TIDSSKRIFT FOR NORSK TANNPLEIERFORENING

Jubileumsnummer

tannstikka

Nummer 02/2018

TEMA:
STRÅLEVERN

TANNHELSE HOS SLAGPASIENTER

NTpFS HISTORIE

TePe®

25
1993 - 2018

TePe mellomromsbørste.
Oppdatert.

Vi presenterer TePe mellomroms-børster i nye, oppfriskende farger. Finnes i ni størrelser, hvorav de fire minste har en patentert fleksibel tupp som gjør børsten mer slitesterk og gir optimal tilgang til alle mellomrom.

Utviklet i samarbeid med tannpleie spesialister for en sunnere hverdag.

We care for healthy smiles

AD18172NO

INNHOLD

PÅ PLAKATEN
5 Kurs i motivasjon og veiledning
5 Spørreundersøkelse utføres
5 Jubilanter

TEMA: STRÅLEVERN
8 Tannpleieren – ekspert på strålevern
14 Runde tubuser, firkantede konuser
15 Ny veileder fra Statens strålevern

FAGLIG
16 Munnstell hos kreftsyke barn
24 Tannhelse og hjerneslag

NTpF 50 ÅR
36 Kort historikk for NTpF
40 Utdanningen – en historisk oversikt
46 Norske tannpleiere med doktorgrad
48 «Tandplejersker» i 100 år
50 Intervju: Arnhild Sunde Seim
54 Internasjonalt engasjement
60 Hilde Aga ser framover

NTPF PRESISERER
Signerte artikler i «Tannstikka» står for forfatters egen regning, og innholdet gir ikke nødvendigvis uttrykk for NTpFs offisielle syn i saken. Annonsene i «Tannstikka» er betalt og utformet av annonsøren selv, og NTpF garanterer ikke for produktet.

redaktørens spalte

EN VANDRING I HISTORIEN

Dette nummeret av «Tannstikka» blir preget av det kommende jubileet – NTpF feirer 50 år som forening. Et halvt århundre er gått siden tannpleierne, den gang en mer sammensatt gruppe med ulik bakgrunn, og uten at tittelen var beskyttet, bestemte seg for å ta større kontroll over egen arbeidshverdag.

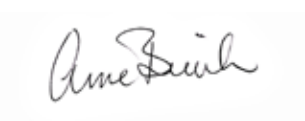
For det er mye det fagforeningsarbeid handler om. Kontroll over lønn, utdannings, arbeidsforhold, rettigheter, og kravet om å bli sett og verdsatt for jobben man gjør. NTpF har kommet langt på 50 år. Historien, som tross alt er ganske kort sammenlignet med andre fagforeningers, inneholder mange viktige milepæler og høydepunkter. Her har vært mange sterke og målbevisste kvinner som ikke lot seg skremme så lett. Mitt inntrykk er at man også har hatt godt indre samