnam Haug.

Ved utdelingen av NTFs pris for odontologisk undervis-ning og forskning la juryen i år ekstra vekt på kandidatens forskningsarbeid. Årets prisvinner var Ulrik Leidland Opsahl, for sitt arbeide ved UiB og Nasjonalt senter for søvn-



Årets prisvinner Ulrik Leidland Opsahl med NTFs president Heming Olsen-Bergem.

medisin (SOVno) med å samle, produsere og formidle evi-densbasert kunnskap om forebygging, utredning og behand-ling av søvnproblemer og TMD-pasienter henvist for uavklarte smerter i ansikt og kjever.

I et år hvor Tannhelseutvalget har levert sin lenge påven-tede rapport var det ikke overraskende at det fagpolitiske sto i høysetet - både i talene, hilsenene og selvfølgelig debatten. I sin tale adresserte president Heming Olsen-Bergem utfor-dringene rundt befolkningens sosiale og økonomiske ulik-heter i tilgang til tannhelsetjenester, og trakk fram viktighe-ten av en helhetlig tannhelsetjeneste som inkluderer både offentlig og privat sektor, spesielt med tanke på beredskap under kriser.

NTFs nye generalsekretær Anne Farseth fikk også mulig-het til å ønske deltakerne velkommen. Hun fremhevet sekre-



Mottakere av NTFs hederstegn 2024.

tariatets arbeid med å støtte tannleger over hele landet, både faglig, juridisk og politisk, og med NOU-forslagene for fremtidig tannhelsetjeneste på agendaen, står sekretariatet klar for å levere en høringsuttalelse basert på medlemmenes behov og forventninger. Begge talene kan leses i sin helhet i egne saker.

Før debatten innledet Siri Lill Mannes med en samtale med leder for munn- og halskreftforeningen, Bjørn Fjærli. Han har selv hatt kreft og kunne fortelle om utfordringene behandlingen har hatt for munnhelsen, ulikheter i behandlingen og konsekvensene av manglende tverrfaglig samhandling.

Innledningen illustrerte godt behovet for en bedre integrering mellom tannhelsetjenesten og det øvrige helsevesenet. Samtalen ble etterfulgt av en bredere diskusjon om nødvendige endringer i organiseringen og finansieringen av tannhelsetilbudet, hvor NTFs president deltok sammen med Legeforeningens president Anne-Karin Rime og statssekretær Ellen Rønning-Arnesen. Rapporten fra Tannhelseutvalget peker veien videre med 40 forslag til en tannhelsereform,

men ikke alle er like enige i innholdet. Temperaturen ble derfor skrudd opp flere hakk i siste del av debatten da Marie Sneve Martinussen fra Rødt og Erlend Svardal Bøe fra Høyre ble invitert opp på scenen. Her var synet svært splittet på hvilke grupper som bør prioriteres og hvordan man skal løse utfordringene i, og finansieringen og organiseringen av, fremtidens tannhelsetjeneste.

Helt til slutt fikk fremtidens tannleger ved NTFs Studentleder Sofie Mathiesen muligheten til å oppsummere. Premisene for fremtidens klinikkhverdag kan stå overfor store endringer, og som studentlederen helt riktig påpekte – det mest interessante er om den forespeilede tannhelse reformen i det hele tatt blir noe av.

Debatten ble strømmet og opptak kan ses i sin helhet på NTFs YouTubekanal eller på NTFs Facebookside.

Stor stas å bli 140!

Det sosiale programmet er og blir en viktig del av landsmøtet, og det er tydelig at medlemmene våre setter stor pris på å treffes fysisk. I anledning NTFs 140 årsjubileum hadde NTF

i år invitert alle deltakere og besøkende til Nordental og NTFs landsmøte til bursdagsfeiring i Lobbyen på NOVA Spektrum. Festen fikk i år en ny vri ved at det startet rett etter ferdig fagprogram på torsdag, hvor deltakerne samlet seg for «streetfood» og mingling. Petter Haga, koret Swell og Lavrans bidro med underholdning.

Liv og røre på dentalmessen

Dentalutstillingen Nordental, som i år dekket over 2 000 kvm og inkluderte over 90 utstillere, utgjør en viktig del av landsmøtet. NTFs torg, sentralt plassert i utstillingsområdet, var godt besøkt, og Møtesonen tilbød korte, inspirerende pop-up-foredrag. Det var spesielt hyggelig å se så mange tilskuere på presentasjonene fra de nominerte til NTFs studentforskerpris, med tett pakket publikum både på tribunen og rundt scenen. Årets prisvinnere var Kevin Bakketun Hjelmseth & Shkendrit Murseli fra UiT for oppgaven «Fit-

Futures 3: Prevalens av visdomstener blant 26-27-åringer fra Tromsø og Balsfjord».

Messe minglingen etter avsluttet fagprogram fredagen skapte en god arena for uformelle møter mellom fag og bransje. Arrangementet var også i år godt besøkt, og det summet godt med folk og samtaler både rundt scenen og ellers i utstillingshallen. Det ble tradisjonen tro også delt ut pris til beste stand utdelt basert på kriterier som informasjonsformidling, standutforming, budskap og helhetsinntrykk. Årets vinner var Sonnett, og juryen fremhevet den nytenkende, kreative og estetiske pene standdesignen, samt deres imøtekommende personale med et høy kompetansenivå om det svært aktuelle produktet. Hederlig omtale gikk også til Jacobsen Dental og Straumann.

Vi gratulerer alle premie- og prisvinnere og hedersmottakere, og gleder oss allerede til neste års landsmøte, som igjen holdes på Lillestrøm og i NOVA Spektrum, fra 30. oktober til 1. november.



Årets prisvinnere av studentforskerprisen Kevin Bakketun Hjelmseth og Shkendrit Murseli med NTFs president og utdanningsjef.



NTFs symposium

6. - 7. mars 2025

Clarion Hotel The Hub

TEMA: Protetikk i praksis -
nøkler til suksess i allmennklinikken

Moderatorer:

Hannu Larsen og Benedicte Fjeldstad Alhaug

PÅMELDINGEN HAR ÅPNET!

tannlegeforeningen.no/symposium25

Fagprogram torsdag 6. mars

- **Betydningen av en god behandlingsplan**
v/ Hannu Larsen og Benedicte F. Alhaug (moderatorer)
- **Øke vertikal bitthøyde?**
v/ Ida Marie Dahle
- **Kvalitet i alle ledd - midlertidige erstatninger med lang varighet**
v/ Marit Agnete Dyrøy
- **Prepareringsprinsipper ved fast protetik**
v/ Anders Brennhovd
- **«Masterclass» i tørrlegging- nøkkelen til gode avtrykk**
v/ Trine Bjelke Holtermann
- **Fordeler og ulemper ved analoge og digitale avtrykksteknikker**
v/ Kai Hannestad og Øyvind Paulsen
- **Optimale valg og bruk av sementer i fast protetik - biomaterialske utfordringer**
v/ Håvard Haugen
- **30 år med zirkona i klinikken, hvordan gjør vi det i dag?**
v/ Per Vult von Steyern
- **Valg av materialer ved fastsementerte løsninger og tannteknikers muligheter til å få til et godt resultat** *v/ Kai Hannestad og Øyvind Paulsen*

Fagprogram fredag 7. mars

- **Perfekt okklusjon uten TMD – hele historien på 45 min**
v/ Christine Jonsgar og Ulrik Opsahl
- **Havarert implantatprotetik og jakten på en ny løsning**
v/ Torbjørn Leif Hansen og Margrete Smeby-Lerstad
- **Midlertidig protetisk akuttbehandling, tips og triks**
v/ Carl Fredrik Haseid
- **Hvilken bro til hvilken pasient – ulike kliniske kasus**
v/ Lisa Prinzell og Kjersti Sylvester Jensen
- **Den delvis tannløse pasienten, kva påverkar vårt behandlingsvalg vidare?**
v/ Harald Nesse
- **Funksjonelle helproteser**
v/ Trond Storesund

Priser og påmelding

- Medlem NTF kr 7750 inkl. lunsj begge dager
- Tannleger som ikke er medlemmer av NTF, betaler dobbel kursavgift

Ved påmelding etter 26. januar øker avgiften med kr 500.

Sosialt program

Torsdag kl 1930 inviterer vi til festmiddag og musikalsk underholdning på Clarion Hotel The Hub

Pris: kr 1200 (bookes ved påmelding som et tilvalg, og er ikke med i kursavgiften)

Arbeidsliv

Sykefravær og sykepenger

 ELIN KVERNØ, ADVOKAT OG AVDELINGSLEDER FOR JUS OG ARBEIDSLIV I NTF

Som arbeidsgiver har man et ansvar for å håndtere utbetaling av sykepenger på riktig måte.

Melding om sykefravær

Arbeidstaker må varsle arbeidsgiver så snart som mulig ved sykefravær. Plikten til å betale sykepenger begynner den dagen man har fått beskjed om fraværet. Det er viktig å ha gode rutiner for hvordan arbeidstaker skal melde om fravær, og at rutinene er kjent for arbeidstaker.

Når må arbeidsgiver betale sykepenger

Som arbeidsgiver må man betale sykepenger i et tidsrom på inntil 16 kalenderdager (arbeidsgiverperioden). Alle dager telles med, ikke bare dager arbeidstakeren skulle vært på jobb. Arbeidsgiverperioden regnes fra og med første hele sykefraværsdag. Arbeidstakeren må ha jobbet i minst fire uker for å ha rett til sykepenger fra arbeidsgiver.

Dersom en ansatt blir syk på nytt når det har gått mindre enn 16 kalenderdager siden forrige sykefravær, skal dette regnes med i samme arbeidsgiverperiode. Hvis det har gått mer enn 16 kalenderdager siden arbeidstakeren kom tilbake i jobb, vil man ha plikt til å betale sykepenger for en ny arbeidsgiverperiode ved nytt fravær.

Egenmelding

Egenmelding innebærer at en ansatt melder fra om arbeidsuførhet på grunn av sykdom eller skade, uten å legge frem legeerklæring. For å kunne benytte egenmelding må arbeidstakeren ha arbeidet hos arbeidsgiver i minst to måneder. Ved fravær ut over tre kalenderdager kan arbeidsgiver kreve sykmelding. Hvis første fraværsdag er en fredag, og arbeidstaker fortsatt er syk på mandag, er mandag fjerde kalenderdag av sykefraværet, og det kan derfor kreves sykmelding fra og med mandag. Hvis arbeidstakeren blir syk

igjen og leverer ny egenmelding før det har gått 16 kalenderdager, løper samme arbeidsgiverperiode videre. Arbeidsgiver kan bestemme at retten til å bruke egenmelding skal være begrenset til fire ganger i løpet av en 12-månedersperiode. Det er her uten betydning om fraværet er en, to eller tre dager. Arbeidsgiver kan innenfor arbeidsgiverperioden gi arbeidstakerne rett til å bruke egenmelding ut over tre kalenderdager, og har plikt til å drøfte med de tillitsvalgte om det skal gis utvidet rett til å bruke egenmelding.

Tap av retten til å benytte egenmelding

Som arbeidsgiver kan man frata en arbeidstaker retten til å få sykepenger på grunnlag av egenmelding dersom han/hun i løpet av tolv måneder har hatt minst fire fravær uten å legge frem legeerklæring, eller arbeidsgiver har rimelig grunn til å anta at fraværet ikke skyldes sykdom. Før arbeidstakeren fratras denne retten skal han/hun gis anledning til å uttale seg. En beslutning om å frata arbeidstakeren retten til å bruke egenmelding skal vurderes på nytt etter seks måneder.

Sykmelding

Sykmelding kan utstedes av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut. Det finnes ulike former for sykmelding. Ved gradert sykmelding kan kontakten med arbeidsplassen opprettholdes samtidig som man drar nytte av restarbeidsevnen. Tidsrom med graderte sykepenger regnes med i den totale lengden på sykepengeperioden. Dette betyr at man vil forbruke samme antall sykepengedager ved eksempelvis én måned gradert sykmelding som ved én måned med 100 prosent sykmelding. For å ha rett til sykepenger fra NAV må den sykmeldte være minst 20 prosent sykmeldt av den totale arbeidstiden sin.

Avventende sykmelding

Avventende sykmelding er en beskjed til arbeidsgiveren om at sykmelding kan unngås dersom arbeidet tilrettelegges. Hvis tilrettelegging ikke er mulig og den ansatte blir helt borte fra jobben, endrer legen den avventende sykmeldingen til en ordinær sykmelding. Sykmeldingen gjelder da fra startdatoen for avventende sykmelding.

Digital sykmelding og oppfølgingsplan

Alle sykmeldte arbeidstakere kan motta og sende sykmeldingen og søknad om sykepenger elektronisk til arbeidsgiveren sin. Etter sykmelding får arbeidstakeren et varsel på SMS eller e-post med oppfordring om å logge seg inn på nav.no. Her kan han/hun se sykmeldingen og sende den til arbeidsgiver. Arbeidsgiver vil motta sykmeldingen i innboksen i Altinn. Samtidig kan man som arbeidsgiver sende NAV informasjon om hvem som er nærmeste leder med personalansvar for den sykmeldte. Da får lederen tilgang til en egen side med oversikt over sykmeldingene og informasjon om oppfølgingen.

Frivillig forsikring mot ansvar for sykepenger i arbeidsgiverperioden for små bedrifter

Som arbeidsgiver kan man forsikre seg mot ansvar for sykepenger i arbeidsgiverperioden. Det er et vilkår at de samlede lønnsutbetalingene i foregående år ikke var høyere enn 40 G (grunnbeløpet).

Refusjon av sykepenger i arbeidsgiverperioden

I enkelte tilfeller får bedriften refusjon (men må forskuttere sykepengene) også for fravær innenfor de første 16 dagene:

- Hvis NAV har innvilget fritak fordi arbeidstakeren har en langvarig eller kronisk sykdom.
- Hvis arbeidstakeren er sykmeldt på grunn av en svangerskapsrelatert sykdom og NAV har innvilget fritak for arbeidsgiverperioden.
- Etter tre fraværsdager i små bedrifter der de samlede lønnsutbetalingene forrige år ikke var høyere enn 40 G, og som har forsikret seg mot sykepengeansvaret i arbeidsgiverperioden.

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

Vi tilbyr komplette løsninger til bedriften din

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

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

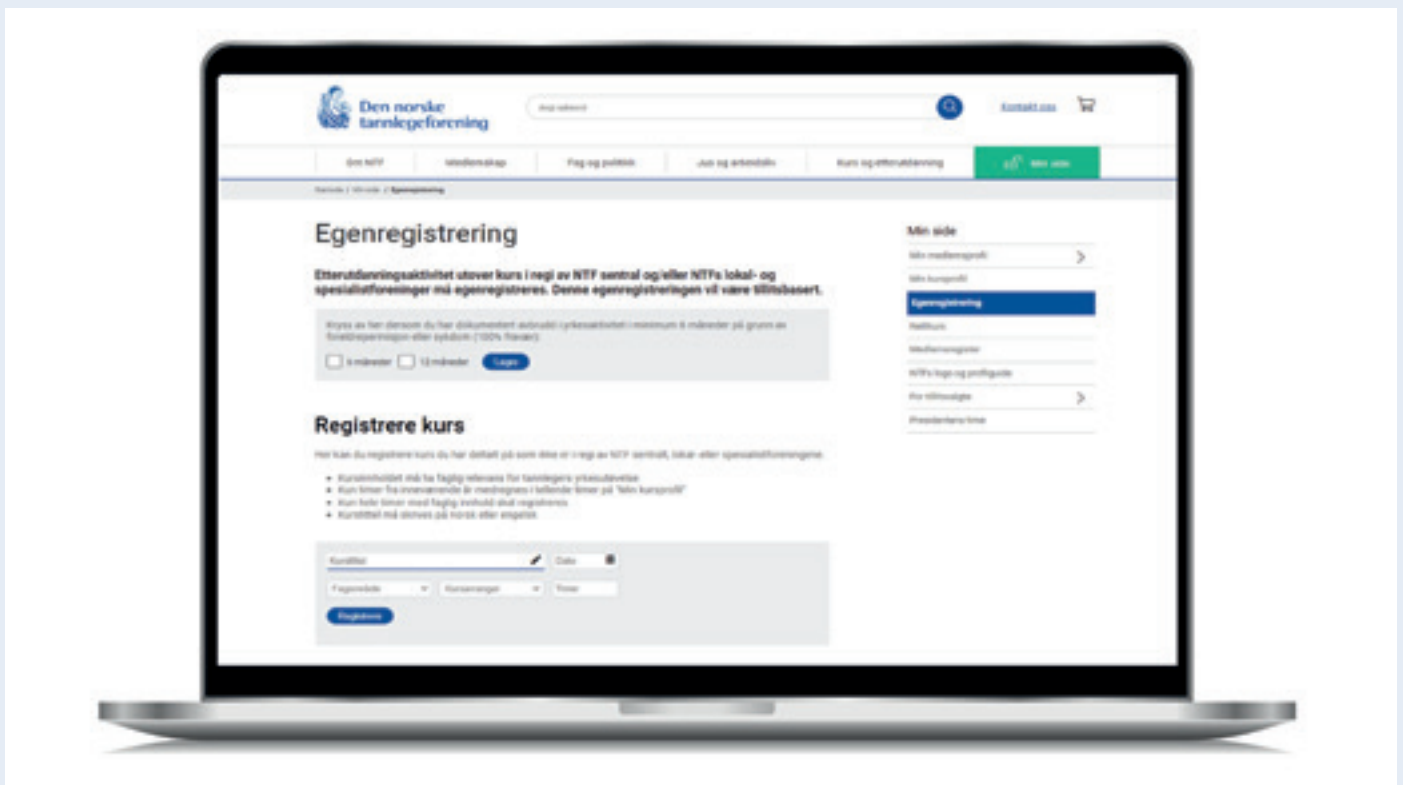
Har du husket å registrere din etterutdanningsaktivitet for 2024?

Vi minner om at alle ordinære medlemmer har et årlig, obligatorisk timekrav på 20 timer etterutdanning*.

NTFs sekretariat tar ansvar for å registrere timer for etterutdanning gjennomført i regi av NTF sentralt eller som arrangeres i samarbeid med andre, samt etterutdanning i regi av NTFs lokal- og spesialistforeninger.

Alle andre kurs må medlemmene selv registrere på «Min side» under «Egenregistrering».

Status for din etterutdanning finner du på «Min side» og «Min kursprofil».



*Kravet til etterutdanningstimer gjelder ikke for årskandidater eller ved dokumentert avbrudd i yrkesaktivitet i minimum 6 måneder på grunn av sykdom, foreldrepermisjon eller uførhet. Arbeid i redusert stilling gir ikke reduksjon i timekravet.



Den norske
tannlegeforening

Mer informasjon om NTFs obligatoriske etterutdanning finner du på www.tannlegeforeningen.no/OEU

Spør advokaten

Næringsdrivende og sykepenger

✍️ DAG KIELLAND NILSEN, ADVOKAT I NTF

Spørsmål:

Jeg har forstått det slik at jeg som næringsdrivende ikke får sykepenger fra dag én når jeg er sykmeldt. Hva er reglene rundt dette?

Svar:

Som selvstendig næringsdrivende får du 80 prosent av sykepengegrunnlaget fra og med 17. sykedag. De første 16 dagene får du ingenting fra NAV og må klare deg selv. De 16 dagene telles fra du oppsøker lege, eller fra NAV får melding om arbeidsuførheten. NAV beregner ikke sykepenger av inntekt over seks ganger grunnbeløpet i folketrygden (6G) for tiden 744 168 kroner.

Tannleger er imidlertid heldige og kan også få stønad fra Sykehjelpsordningen for tannleger dersom de har inntekt over 6 G, se her: [Info om Sykehjelpsordningen](#). Denne stønaden gis normalt fra og med 15. sykedag.

Det er også mulig å tegne frivillig forsikring via NAV for sykepenger i de første 16 dagene. Dette er imidlertid kostbare forsikringer:

Type dekning	Premie*
80 prosent dekning av sykepengegrunnlaget fra 1.–16. sykefraværdsdag	3 %
100 prosent dekning av sykepengegrunnlaget fra 17. sykefraværdsdag	1,3 %
100 prosent dekning av sykepengegrunnlaget fra første sykefraværdsdag	11%

*Premien beregnes etter forventet inntekt (personinntekt)

Også for de frivillige sykepengeforsikringene gjelder en øvre grense for sykepengegrunnlaget på seks ganger folketrygdens grunnbeløp (6 G), som betyr at du ikke får dekning via forsikringen for inntekter over 6 G.

Premien for frivillig sykepengeforsikring kan trekkes fra på skattemeldingen.

God jul og godt nytt år!

Vi takker alle medlemmer og samarbeidspartnere for et godt 2024!

I stedet for julekort sender vi i år en gave til Frelsesarmeen.

Med vennlig hilsen



Den norske
tannlegeforening



Snakk om etikk

Aggressiv markedsføring

LINE BJERKLUND PEDERSEN, LEDER I NTFs ETIKKRÅD

«Kan dere ikke gjøre noe med alle disse store reklamekampanjene og den aggressive markedsføringen mange tannklinikker driver med? Det må da være uetisk?»

Hjertesukket kommer fra en kollega. Flere i Etikkrådet kan melde om liknende henvendelser.

Etikkrådet har tatt affære når vi ser direkte brudd på de etiske reglene i forbindelse med reklame og annonsering. Vi har tilskrevet tannleger som reklamerer for produkter, klinikker som har annonsert med spesialiteter som ikke er godkjent i Norge, og klinikker som har drevet med kosmetiske injeksjoner. Alle er blitt gjort oppmerksomme på at praksisen er i strid med NTFs Etiske regler.

Temaet er også omtalt tidligere her, i Snakk om etikk. I 2020 #9, skrev jeg om Tannleger og markedsføring, og i 2022 #3, skrev Mariann Saanum Hauge om Når er det greit for tannleger å reklamere for tjenestene?

Det er ingen tvil om at det er en økende trend at tannklinikker reklamerer for sine tjenester.

I forbindelse med denne artikkelen skrev jeg inn flere søk og håpet algoritmene skulle sende noen eksempler min vei. Annonsene som dukket opp var mange. Det var smilende ansikter, vakre mennesker og hvite tenner. Budskapet som gikk igjen var at man kunne føle seg trygge hos profesjonelt tannhelsepersonell, som ville ivareta sine pasienter og gi dem den behandlingen de behøver. Hvorfor provoserer dette så mange kollegaer, og er det problematisk at det annonseres?

Tidligere var det ikke så vanlig å annonsere for sin tannlegepraksis. Med høy tannlegedekning, og mulighetene som ligger i internett og sosiale medier, har dette endret seg drastisk. Nå annonserer man for å vise frem klinikken og personellet, og for å få flere pasienter.

Klinikkene bruker profesjonelle reklamebyråer og det har til og med kommet firmaer som har spesialisert seg på dental markedsføring. Annonsene skal fange pasientens oppmerksomhet og gjerne lede dem videre til en hjemmeside som viser hva klinikken kan tilby av behandling og personell. Hjemmesidene er også laget slik at pasienter som søker svar på sine tannhelseutfordringer ledes inn via søkemotorer.

Dette er i og for seg hverken problematisk og eller uetisk. Det som skurrer, er innholdet i annonsene og på hjemmesidene. Det som først møter deg er tilbudet om drømmesmilet. De rette, hvite tennene som skal gjøre deg lykkelig. Fordi «mennesker som smiler mye er vitenskapelig bevist lykkeligere», men da må du ha et pent smil. Usynlig tannregulering ligger også godt synlig, og jammen er ikke alle tannlegene på klinikkene spesialister i dette. Skulle du mangle noen tenner, er det helt uproblematisk, for implantater løser alle problemer.

Ikke alle hjemmesider er som dette, det finnes hederlige unntak, men utrolig mange har estetisk tannbehandling som hovedoppslag og trekkplaster.

Dette er problematisk, fordi det skaper et behov hos pasienten.

Når en tannklinikk har så stort fokus på denne typen behandling, tenker pasienten at dette er noe de behøver. Klinikken er da med på å dreie oppmerksomheten vekk fra tannhelse og behandling av sykdom til kosmetisk og gjerne unødvendig behandling. De bidrar da til kroppspress og uheld i befolkningen. Dette er uetisk. Vi skal gjøre godt, og ikke gjøre skade.

Annonseringen er også problematisk fordi det fjerner oss fra det vi egentlig skal drive med, nemlig helse. Vi skal behandle og forebygge sykdom, og tilby hjelp til de som har sykdom, eller står i fare for å bli syke. I jakten på nye pasienter og fulle

timebøker, er det svært viktig å holde fast på hva som er vår oppgave som helsepersonell.

Det ser også ut til at en del tannleger og virksomheter ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot at helsepersonelloven § 13 om markedsføring, stiller strenge krav:

«Markedsføring av helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig.»

Dette gjelder også ved markedsføring av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester. Reglene gjelder dessuten på samme måte for alle tannleger, uavhengig av medlemskap i NTF, og også for virksomheter som ikke eies av tannleger. Helsepersonelloven håndheves av statsforvalteren og Helsetilsynet.

Legeforeningens etiske regler har et eget kapittel om markedsføring av virksomheter. Her kommer det klart frem at det kun skal dreie seg om «lokalisering, åpningstid og administrasjon, praksistype, spesialitet og tittel, diagnostiske og terapeutiske metoder og priser».

Det kan hende at vi i Tannlegeforeningen bør stramme inn og komme med noen retningslinjer i forhold til tannlegers markedsføring. Nå er vi i alle fall på vei inn i en grenseløshet som ikke gagnar standen.

Dessverre tror jeg at annonseringen reflekterer behandlingen som tilbys og utføres. Det betyr at vi også har en annen kamp å kjempe.

HUSK NTFs NETTKURS!

Kursene er gratis og teller 2 timer i NTFs etterutdanningsystem

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

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



Hva sier? studentene

Viktigheten av det sosiale fellesskapet

DERJA AWDI HUSEIN-OMAR OG ESTER VARHAUG, STYREMEDLEM OG INFOSEKRETÆR I NTF STUDENT

Som tannlegestudenter vet vi hvor krevende studiehverdagen kan være. Vi er i klinikken og på forelesninger hver dag mellom kl. 8 og 16, og har ofte flere av de resterende timene i døgnet på lesesalen. Likevel har odontologiutdanningen alltid vært mer enn bare pensum, eksamener og kasus. Den har vært formet av en rekke sterke og meningsfulle tradisjoner. Disse tradisjonene har i lang tid fungert som et sosialt støtteapparat som gir oss muligheten til å puste ut, le sammen, og skape minner og relasjoner, som gjerne holder et helt yrkesliv.

Tradisjoner som fadderuker i studiebyene, felles 17. mai-frokoster, odontologiske leker for studenter i inn og utland, samt Geilo-seminaret er møteplasser der vi har en unik sjanse til å knytte bånd og bygge fellesskap. De funker samtidig som et avbrekk i en hektisk studiehverdag. De fleste av oss vil nok si oss enige i at et sosialt nettverk er avgjørende for vår egen psykiske helse og motivasjon. Tradisjonene og fellesskapet er mer enn bare morsomme aktiviteter: De er viktige elementer i å bygge samarbeidsvillige og engasjerte kollegaer og sparrepартnere for fremtiden.

Deltagelsen i sosiale arrangementer har avtatt de siste årene, og med det står dermed de tidligere sterke tradisjonene våre i

fare for å viskes ut. Stress og tidspress kan være grunner til dette, eller at mange ikke føler på et behov for et like stort odontologisk miljø. Studentene som deltar i sosiale aktiviteter opplever ofte mindre hverdagsstress, økt trivsel, og en sterkere følelse av tilhørighet til «tannlegestudentidentiteten» i studiehverdagen. De siste årene er det blitt stadig færre studenter som deltar på de sosiale aktivitetene. Det har gått fra lange køer med studenter som ønsker å være med, til at de sosiale styrene ved fakultetene ofte sliter med rekruttering og oppmøte på arrangementene.

Vi i NTF Student ønsker å sette søkelyset på dette, og tydeliggjøre betydningen av å opprettholde det sosiale fellesskapet, slik at våre tradisjoner kan leve videre. Vi er tannlegestudenter kun i noen få år sammen: Grip mulighetene den tiden du har igjen. Skap minner med dine fremtidige kollegaer, som gjør at dere drar på kurs sammen om noen år. Å styrke engasjementet blant tannlegestudentene bør være en prioritert oppgave, og vi oppfordrer derfor alle til å ta del i og bidra til det sosiale miljøet på studiet.

 **TGS**
TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

9. jan	Stavanger	Ergonomi, Rogaland tannlegeforening
16.–17. jan	Bergen	Vestlandsmøtet 2025
16. jan–8. april	Oslo	Lederkurs BI/NTF
24.–25. jan	Oslo	TSF Fellesseminar 2025
7.–8. feb	Kristiansund	Operakurset 2025 – Endo for allmennpraktikeren
7.–8. feb	Trysil	Kirurgi i allmennpraksis
7.–8. feb	Klækken	Klækkenkurset 2025
13.–14. feb	Stavanger	Posteriore kjeramiske restaureringer
6.–7. mars	Oslo	NTFs symposium 2025
27.–28. mars	Trondheim	Midtnorge-møtet 2025
19.–20. jun	Tromsø	NTFs midnattssolsymposium
30. okt–1. nov	Lillestrøm	NTFs landsmøte og Nordental

Andre kurs, møter og aktiviteter

16.–17. jan	Oslo	KS I, kurs for nye tillitsvalgte (UTV)
29.–30. jan	Oslo	Hovedstyremøte
12.–13. mars	Oslo	NTFs Tariffkonferanse
29. mars	Nettbasert	Hovedstyremøte
20.–21. mai	Oslo	Hovedstyremøte
16.–17. juni	Oslo	NOAT møte
11.–15. aug	Arendal	Arendalsuka
9.–12. sep	Shanghai	FDI World dental congress
27.–29. nov	Oslo	NTFs representantskapsmøte



NTFs etterutdanning



Tannlegeforeningens Systematiske Etterutdanning (TSE)

Tannlegeforeningens Systematiske Etterutdanning (TSE) består av flere fagmoduler som kan tas uavhengig av hverandre. Undervisningen gjennomføres med en kombinasjon av fysiske samlinger, nettbasert undervisning og gruppeoppgaver. En gjennomført modul tilsvarer 40 timer etterutdanning. Forutsetningen for godkjent kurs er tilstedeværelse på samlinger og aktiv deltakelse i gruppearbeid.

Våren 2025 holdes følgende TSE moduler

Modul 7 - Restorativ behandling: Telemark

1. samling: kommer...
2. samling: kommer...

Modul 9 - Endodonti: Oslo

1. samling: 13. og 14. januar *(OBS: kort påmeldingsfrist!)*
2. samling: 25. og 26. februar

Modul 10 - Periodontale sykdommer: Finnmark, Alta

1. samling: 13. - 14. mars
2. samling: 3. - 4. april

Modul 8 arrangeres ikke våren 2025.

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

Tidendes pris 2024

Tidendes pris for beste kaspresentasjon i toårsperioden 2022-2024 ble delt ut under åpningen av NTFs landsmøte, 31. oktober 2024.

Prisen på 30 000 kroner gikk til Stig Løvold og Sivakami Rethnam Haug fra Universitetet i Bergen, for artikkelen *Cemento-ossøs dysplasi – en diagnostisk utfordring*, publisert i Tidende nr. 11, 2022.

Juryen begrunner valget av vinner slik:

Artikkelen tar opp en klinisk problemstilling som mange kanskje ikke er helt klar over.

Artikkelen er svært relevant for allmennpraktikere og aktuell for både tannleger og tannpleiere. Den belyser

viktigheten av å følge med på hva som skjer klinisk og radiologisk. Artikkelen har godt, norsk fagspråk, god disposisjon og diskusjon, fine illustrasjoner og relevante kliniske anbefalinger. Artikkelen er basert på pasientundersøkelser ved en universitetsklinikk og viser betydningen av tverrfaglig samarbeid. At artikkelen er original i Tidende har vært tungtveiende.

Juryen besto av medlemmene av NTFs redaksjonskomité: tannlege Eli-Karin Bergheim, tannlege Odd Bjørn Lutnæs, og professor Malin V. Jonsson. Sistnevnte trådte ut av juryen i siste runde av vurderingene, for å unngå inhabilitet.



Stig Løvold mottok prisen for beste kaspresentasjon av Tidendes redaktør, Ellen Beate Dyvi. Foto: Sigve Bremer Mejdal

«» tilbakeblikk

19
24

«Konsulentstillingen

... Rent bortsett fra foreliggende sak kan den bestemmende myndighet ikke ha nogen interesse av at høre en mer eller mindre anonym fagmands tilfældige opfatning, selv om han ved skjæbnens lunefulde spil plaseres i en stilling med det flotte navn konsulent. Man maa holde sig klart for øie at selv om man i en stilling med daarlig avlønning og vanskelige arbeidsforhold kan faa en dyktig, ja, den beste mand – saa er der ogsaa stor sandsynlighed for at man faar en ung, uerfaren fagmand med besynderlige særmeneringer eller kjæphester. Hvis en saadan konsulent gir sine raad paa basis av sin egen «selvstændige» opfatning på trods av alverdens sakkundskap, saa er det noget som hverken samfundet eller den bestemmende myndighet eller standen er tjent med.»

🕒 Tidende nr. 1, desember 1924

19
74

«N.T.F. 90 år

Neste gang vi samles til landsmøte i Oslo, vil man finne at generalforsamlingen er borte. Den ble under Bergensmøtet erstattet med et årsmøte. Et årsmøte skal holdes hvert år i forbindelse med landsmøtet og ha et innhold vi håper og tror skal gi medlemmene et større utbytte enn de generalforsamlinger man ide siste tiår har vært med på. ...

Generalforsamlingen er blitt en tradisjon innen N.T.F. og tradisjoner er noe som for tiden smuldrer bort mellom fingrene våre. Alt skal liksom bli så strømlinjet og smart, og fremfor alt praktisk. ...

Tanken bak den omorganisering det i lange tider er lagt opp til innen N.T.F., er styrking av lokalforeningene. ...»

🕒 Tidende nr. 11, desember 1974

20
14

«Når kommer e-resepten?

E-resept for tannleger lar vente på seg. I vår var den rett rundt hjørnet, det vil si at løsningen skulle være ferdig i september eller oktober.

E-resept for tannleger skal fremdeles ha høy prioritet hos helsemyndighetene, men fristen for når den kan komme er igjen utsatt, og det er foreløpig ikke gitt noen ny dato.»

🕒 Tidende nr. 11, desember 2014

Personalia

Dødsfall

Berit Frich Meling, f. 25.06.1955,

tannlegeeksamen 1980, d. 03.05.2024

Harald Aas, f. 05.10.1942,

tannlegeeksamen 1965, d. 02.11.2024

God jul, og tusen takk!



Illustrasjon: @heiaklubben / Marius Pålerud.

Tidendes redaksjon takker alle som har bidratt med stoff til Tidende gjennom året som er gått - fagstoff, aktuelt, debatt, bokanmeldelser, sommersaker, foreningsstoff og faste spalter. Ingen nevnt, og ingen glemt.

En særskilt takk går til fagfellene som vurderer vitenskapelige artikler og kaspresentasjoner - for det viktige arbeidet dere utfører når dere kvalitets-sikrer fagstoffet for Tidendes lesere.

Vi ønsker alle våre lesere og verdifulle bidragsytere en god og fredelig jul og et fint og godt nytt år.

Redaksjonen

SPESIALISTER

ENDODONTI

AGDER

Tannlege Christine Westlie Bergman

Spesialist i Endodonti
Tyholmen Tannlegesenter
Teaterplassen 3
4836 Arendal
Tlf: 37 02 55 33
spesialistene@tyholmen-tannlegesenter.no
www.tyholmen-tannlegesenter.no

Tannlege Claus Ungerechts

Leirvollen 1A
4513 Mandal
Tlf. 38 26 06 10
clunge@online.no

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

Tannlege Trude Udnæs

Tannlege Stig Heistein

Endodonti
Smerteutredning
Endodontisk kirurgi
CBCT
Tilrettelagt for rullestolbrukere
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf. 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Kjeller Tannhelse

Erik Katle

Spesialist i endodonti
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

Tannlegeriet Liabø

Tannlege Erika Giving

Spesialist i Endodonti
Ingierveien 6
1410 Kolbotn
Telf: 66802500
Mail: endo@tannlegeriet.no
www.tannlegeriet.no

Tannlege Unni Endal, universitetslektor UIO

Oris Dental Lysaker
Lysaker Torg 5
1366 Lysaker
Tlf 67 12 90 00
lysaker@orisdental.no
Endodontisk behandling med spesielt fokus på:
Smerteutredning
Endodontisk kirurgi
Resorpsjoner
Behandling i narkose
Mulighet for å ta imot rullestolbrukere

Tannlege Erik Giving

Spesialist i Endodonti
Skjetten senter
2013 Skjetten
Tlf. 64 83 10 10
post@givingendo.no
www.givingendo.no

Tannlege Johan Ulstad

Brynsveien 104
1352 Kolsås
Tlf. 67 13 69 93
Faks 67 13 22 11

BUSKERUD

Bragernes Endospesialist As

Tannlege Elham Al-Toma
Bragernes torg 4
3017 Drammen
Tlf. 32 89 98 60
Faks 32 89 98 61
bragernes.endo@gmail.com
Tar i mot funksjonshemmede

Nikola Petronijevic

Oris Dental Drammen Spesialistsenter

Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Telefon: 32 83 60 00
Telefax: 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

INNLANDET

Tannlege Veslemøy Linde

Mjøstannlegene

Storgt. 16
2815 Gjøvik
Tlf. 61 13 08 25
post@claria.as

Tannlege Nabeel K. Mekhlif

Vangsvegen 62
2317 Hamar
Tlf. 62 52 70 00

OSLO

Festningen tannklinikk AS

Tannlegene Lars M. Døving, Lene Rikvold og Kima Karimiha

Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhustann.no

MedDentCare Tann & Helse

Arash Sanjabi DDS, Spesialist i endodonti

Hoffsvn. 16
0275 Oslo
Tel. 22200222
post@meddentcare.no
www.meddentcare.no
Smerteutredning, CBCT, apikal kirurgi, oral kirurgi og behandling under narkose.

Oslo Endodontisenter

Spesialist i endodonti Trude Bøe

Spesialist i endodonti Thomas H. Myrhaug

Spesialist i endodonti Iman Saleh

Spesialist i endodonti Knut Årving

Sørkedalsveien 10B
0369 Oslo
Tlf: 24 07 61 61
Fax: 21 03 76 87
www.osloendo.no
post@osloendo.no

Tannlege Homan Zandi AS

Homan Zandi

Spesialist i endodonti, PhD
Parkveien 60
0254 Oslo
Tlf. 22 44 18 11
E-post: homan@zandi.no
www.zandi.no

Tannlegene i Bogstadveien 51 AS

Tannlege Dag Ørstavik

Tannlege Dr. Odont. Gaute Floer Johnsen

Spesialist i endodonti
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

Tanntunet AS

Tannlege og Dr.odont. Iman Saleh

Tannlege Nicolai Orsteen

Spesialist i endodonti
Ny dalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no
Samarbeider med radiolog Neeraj Kasbekar

Tannlege Anne Gunn Nygaard-Østby

Akersgt. 16
0158 Oslo
Tlf. 23 10 53 50
Faks 22 33 02 87
annegunn@dentalpartnerne.nhn.no

Tannlege Ingela Pedersen

Skøyen Tannlegekontor
Karenslyst alle 9
C 0278 Oslo
Tlf. 22 55 41 79
Faks 22 55 41 85
ingela@skoyentann.no

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Calin Cristea, spesialist i endodonti
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf: 52 70 77 00
www.tkrogaland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Afif Tabbara, spesialist i endodonti
Elisabeth Samuelsen, spesialist i endodonti
Torgveien 21 B
4016 Stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

Tannlege Ole Henrik Nag

Løkkeveien 51
4008 Stavanger
Tlf. 51 52 12 23
E-mail: ole.nag@lyse.net

TELEMARK

Tannlege Robert Austheim

Spesialist i Endodonti
Skien tannklinikk,
Endodontisk avdeling
Telemarksvn. 170
3734 Skien
Tlf. 35 58 39 20

TROMS

Tannlege Anne Kjæreng

Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
anne.k@tannlegespesialistene.no

Tannlege Sissel Storli

Spesialist i endodonti
Strandtorget tannklinikk
Standtorget 3, Pb. 252
9253 Tromsø
Tlf 776 81 297

Tannlege Sissel Storli

Spesialist i endodonti
Hans Egedes gate 2A
9405 Harstad
Tlf 412 39 539

VESTLAND

Tannlege Hekland AS

Tannlege Hege Hekland
Tannlege Atle Brynjulfsen
www.tannlegeheklend.no
Starvhusgt 2A
5014 Bergen
Tlf. 55 31 65 17

Tannlege Nicole Aria

Spesialist i endodonti

Tannlege Inge Fristad

Spesialist i endodonti

Tannlege Vilhjalmur Vilhjalmsson

Spesialist i endodonti, PhD
Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

ØSTFOLD

Varna Tannlegesenter

Erik Katle

Spesialist i endodonti
Lilleeng Helsepark
Rosenvingesvei 8,
1523 Moss
2. etg, inngang B
Tlf: 69 26 49 00
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no
www.varnatannlegesenter.no

KJEVE- OG ANSIKTSRADIOLOGI

AGDER

Tannregulering Kristiansand AS

CBCT FoV ø5x5,5 cm-ø17x13 cm
Kjeve og ansiktsradiolog
Gro Wilhelmsen Hustvedt
H.Wergelandsgate 17
4612 Kristiansand
tlf 380 23 190
tannregulering.krs@gmail.com
www.tannregulering-krs.com

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

CBCT ved radiolog Anders Valnes
Tilrettelagt for rullestolbrukere
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf. 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Kjeller Tannhelse

Ingvild Vestengen

Spesialist i kjeve og ansiktsradiologi
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

Ski Tannlegesenter

Tannlege Lena Vannas-Løfqvist

Spesialist i kjeveortopedi
Jernbaneveien 4
1400 Ski
radiologi@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64 85 26 00
CBCT / 3D røntgen

BUSKERUD

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Ingvild Kibsgaard Vestengen

Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

MØRE OG ROMSDAL

Sentrum Tannhelse Odontia

CBCT ved radiolog Neeraj Kasbekar

Postboks 2166 Løkkemyra
6502 Kristiansund
Tlf: 71 67 25 00
sentrumtannhelse@odontia.no
https://odontia.no/tannlege/kristiansund

OSLO

Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS

Tannlege Caroline Hol

Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

Fjord Dental AS

Katarzyna Skramstad

Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Valkyriegata 5
0366 Oslo
Tlf. 22 46 57 23
www.fjorddental.no
post@fjorddental.no

Holtet Spesialisttannhelse AS

Tannlege Christina Stervik

Kongsveien 94
1177 Oslo
Tlf. 21 41 50 80
www.spesialisttannhelse.no
post@spesialisttannhelse.no

Oralkirurgisk klinikk Oris dental

CBCT ved Anders Valnes
Sørkedalsveien 10A, 0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90
oralkirurgisk@orisdental.no
www.orisdental.no/klinikker/oralkirurgisk-
klinikk

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop

Anders Valnes • Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi

Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.no
www.tannspes.no

Tanntunet AS

Radiolog Neeraj Kasbekar

Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Ingibjörg Benediktsdóttir,

spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Ingibjörg Benediktsdóttir, spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Torgveien 21 B
4016 Stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

Tannlege Gro Wilhelmsen Hustvedt

Forus Tann- & Kjeveklinikk
Luramyerveien 12
4313 Sandnes
Tlf: 51 96 99 99
post@forustann.no
www.forustann.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

CBCT ved radiolog Neeraj Kasbekar

Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor
www.bakketannlegekontor.no

VESTFOLD

Odontia Tannlegene Kaldnes

CBCT ved radiolog Neeraj Kasbekar

Rambergveien 3
3115 Tønsberg
Tlf: 33 38 08 88
tonsberg@odontia.no
https://odontia.no/tannlege/tonsberg

KJEVEORTOPEDI

AGDER

Tannlege Dr n.med. Spesialist i

kjeveortopedi Kate Mroz Tranesen

Tannregulering Kristiansand AS
H.Wergelandsgate 17
4612 Kristiansand
tlf 38023190
www.tannregulering-krs.com

AKERSHUS

Asker Tannregulering

David Weichbrodt
Torvveien 7
1383 Asker
Telefon 66 90 20 20
Faks 66 90 20 19
info@askertannregulering.no
www.askertannregulering.no

DENTA Tannklinikk

Kristin Aanderud-Larsen
Spes. Kjeveortopedi
Gartnerveien 1
1394 Nesbru
Tlf. 22 20 21 34
kr-aan@online.no

Ski Tannlegesenter

Tannlege Sreeram Kumar
Spesialist i kjeveortopedi
Jernbaneveien 4
1400 Ski
kjeveortoped@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600
Vanlig kjeveortopedi
Invisalign / clear aligners

BUSKERUD

Hønefoss Tannregulering

Kjeveortoped Maryam Mehdinia

Kartverksveien 7, 3511 Hønefoss
Tlf: 32 14 31 04
E-post: info@honefosstannregulering.no
Webside: www.honefosstannregulering.no

OSLO

Adamstuen tannregulering

Kjeveortoped Dorita Preza, PhD
Ullevålsveien 82B
0454 Oslo
Tlf: 22 46 79 32
E-mail: post@adamstuentannregulering.no
www.adamstuentannregulering.no

Kjeveortoped1 - Nationaltheatret stasjon

Tannlegene Ingunn Berteig og Tor
Torbjørnsen
Spesialister i kjeveortopedi
Ruseløkkveien 6, 0251 Oslo
Tel. 22838700
post@kjeveortoped1.no
kjeveortoped1.no
Alle typer regulering, synlig og usynlig

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop
Ragnar Bjerjng • Spesialist i kjeveortopedi, PhD
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.no
www.tannspes.no

Tanntunet AS

Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak

Spesialist i kjeveortopedi
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Kjeveortoped Håkon Haslerud Høimyr

Spesialist i kjeveortopedi
Akersgata 51
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
<https://hoimyrntannregulering.no/>

Tannlege Svein Høimyr

Akersgata 51
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
Faks 22 42 74 02
<https://hoimyrntannregulering.no/>

Tannlege Kim Christian Johansen

Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5 C
0988 Oslo
www.tannogkjeveklinikken.no
kim@tannogkjeveklinikken.no
Tlf. 22 21 42 22

ROGALAND**Haugesund spesialisttannklinikk**

Jenny Bogstad Søvik
spesialist i kjeveortopedi
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk
Linn Haugland, spesialist i kjeveortopedi
Ingrid Gramstad, spesialist i kjeveortopedi
Torgveien 21 B
4016 stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

VESTFOLD**Tannklinikken Skeie AS**

Kjeveortoped Kristin Aanderud-Larsen
Aagaardsplass 1
3211 Sandefjord
Tlf. 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no
Spes usynlig regulering/innsideregulering,
15 års erfaring med usynlig regulering.

VESTLAND**Kjeveortoped Astrid Katle**

Oris Dental Kjeveortopedene i Arken
Trad. tannregulering
Invisalign
Åsane Senter 39, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 40 50
kjevearken@orisdental.no

Kjeveortoped Marko Scepanovic

Kjeveortopedisk behandling med lingual
aparatur
Trad. tannregulering

Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

Toppe Tannregulering
Sandstlihaugen 10, 5254 Sandsli
Telefon: 55 92 90 20
post@usynligntannregulering.no

ØSTFOLD**Kransen Tannlegesenter AS**

Dr. Ramtin Taheri, spes. i kjeveortopedi
Trad. tannregulering
Incognito
Invisalign
Kransen, 16, 1531 Moss
kransentannlegesenter.no
kransen@smilehull.no
Tlf: 69 25 19 82

**ORAL KIRURGI OG ORAL
MEDISIN/KJEVEKIRURGI****AGDER****Tannhelse Sør**

Oralkirurg Hassan Tariq
Senterveien 30
4790 Lillesand
Tel 91861046
post@tannhelsesor.no

Tannlege Katja Franke

Oralkirurgi
Implantologi
Leirvollen 1A
4513 Mandal
Tlf. 38 26 06 10
dr.katjafranke@online.no

AKERSHUS**Kjeller Tannhelse**

Michael Unger
Spesialist i oralkirurgi og medisin
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

Kolbotn Tannklinikk**Hassan Tariq**

Spesialist i Oral Kirurgi
Sønsterudveien 32
1412 Sofiemyr
Tlf. 401 22 222
resepsjon@kolbotntannklinikk.no
www.kolbotntannklinikk.no

Ski Tannlegesenter

Tannlege Leonardo Carone
Jernbaneveien 4
1400 Ski
oralkirurg@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600
Visdomstenner
Implantatbehandling
Kirurgisk fjernelse av tenner
Benregenerasjonsbehandling

Tannlegene i Jarhuset AS**Tannlege Dag Tvedt**

spes. i oral kirurgi og oral medisin

Tannlege Ingvild Nysæther

Spesialistkandidat i oral kirurgi og oral
medisin

Tannlege Nino Buonocunto

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Jarveien 1A, 1358 Jar
Tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
post@tannlege-jarhuset.no

Maxillofacialkirurg Dominykas Dvylys

Melita Dental
Holmquistveien 1, 1394 Nesbru
Tel. 22 20 21 34
post@melitadental.no

BUSKERUD**DRAMMEN ORALKIRURGI**

Spesialister i oral kirurgi og oral medisin
Implantatkirurgi
Oralkirurg Kjetil Misje
Oralkirurg Gudmundur Bjørnsson
Torgeir Vraas Plass 6
3044 DRAMMEN
Tlf. 32 27 67 50
Post@drammenoralkirurgi.no

Flattum Tannlegesenter**Lege og tannlege Karl Iver Hanvold**

Spesialist i kjevekirurgi. Spesialist i oral
kirurgi og oral medisin
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Ringerike Tannlegesenter AS
Tannlege Ulf Jonsson

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS
Tannlege Mirna Farran

Spesialist i oral kirurgi
Grønland 40
3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Vit Tannklinikk AS
Wit Thomsen

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin
Vit Tannklinikk AS
Rådhusgata 1, 3017 Drammen
post.tannlege777@gmail.com
tel. 94152105
website: vittannklinikkas.com

Jeg tar imot henvisninger av alle grupper av pasienter for oralkirurgisk behandling, mukogingival kirurgi, implantatkirurgi og CBCT.

I samarbeid med anestesileger tilbyr vi behandling i intravenøs sedasjon og generell narkose.

Dr. Odont Shelley Khullar

FDS Royal College of Surgeons (London)
Spesialist i Oralkirurgi MNTF
MSC i implantologi
Oris Dental Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
<https://orisdental.no/klinikker/drammen/>

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Ulf Jonsson
Lille Strand gt. 3, 2317 Hamar
Tlf: 62 52 36 96
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

MØRE OG ROMSDAL

BLINDHEIM TANNLEGESENTER AS
Dr. odont spesialist oral kirurgi-oral medisin Lado Lako Loro

Samarbeidende tannlege med godkjennelse for implantatbehandling med stønad fra trygden
Pb. 9204- Vegsund, 6023 Ålesund
Besøksadresse: Blindheim butikksenter 3. etg / Blindheimshaugen 9
Tlf: 70 14 54 24/70 14 18 55.
post@blindheimtann.no
Fri parkering ved senteret. Gode forhold for funksjonshemmede

Tannlege Fredrik Ahlgren

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
MSc Implant Dentistry
Sedasjon/narkose/CBCT
Sentrum Tannhelse
Alti Futura
PB 2166 Løkkemyra
6502 Kristiansund N
Telefon 71 67 25 00
post@sentrumtannhelse.nhn.no
www.sentrumtannhelse.no

NORDLAND

Bodø Tannlegesenter

Roar Karstensen

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Anja Nilsen Nyland
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Storgata 3B, 8006 Bodø
Tlf: 75 50 65 10
post@bodotannlegesenter.no
www.bodotannlegesenter.no

OSLO

Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS

Spesialist i oralkirurgi og oral medisin
dr. odont Maria H. Pham
Kjeve- og ansiktsradiolog Caroline Hol
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

Clinica smile Frogner

Spes.Oral kirurg Jaehyun Sim

Oral kirurgi, Implantatbehandling
Bygdøy alle 19, 0262, Oslo
<https://clincasmile.no/>
post@clincasmile.no
22 23 33 33

Festningen tannklinikk

Lege og tannlege Lars Peter Sand

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
firmapost@raadhusmann.no
www.festningen-tannklinikk.no

Fjord Dental AS

Rafael Marques da Silva

Spesialist i oral kirurgi, Ph.D.
Oral kirurgi og Implantatkirurgi
Mirna Farran
Spesialist i oral kirurgi
Oral kirurgi og Implantatkirurgi
Valkyriegata 5
0366 Oslo
Tlf. 22 46 57 23
www.fjorddental.no
post@fjorddental.no

KIRURGIKLINIKKEN

Alt innen oral- og kjevekirurgi
Implantatprotetik

Frode Øye, spes. oral kirurg og oral medisin

Helge Rischeim, spes. oral og maxillofacial kirurgi

Tormod Krüger, spes. oral kirurgi og oral medisin

Fredrik Platou Lindal, spes. maxillofacial kirurgi

Hanne Gran Ohrvik, spes. protetik.

Margareth Kristensen Ottersen, spes.

kjeve og ansiktsradiologi

Kirkeveien 131, 0361 Oslo

Tlf. 23 36 80 00

Faks. 23 36 80 01

post@kirurgiklinikken.nhn.no

WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

Oralkirurgisk klinikk Oris dental

Spesialistklinik – Implantatbehandling
Tannlege, spes. oral kirurgi Dagfinn Nilsen
Tannlege, spes. oral kirurgi Johanna Berstad,
Spes. oral kirurgi Erik Bie
Tannlege, spes. oral kirurgi Hauk Øyri
Sørkedalsvn 10 A, 0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90 Faks: 23 19 61 91
oralkirurgisk@orisdental.no
www.orisdental.no/klinikker/oralkirurgisk-klinikk

Skullerud Tannlegesenter

Hassan Tariq

Spesialist i Oral Kirurgi
Olaf Helsettsvei 5G
0694 Oslo
Tlf 921 22 222
resepsjon@skullerudtannlegesenter.no
www.skullerudtannlegesenter.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop

Karl Iver Hanvold - Spesialist i oral kirurgi og oral medisin / maxillofacial kirurgi

Oralkirurg Nino Buonocunto

Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo

Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo

Tlf: 22 20 50 50

post@tannspes.no

www.tannspes.no

Tanntunet AS

Oralkirurgi, Oralmedisin og Implantatkirurgi

Spes. i Maxillofacialkirurgi & Spes. i

Oralkirurgi og oral medisin Even Mjøen

Spes. i Maxillofacialkirurgi Steven

Anandan

Nydalen Allé 71

0485 Oslo

Tlf. 22 15 00 00

henvisning@tanntunet.no

www.tanntunet.no

Samarbeider med radiolog Neeraj Kasbekar

Oral Kirurg Modassar Amin

Skøyen Tannlegekontor

Karenslyst Alle 9 C, 0278 Oslo

Tlf 22 55 41 79

post@skoyentann.no

www.tann.as

Oralkirurg Laszlo Kalmar

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin, implantatkirurgi

Smil Tannlegesenter

Nationalteatret: Tordenskiolds gate 7, 0160 Oslo

Nydalen: Sandakerveien 116, 0484 Oslo

Løren: Peter Møllers vei 2, 0585 Oslo

Tlf. 23 65 18 81

info@smiltannlegesenter.no

www.smiltannlegesenter.no

Klinikker i Nydalen, Nationalteatret, og Løren. Klinikken ligger alle rett ved t-banen.

Tannlege Gholam Soltani

Spesialist oral kirurgi og oral medisin

Bislett Tann- & Kjeveklinikk

Rosenborggata 26, 0356 Oslo

Tlf 22 17 65 66

E-post: tannkjevebislett@yahoo.com

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk

Dr. Peter Schleier

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,

Implantatbehandling

Attila Csillik

spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Luramyerveien 12

4313 Sandnes

Tlf : 51 96 99 99

post@forustann.no

www.forustann.no

Haugesund spesialisttannklinikk

Gregor Volz, spesialist i oral medisin og oral kirurgi

Haugesund tannklinikk

Postboks 325

5501 Haugesund

Tlf: 52707700

www.tkrogaland.no

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Dr. Peter Schleier

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,

Implantatbehandling

Attila Csillik

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

PB 73 Sentrum

4001 STAVANGER

Tlf : 51 53 01 99

post@stavangertann.no

www.stavangertann.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Murwan Idris, spesialist i oral medisin og oral kirurgi

Mindaugas Brukas, spesialist i oral medisin og oral kirurgi

Gregor Volz, spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Torgveien 21 B

4016 Stavanger

Tlf 51506810

www.tkrogaland.no

TELEMARK

Oralkirurg Anne Aasen AS

Tannlege Anne Aasen

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Oralkirurgi og implantatkirurgi

Besøksadresse:

Bøgata 11, 3800 Bø i Telemark.

Postadresse:

Postboks 49, Falkum, 3705 Skien

Tlf. 35 95 00 27

Mailadresser:

post@telemarkoralkirurgi.no

anne@telemarkoralkirurgi.no

Sentrum Tannklinikk Porsgrunn AS

Maxillofacial kirurg Dominykas Dvylys

Tannlege og lege. Oralkirurgi og

implantatkirurgi.

Storgata 146, 3915 Porsgrunn

post@sentrumtannklinikkporsgrunn.no

Tlf. 40455514

Sentrum Tannklinikk Porsgrunn AS

Oralkirurg Eva Sawicki Vladimirov

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin.

Oralkirurgi og implantatkirurgi

Storgata 146, 3915 Porsgrunn

post@sentrumtannklinikkporsgrunn.no

Tlf. 40455514

TROMS

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS

(tidligere ABA kirurgi og narkose)

Oral kirurgi / kjevekirurgi, samt alle typer

tannbehandlinger i narkose.

Bernt Arne Rønbeck, spesialist i oralkirurgi

Geir Støre, Professor i kjevekirurgi

Sjøgata 39, 3. etasje

9008 Tromsø

Tlf: 975 35 000

post@ttkns.no

www.ttkns.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Oral kirurgi og implantologi

Oral Kirurg Murwan Idris

Nedre Bakklandet 58c

7014 Trondheim

Tlf. 73 56 88 00

post@bakkettannlegekontor

Lege og Tannlege

Bjørn K Brevik

Spesialist i kjevekirurgi

Implantologi

Dentoalveolær kirurgi

Oral medisin

TY Tannklinikk

Olav Tryggvasons gt 24

7011 Trondheim

Tlf 72606030

spesialistene@tytannklinikk.no

VESTFOLD

Tannklinikken Skeie AS

Oralkirurg Fredrik Lindberg

Implantater og annen oral kirurgi

-sedasjon/narkose om ønskelig

Aagaards plass 1

3211 Sandefjord

Tlf: 33 46 61 71

resepsjon@tannklinikken.no

Maxillofacialkirurg Dominykas Dvylis

Melita Dental
Kilgata 16, 3217 Sandefjord
Tel. 40 51 60 51
info@melitadental.no

Tannlege og lege Bjørn J. Hansen

Kjevekirurg
Implantologi
Storgaten 33
3110 Tønsberg
Tlf. 33 31 22 36
Faks 33 31 61 39
bjhan3@online.no

VESTLAND

Oralkirurg Arild Kvalheim

Oralkirurg PhD Torbjørn Pedersen

Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

ØSTFOLD

Kransen Tannlegesenter AS

Zina Kristiansen,
spes. i oral kirurgi og oral medisin
Kransen, 16, 1531 Moss
kransentannlegesenter.no
kransen@smilehull.no
Tlf: 69 25 19 82

ORAL PROTETIKK

AGDER

Oris Dental Arendal spesialistklinik

Marianne Brøndum Vangsnes

Spesialist i oralprotetikk. Utfører
implantatprotetikk, tannslitasje, fast/
avtagbar og kombinasjonsprotetikk,
bondet protetikk, TMD. Tverrfaglig
samarbeid på klinikken med periodontist.
Torvet 10, 4etg.
4836 Arendal
Tlf. 370 25522
arendal@orisdental.no
www.orisdental.no
Vi tar imot også elektroniske henvisninger.

AKERSHUS

Kjeller Tannhelse

Trine Bjelke-Holtermann

Spesialist i oralprotetikk
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Morten Børsum

Spesialist i oral protetikk
Jarveien 1A, 1358 Jar tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

Tannlege Knut Erik Eide

Implantatprotetikk
Tannlegene i Concordiabygget
Stortorvet 20
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

Tannlege, PhD Jørn A. Aas

Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Tannlegene i Concordiabygget
Stortorvet 20
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

BUSKERUD

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Anders Brennhovd

Spesialist i oral protetikk.
Implantatprotetikk. TMD. Søvnappé
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Christine Dæhli Oppedal

Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Grønland 40
3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Tannlegene Sydow og Mo AS

Odontologisk spesialistpraksis
Spesialister i oral protetikk:

Arild Mo

Carl Hjortsjö ph.d

Åshild K Frettem

I tverrfaglig samarbeid med:
Siv Forsberg Hansen spes. oral kirurgi/
medisin
Odd Carsten Koldsland, ph.d, spes. perio
Jørgen Hugo spes. kandidat perio
Ulf Riis spes. kjeve og ansiktsradiologi
Torgeir Vraa's Plass 4
3044 Drammen
Tlf. 32 83 10 54
post@tannlegesydow-mo.no
www.sydowogmo.no

INNLANDET

Tannlege Geir Oddvar Eide

Implantatprotetikk
Tannlegene i kvartal 48
Torggt. 44, 2317 Hamar
Tlf. 62 52 30 73
Faks 62 52 24 49

Tannlege Eva Gunler

Implantatprotetikk
Tannlegene i Hippegården
Storgt 111, Pb 110
2390 Moelv
Tlf. 62367301

NORDLAND

Tannlege Are Arnesen Moen

Spesialist i oral protetikk
Bodø Tannlegesenter AS
Storgata 3b, 8006 Bodø
Telefon 75 50 65 10
post@bodotannlegesenter.no
www.bodotannlegesenter.no

OSLO

Aktiv Tannklinik AS

Tannlege Anne Kalvik

Spes. protetikk. Implantatprotetikk,
tannslitasje, fast/avtakbar og
kombinasjonsprotetikk, snorkeskiner.
Tverrfaglig samarbeid på klinikken med
periodontist, kjevekirurg og endodontist.
Storgata 17, 0184 Oslo
Tlf. 22 41 80 80
epost@tannlegekalvik.no
post@aktivtann.no
www.aktivtann.no
Lett tilgang for rullestol/
bevegelseshemmede. Sentralt, nær tog,
buss og trikk

Bjerke Tannmedisin AS

Protetikk bla. med fokus på periodonti og implantat

Hans Jacob Rønold

Spesialist i Protetikk, Dr Odont, 1.

Amanuensis

Refstadveien 64

0589 Oslo

Tlf. 22 93 93 40

Faks 22 93 93 41

capedelas@gmail.com

<https://tannmedisin.no/>

Bjerke Tannmedisin AS**Roy Samuelsson**

spesialist oral Protetikk

Refstadveien 64

0589 Oslo, Norway

+47 22 93 93 40

Festningen tannklinikk AS

Tannlege Cathrine Å. Karlsen, spes.

protetikk. Implantatprotetikk

Nedre Vollgt 1

0158 Oslo

Tlf. 22 42 54 87

Faks 22 41 31 73

www.festningen-tannklinikk.no

firmapost@raadhusstann.no

Fjord Dental AS**Monika Caban**

Spesialist i oral protetikk

Valkyriegata 5

0366 Oslo

Tlf. 22 46 57 23

www.fjorddental.no

post@fjorddental.no

Holtet Spesialisttannhelse AS**Tannlege Knut-Erik Jacobsen**

Kongsveien 94

1177 Oslo

Tlf. 21 41 50 80

www.spesialisttannhelse.no

post@spesialisttannhelse.no

KIRURGIKLINIKKEN

Hanne Gran Ohrvik, spes.protetikk.

Implantatprotetikk

Kirkeveien 131, 0361 Oslo

Tlf. 23 36 80 00

Faks. 23 36 80 01

post@kirurgiklinikken.nhn.no

WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

Oral kirurgisk klinikk Oris dental

Spesialistklinik

Tannlege, PhD Jørn A. Aas

Spesialist i oral protetikk

Implantatprotetikk

Sørkedalsvn 10 A

0369 Oslo

Tlf: 23 19 61 90

Faks: 23 19 61 91

Oralkirurgisk@orisdental.no

[www.orisdental.no/klinikker/oralkirurgisk-](http://www.orisdental.no/klinikker/oralkirurgisk-klinikk)

[klinikk](http://www.orisdental.no/klinikker/oralkirurgisk-klinikk)

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo

Våre tannleger har spesialistkompetanse

innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og

mikroskop

Bjørn Einar Dahl • Spesialist i oral protetikk

Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo

Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo

Tlf: 22 20 50 50

post@tannspes.no

www.tannspes.no

Tannlege Elisabet Henderson

Spesialist Oralprotetikk

Implantologi, Porslensfasader,

Kombinasjonsprotetikk, Snorkeskinner

Tannlege Åshild Kvamen Frettem

Spesialist Oral protetikk

Slottsparkentannklinikk As

Tannlegene Stene- Johansen

Parkveien 60

0254 Oslo

Tlf 22441738

www.Slottsparkentannklinikk.no,

post@slottsparkentannklinikk.no

ROGALAND**Haugesund spesialisttannklinikk**

Trond Storesund, spesialist i oral protetikk

Postboks 325

5501 Haugesund

Tlf: 52 70 77 00

www.tkrogaland.no

TkRogaland**Stavanger spesialisttannklinikk**

Inken Reichhelm, spesialist i oral protetikk

Lena Johansen, spesialist i oral protetikk

Torbjørn Leif Hansen, spesialist i oral protetikk

Torgveien 21 B

4016 Stavanger

Tlf 51 50 68 10

www.tkrogaland.no

Tannlege Hamid Hosseini AS

Spesialist i oral protetikk

Sølvberggt. 16

4006 Stavanger

Tlf. 51 89 60 88

seyed@hotmail.com

Tannlege Hannu Larsen

Spesialist oral protetikk

Tannklinikken Larsen og Bøe

Implantatbehandling

Løkkeveien 51

4008 Stavanger

Tlf. 51 53 13 00

post@tannlegenelarsenogboe.no

www.tannlegenelarsenogboe.no

TROMS**Tannlege Hans Are Ovanger**

Implantatprotetikk

Strandskillet 5

9008 Tromsø

Tlf. 77 28 01 00

Faks 77 28 01 11

hans.are@tannlegespesialistene.no

TRØNDELAG**Bakke tannlegekontor AS****Tannlege Amanda H. Ulsund**

Spesialist oral Protetikk

Implantatprotetikk, fast og avtakbare

proteser, tannslitasje, estetisk behandling,

TMD, Søvnapné.

Nedre Bakklandet 58c

7014 Trondheim

Tlf. 73 56 88 00

post@bakkettannlegekontor.no

www.bakkettannlegekontor.no

VESTFOLD**Tønsberg Tannlegevakt****Tannlege Pål-Espen Tannmand****Tannlege Sigurd Schneider**

Spesialist i oral protetikk. Implantatprotetikk.

TMD. Søvnapné

TOO tannlege, Narkose

Storgaten 27B

3126 Tønsberg

Tlf. 40 61 12 12

tonsbergtannlegevakt.no

tannmand@tonsbergtannlegevakt.no

VESTLAND

TANNLEGE Team Kjersti Sylvester-Jensen

Spesialist i oral protetik
Tannslitasje, alt innen fast- og avtakbar protetik, implantatprotetik, rehabilitering og estetisk tannbehandling
Nattlandsfjellet 1A
5098 Bergen
TLF: 55316767
www.tannlege-ksj.no
tannlegek@outlook.com
kjersti.sylvester-jensen@ok.uib.no

Tannlege Paul-Arne Hordvik

Spesialist i oral protetik
Tannslitasje, alt innen fast- og avtakbar protetik, implantatprotetik, rehabilitering og estetisk behandling
Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

Tannlege Christine Jonsgar

Spesialist i oral protetik
Implantat planlegging og implantatprotetisk rehabilitering
Komplikasjonsbehandling implantater
Omfattende rehabilitering fast/avtakbar
Behandlingsplanlegging og koordinering der henviser ønsker å gjøre hele eller deler av behandling selv.
Kanalveien 64, 3 etg.
5068 Bergen
Tlf: 55550600
tannlegejonsgar@gmail.com
henvisning@bergen-tannhelsesenter.no

Tannlege Marit Morvik

Rehabilitering, fast og avtakbar protetik, tannslitasje, implantatbehandling, estetisk tannbehandling.
Bergen Nord tannhelsesenter
Åsamyrene 90, 5116 Ulset
Tlf. 55 39 50 80
Faks 55 39 50 81
marit.morvik@bgn-tannhelse.no
www.bgn-tannhelse.no

Tannlege Kyrre Teigen

Spesialist i oral protetik.
Rehabilitering av tannslitasje, estetisk behandling, fast- og avtakbar protetik, implantatprotetik, regulering med plastsinner og behandling med snorkesinner.
Implantatkirurgi.
Konsultasjon for behandlingsplanlegging.
Juvikflaten 14a
5308 Kleppstø
Tlf. 56 14 20 14/900 77 333
Tilkomst for funksjonshemmede
www.ats.as
kyrre@ats.as

ØSTFOLD

Varna Tannlegesenter

Sigurd Schneider
Spesialist i oral protetik
Lars-Fredrik Gjølstad
Spesialist i oral protetik
Spesialkompetanse i klinisk hypnose
Lilleeng Helsepark
Rosenvingesvei 8,
1523 Moss
2. etg, inngang B
Tlf: 69 26 49 00
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no
www.varnatannlegesenter.no

PEDODONTI

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Marie Anette Nilsen
spesialist i pedodonti
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk
Sonja Yr Løken, Andrzej Pawlowski, Ciara Houlihan
spesialist i pedodonti
Torgveien 21 b
4016 Stavanger
Tlf 51506810
www.tkrogaland.no

PERIODONTI

AGDER

Oris Dental Arendal spesialistklinikk **Mette Hofstad**

Spesialist i periodonti, implantatbehandling, estetisk mukogingival kirurgi, regenerativ kirurgi. Tverrfaglig samarbeid på klinikken med protetiker.
Torvet 10, 4etg.
4836 Arendal
Tlf. 370 25522
arendal@orisdental.no
www.orisdental.no
Vi tar imot også elektroniske henvisninger.

AKERSHUS

Ski Tannlegesenter

Tannlege Torkel Kolsrud. Kort ventetid.
Jernbaneveien 4
1400 Ski
perio@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600
Implantatbehandling
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Implantatkirurgi

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Karin Børsum

Spesialist i periodonti
Jarveien 1A, 1358 Jar, tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

Tannlege Marie Fjærtøft Heir

Strøket 9, 1383 Asker
Tlf. 66 78 97 47
Faks 66 75 93 33

Tannlege Berit Bae Lier

Sentrumsveien 4, 1400 Ski
Tlf. 64 87 41 20
Faks 64 87 19 50

Tannlege Tove Roscher

Depotg. 20, 2000 Lillestrøm
Tlf 63 81 22 76
post@tannlegenedepotgaten.no

BUSKERUD

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Kristin Rustand

Spesialist i periodonti
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Ringerike Tannlegesenter AS
Tannlege Dr.Odont Kristin M. Kolltveit
Spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Implantatbehandling
Mukogingival kirurgi
Preprotetisk gingival kirurgi
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS
Tannlege Jon Flinth Vatne
Spesialist i periodonti
Tannlege Kerstin Schander
Spesialist i periodonti
Tannlege Thomas Norum
Spesialist i periodonti
Grønland 40
3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Periospesialist Sandra B. Tunbridge
Oris Dental Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS
Cecilia Johansson
Spesialist i periodonti
Lille Strand gt. 3, 2317 Hamar
Tlf # 62 52 36 96
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

Tannlege Martin Wohlfeil
Spesialist i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Estetisk mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Klinikk77 AS
Kirkegata 77
2609 Lillehammer
Tlf. 61 24 00 04
post@k77.no
Tilgang for handicappede.
Nær parkering, buss og tog

Tannlege Klaus Ånerud
Implantatbehandling
Parkveien 7, 2212 Kongsvinger
Tlf. 62 81 46 78
Faks 62 81 42 20
klaus.anerud@gmail.com

MØRE OG ROMSDAL
Aksla Tannhelse AS
Tannlege Irene Dybvik
Spesialist i periodonti
Ystenesgata 6B
6003 Ålesund
Tel: 70 12 22 94
hei@akslatannhelse.no
www.akslatannhelse.no

OSLO
Aktiv Tannklinikk AS
Tannlege Janet Maistry Østrem
Spesialist i periodonti
Storgata 17
0184 Oslo
Tlf: 22 41 80 80
Email: post@aktivtann.no
www.aktivtann.no

Bjerke Tanmedisin AS
Periodonti, Implantat, Mucogingivalkirurgi
Tannlege PhD Caspar Wohlfahrt
Spesialist i Periodonti, PhD, MS, 1.
Amanuensis
Tannlege Anders Verket
Spesialist i Periodonti, PhD, MS, 1.
Amanuensis
Tannlege Maria Balta
Spesialist i Periodonti, PhD, MS, 1.
Amanuensis
Refstadveien 64
0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
capedelas@gmail.com
https://tanmedisin.no

Nordstrand Tannhelse AS
Tannlege Trond Telje
Spesialist i periodonti
Von Øtkens vei 1, 1169 Oslo
Tlf. 22 61 32 01
post@nordstrandtannhelse.no
www.nordstrandtannhelse.no

Spesialistklinik for Periodonti as
Tannl.spes.perio Bettina Iversen Thomseth
Tannl.spes.perio John Erik Thomseth
Tannl.spes.perio Helena Olavsdottir Haugbo
Hegdehaugsv. 36
0352 Oslo
Tlf. 22 46 78 10
post@spes-periodonti.no

Tanntunet AS
Tannlege og Dr.odont. Mawaan Khadra
Spesialist i periodonti
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Tannlege Nina Bjergene
Akersgata 16
0158 Oslo
Telefon 23 10 53 50
post@periodonti.no

Tannlege Mette Gilhus Hillestad
Slemdal tannlegesenter
Stasjonsveien 4
Postboks 31
Slemdal 0710 Oslo
Tlf. 22 14 18 00
firmapost@slemdal-tann.nhn.no
www.slemdal-tann.no

Periospesialist Ingeborg Kolseth
Akersgata 16, 0158 Oslo
post@periodonti.no

Tannlege Thomas Norum
spesialist i periodonti
Skøyen Tannlegekontor
Karenslyst alle 9 c, 0278 Oslo
Tlf 22 55 41 79

Tannlege Spesialist Periodonti
Dr.Med. Annika Sahlin Platt
Periodontal behandling, Implantat,
Implantat protetik, Perimplantit,
proteser og biteskiner
Slottparkentannklinikk AS
Tannlegene Stene- Johansen
Parkveien 60
0254 Oslo
Tlf 22441738
www.Slottparkentannklinikk.no,
post@slottparkentannklinikk.no

Tannlege Sandra Bellagamba Tunbridge
Grünerløkka tannhelsesenter
Thorvald Meyersgt. 33, 0555 Oslo
Tlf. 22 35 77 92
Faks 22 35 49 18
Mobil: + 47 984 777 62

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk
Erik Klepsland Mauland, spesialist
i periodonti
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

Oris Dental Egersund

Tannlege Øystein Fardal

Johan Feyers gate 12, 4370 Egersund
Telefon: 51 49 15 55
egersund@orisdental.no
orisdental.no/klinikker/egersund/

Tannlegene Hetland AS

Tannlege Trond Ole Hetland,

Tannlege Pedro Franca

Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Lorenz Volker Knie, spesialist i periodonti

Torgveien 21 b
4016 Stavanger
Tlf 51506810
www.tkrogaland.no

Tannlege PhD Rigmor S. Flatebø

Apollonia tannlegesenter
Handelens Hus 2. etg., Klubbegaten 2b
Postboks 397, 4002 Stavanger
Tlf. 51 85 60 30
rigmor.flatebo@gmail.com

TELEMARK

HOLTANKLINIKKEN, Jan M. Akre

Spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Implantatkirurgi
Implantatprotetik
Folkestadvegen 12, Pb 153
3833 Bø i Telemark
Tlf: 35 06 10 50
post@holtanklinikken.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Spes. Perio Dr. Alberto Turri

Spes.perio Nilminie Rathnayake

Nedre Bakklandet 58 c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor.no
www.bakketannlegekontor.no

VESTFOLD

Perio Tannklinikken AS

Tannlege Nico H. Toosinejad

Systematisk periodontal behandling
Mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Kilgata 9, 3217 Sandefjord
Tlf. 33 46 22 11, 33 46 28 13
post@perioklinikken.com

VESTLAND

Tannlege Kristian H. Lind

Spesialist i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Implantatkirurgi
Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

Oris Dental Nesttun
Østre Nesttunvegen 2, 5221 Nesttun
Telefon: 55 10 17 00
nesttun@orisdental.no

ØSTFOLD

Kransen Tannlegesenter AS

3 spesialister i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Implantatbehandling
Estetisk mucogingival kirurgi
Kransen, 16, 1531 Moss
kransentannlegesenter.no
kransen@smilehull.no
Tlf: 69 25 19 82

Varna Tannlegesenter

Jon Olav Kubberød

Spesialist i periodonti

Jørgen Hugo

Spesialist i periodonti
Lilleeng Helsepark
Rosenvingesvei 8,
1523 Moss
2. etg, inngang B
Tlf: 69 26 49 00
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no
www.varnatannlegesenter.no

SPESIALKOMPETANSE

IMPLANTATPROTETIKK

* Godkjent til å utføre implantatprotetisk behandling med tryggestønad.

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

Tannlege Gyri Dingsør

Tilrettelagt for rullestolbrukere
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf. 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Ski Tannlegesenter

Tannlege Magnus Paulsbo,
Tannlege Morten Paulsbo. Kort ventetid.
Jernbaneveien 4
1400 Ski
implantat@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

Tannlege MNTF Hans Kristian Dahl

Son Torg, Storgt. 25
1555 Son
64 95 80 00/64 95 85 85
tahk.da@online.no

Tannlege Sven Grov

Jessheim Tannlegesenter
Stallvegen 4
2050 Jessheim
Tlf. 63 94 76 00
Faks 63 94 76 10
E-post: svengrov@online.no

BUSKERUD

Ringerike Tannlegesenter AS

Tannlege Bjørn Even Gulsvik

Kartverksveien 9
3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Tannlege Trond Anderssen

Oris Dental Drammen
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

Tannlege Bent Dramdal

Myntgt. 5, 3616 Kongsberg
Tlf. 32 73 10 06, faks 32 72 42 28
Klokkebakkentannlegene@gmail.com

Tannlege Terje Døviken

Samarbeider med
Dr.odont, oralkirurg Gudmundur Björnsson
Oralkirurg Kjetil Misje
Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas plass 6, 3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50
terje.doviken@drammenoralkirurgi.no
www.drammenok.no

INNLANDET

Hartz Dental AS

Tannlege Einar Hartz
Storgata 7b
2408 Elverum
Tlf 62432100
www.hartzdental.no
info@hartzdental.no

Tannlege Gunnar Steinsvoll AS

Johan Nygårdsgt. 11B
2670 Otta
Tlf. 61 23 00 26
post@gsteinsvollas.nhn.no
Implantatprotetikk, sedasjon, lystgass.
Tilgjengelig for funksjonshemmede.

MØRE OG ROMSDAL

Tannlege Tale Flatsetø

Eidsbergvegen 27, 6490 Eide
Tlf. 71 29 63 11
taleflat@icloud.com

Tannlege Helene Herje

Tannlegene i Myrabakken
Myrabakken 5, 6413 Molde
Tlf. 71 21 55 15
post@tannlegeneimyrabakken.no
www.tannlegeneimyrabakken.no
Tilrettelagt for rullestolbrukere

Tannlege Kirsti Kristoffersen

Odontia Kvernberget
Rørgata 8
6517 Kristiansund
Tel: 71 67 00 00
kvernberget@odontia.no
www.odontia.no

NORDLAND

Tannlege Per Hamre

Tannboden Brønnøysund AS
Storgata 19
8900 Brønnøysund
Telefon 924 79 700

OSLO

Festningen tannklinikk

Tannlege Cathrine Å. Karlsen
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
firmapost@raadhusstann.no
www.festningen-tannklinikk.no

Fjord Dental AS

Martin Christopher Hoftvedt
Spesialkompetanse Implantatprotetikk
Valkyriegata 5
0366 Oslo
Tlf. 22 46 57 23
www.fjorddental.no
post@fjorddental.no

Fjærvik klinikken

Tannlegene Ingrid Fjærvik og Vera Breivik
Sommerrogata 13-15, 0255 Oslo
Tlf. 21 63 16 00
www.fjaerviklinikken.no
Epost: post@fjaerviklinikken.no
Tilgjengelig for bevegelseshemmede
Kveldsåpent

Holmlia Tannlegekontor AS

Tannlege Henning Moen Løvaas
Holmlia sentervei 12
1255 Oslo
Tlf.: 22 61 42 08
e-post: adm@holmliatannlegene.no
hjemmeside: www.holmliatannlegene.no
Vi har tilgang for rullestolbrukere, 2 timer
gratis parkering

Tanntunet AS

Tannlege Kristin W. Haugstoga
Samarbeider med Spes. i
Maxillofacialkirurgi & Spes. i Oralkirurgi og
oral medisin **Even Mjøen**
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Tannlege Siv Kristin Helgheim

Tannlege Parwana Naimy
Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo
siv@rommentannhelse.no
www.tannogkjeveklinikken.no
Tlf: 22 21 42 22

Tannlege, PhD (dr.odont) Elisabeth

Aurstad Riksen
Bygdøy Alle 58 B, 0265 OSLO
Tlf. 22 44 86 13
tannrik@online.no
www.tannlege-ar.no
Åpningstider: Man–fre 8–16

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk

Tannlege Linh Bui
Tannlege Øivind Nerheim Torkelsen
Luramyrveien 12,4313 SANDNES
Tlf: 51 96 99 99
post@forustann.no
www.forustann.no

Haugesund spesialisttannklinikk

Carla Ramirez
spesialkompetanse implantatprotetikk
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Tannlege Gaute Kommedal
Tannlege Linh Bui
Tannlege Eniko Kovacs
PB. 73 Sentrum
4001 Stavanger
Tlf: 51 53 01 99
post@stavangertann.no
www.stavangertann.no

Tannlegene Hetland AS

Tannlege Trond Ole Hetland
Tannlege Pedro Franca
Implantatbehandling
Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

Waage Tannlegesenter

Tannlege Fredrik Waage
Kjøpmannsbrotet 5
4352 Kleppe
Tlf. 51 42 16 94
Mail: post@waagets.no
Web: www.waagets.no
Åpningstider: 08.00–15.30.

Tannlege Leif Berven

Pb 430
4379 Egersund
Tlf. 51 49 11 30
Faks 51 49 33 82
leif_berven@hotmail.com

TELEMARK

Sentrum Tannklinikk Porsgrunn AS
Tannlege Aiste A. Aasen
Implantatprotetik
Storgata 146, 3915 Porsgrunn
post@sentrumtannklinikkporsgrunn.no
Tlf. 40455514, 40455237

TROMS

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS
(tidligere ABA kirurgi og narkose)
Implantat / protetik, samt alle typer
tannbehandlinger i narkose.
Sjøgata 39, 3. etasje
9008 Tromsø
Tlf: 975 35 000
post@ttkns.no
www.ttkns.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
Kai Sandvik
Nedre Bakklandet 58 c
7014 Trondheim
Tlf: 73 56 88 00
post@bakkettannlegekontor.no

TANNLEGE ALSTAD AS
v/Tannlege Miriam Elisabeth Alstad
v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15
7600 Levanger
tlf. 74 08 23 35
mea@tannlege-alstad.no
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

Tannlege Angelus AS
Abel Margrethe Meyersgt. 8
7800 Namsos
Tlf. 74 27 22 69
nik.angelus@gmx.net
Åpningstider mandag–fredag 08.00-15.30
Mulighet for å ta imot funksjonshemmede

Tannlege Lars Rudel
v/Tannleger Bilstad, Rudel og Moen
Skolegata 14
7713 Steinkjer
https://tannlegesteinkjer.no
lars.rudel@tannlegesteinkjer.no
Tlf. 46 700 287

VESTFOLD

Perio Tannklinikken AS
Tannlege, periodontist Nico H. Toosinejad
Kilgata 9, 3217 Sandefjord
Tel 33 46 22 11, 33 46 28 13
post@perioklinikken.com

Tannklinikken Skeie AS
Tannlege Anne Therese Omdal
Tannlege Rune Skeie
(Oralkirurg Fredrik Lindberg)
-sedasjon/narkose om ønskelig
Aagaards plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

VESTLAND

ØSTFOLD

Privattannlegene AS
Tannlege Tore Karlsen
Tannlege Pål Sørensen
Farmannsgt 13b
1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 25 27
resepsjon@privattannlegene.no
www.privattannlegene.no
Tilrettelagt for funksjonshemmede

LYSTGASS

AKERSHUS
Ski Tannlegesenter
Flere tannleger med lystgassautorisasjon.
Kort ventetid.
Jernbaneveien 4
1400 Ski
lystgass@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

NORDLAND

Tannlege Per Hamre
Tannboden Brønnøysund AS
Storgata 19
8900 Brønnøysund
Telefon 924 79 700

TRØNDELAG

TANNLEGE ALSTAD AS
v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15, 7600 Levanger
Tlf. 74 08 23 35
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

Tannlege Yvonne Rudel
v/Tannleger Bilstad, Rudel og Moen
Skolegata 14
7713 Steinkjer
https://tannlegesteinkjer.no
yvonne.rudel@tannlegesteinkjer.no
mobil 46700287

NARKOSE / SEDASJON

AGDER

AKERSHUS

Ski Tannlegesenter
Jernbaneveien 4
1400 Ski
narkose@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

BUSKERUD

Oris Dental Drammen/
Drammen Spesialistsenter
i samarbeid med anestesilege Terje
Hanche-Olsen
Øvre Torggt 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks: 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS
Lille Strand gt. 3
2317 Hamar
Telefon: 62523696
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

MØRE OG ROMSDAL

Aksla Tannhelse AS
Vi tilbyr behandling i narkose/sedasjon.
Ystenesgata 6B
6003 Ålesund
Tel: 70 12 22 94
hei@akslatannhelse.no
https://akslatannhelse.no/narkose/

NORDLAND

Tannlege Per Hamre
Tannboden Brønnøysund AS
Storgata 19
8900 Brønnøysund
Telefon 924 79 700

OSLO

Fjærvik klinikken
Tannlegene Ingrid Fjærvik og Vera Breivik
Narkose/sedasjon/lystgass
Sommerrogata 13-15, 0255 Oslo
Tlf. 21 63 16 00
www.fjaervikklinikken.no
Epost: post@fjaervikklinikken.no
Tilgjengelig for bevegelseshemmede
Kveldsåpent

Tanntunet AS

Vi tilbyr behandling i sedasjon/narkose
Anestesilege Stefan Hauptig
Nydalens Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvising@tanntunet.no
www.tanntunet.no

ROGALAND

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Vi tilbyr behandling i full narkose og i sedasjon hos våre oralkirurger Dr. Peter Schleier og Attila Csillik, samt hos våre tannleger Gaute Kommedal, Linh Bui og Eniko Kovacs.
PB 73 Sentrum
4001 STAVANGER
Tlf: 51 53 01 99
post@stavangertann.no
www.stavangertann.no

TROMS

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS

(tidligere ABA kirurgi og narkose)
Alle typer tannbehandling i narkose.
Sjøgata 39, 3. etasje
9008 Tromsø
Tlf: 975 35 000
post@ttkns.no
www.ttkns.no

VESTFOLD

Tannklinikken Skeie AS

Kons, protetik, syst.perio.,
endo, kirurgi, implantat
i sedasjon eller narkose
Overlege Johan Peder Smedvig,
spes. i anesthesiologi
Aagaards plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

ANDRE KOLLEGIALE

HENVISNINGER

NTF påtar seg ikke ansvar for at tannleger som annonserer under «andre kollegiale henvisninger» har nødvendige formelle kvalifikasjoner.
Under denne overskriften kan man annonsere at man tar i mot henvisninger innenfor oral implantologi, narkose, odontofobi osv.
For mer informasjon, henv.
Eirik Andreassen, tlf. 22 54 74 30,
eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

AKERSHUS

Kjeller Tannhelse

Spesialist- og allmennpraksis
Spesialist i Oralprotetik Trine Bjelke-Holtermann
Spesialist i Endodonti Erik Katle
Spesialist i Oralkirurgi og medisin Michael Unger
Spesialist i Kjeve og ansiktsradiologi Ingvild Vestengen
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

INNLANDET

Tannlege Veslemøy Linde

Kompetanse innen søvnmedisin og søvnapné
Mjøstannlegene
Storgata 16
2815 GJØVIK
Tlf 61130825
epost: post@claria.as

OSLO

Avdeling for patologi, Rikshospitalet

Postboks 4956 Nydalens, 0424 Oslo
Tar imot og besvarer biopsier fra tannleger og oral kirurgi
Spesialkompetanse i oralpatologi
Tannlege, dr. odont. Tore Solheim
Telefon: 22 84 03 78/41 44 73 36
solheim@odont.uio.no
Tannlege, Phd Tine Søland
Telefon: 22 84 03 76
tinehe@odont.uio.no

Festningen tannklinikk

Lege og tannlege Steven Anandan

Festningen tannklinikk
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
firmapost@raadhusstann.no
www.festningen-tannklinikk.no

Festningen tannklinikk

Lege og tannlege Mats Døving

Festningen tannklinikk
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
firmapost@raadhusstann.no
www.festningen-tannklinikk.no

TannSpes - TannlegeSpesialistene i Oslo

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop
Tannlege og stud. med. Elham Koroud
(oralkirurgisk behandling).
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no

TannSpes - TannlegeSpesialistene i Oslo

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop
1. amanuensis Bano Singh. Forsker på smak/lukt, og tar i mot henvisninger på dette.
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no



Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø? Da er Tannhelse Rogaland noe for deg.

Ledige stillinger er annonsert på tannhelserogaland.no



Tannhelse
Rogaland

STILLING LEDIG

TANNLEGE SØKES TIL RAULAND TANNLEGEKONTOR

Stillingstittel: Tannlege 80-100%

Frist: Snarest

Ansettelsesform: Vi søker en effektiv, selvstendig og dyktig leietannlege som er engasjert.

Vi oppfordrer både du som har flere års erfaring og nyutdannede til å søke.

Vi har en veletablert privat tannlegepraksis utstyrt med OPG, 2 uniter, 2 behandlingsrom, venterom, kjøkken, og garderobe med dusj.

Hos oss får du:

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

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

Rauland Tannlegesenter AS

E-post : post@rauland-tannlegesenter.no

STILLING SØKES

ØNSKER 20% DELTIDSSTILLING

Tannlege med erfaring fra privat praksis, uteksaminert i 2016, ønsker deltidsjobb i Oslo eller omegn én dag i uken. Har bil og kan pendle inntil 40 minutter utenfor byen.

Kontakt Carina Urke, carinaur@gmail.com

tlf: 48151774

KJØP OG SALG

TANNLEGEPRAKSIS TIL SALGS I BY I VESTFOLD

Tannlegepraksis i nye, moderne lokaler, velutstyrt klinikk med 3 fullverdige behandlingsrom + 1 ekstra hvilerom med stol. 2 nye uniter med rtg.apparater. Eget OPG rom. Stor resepsjon og steril + venterom. Motorrom med lager. Eget spiserom med kjøkken. Garderobe med dusj. Rullestol-vennlig. Heis. Gode parkeringsmuligheter. Praksisen er veldrevet og i full drift, og har god omsetning med godt pasientgrunnlag/recall. Har egen tannpleier og oral kirurg knyttet til klinikken.

Praksis vurderes solgt innen sommeren 2025.

Skriftlig henvendelse til: salg.tannlegepraksis@gmail.com

TANNLEGE SØKES TIL TRIVELIG PRIVAT PRAKSIS PÅ FANNREM I ORKDAL

En av våre tannleger skal ut i svangerskapspermisjon fra mai 2025. Derfor søker vi vikar i 100 % stilling, deltid kan være aktuelt.

Kvalifikasjoner:

- Norsk autorisasjon
- Må beherske norsk skriftlig og muntlig
- Lokal tilknytning er en fordel

Søknad, cv med referanser og eventuelle spørsmål sendes på e-post til Tannlegene.fannrem@gmail.com

Kandidater blir kontaktet fortløpende!



Tannlege Gerhardt De Freitas AS
Orkdalsveien 580 7320 Fannrem
7320 Fannrem
Tlf 72485770

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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

#whnordic



wh.com



WORKHORSE™

W&H presenterer et vinkelstykke med lav hastighet og sjelden kraft.

Høy effekt og nytt design gjør dette instrumentet til en ekte arbeidshest i alle materialer som skal kuttes eller separeres, men hovedsakelig i f.eks zirkonium.

Kobles til en standard lavhastighetsmotor.

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



*God jul og et
Godt Nytt År*

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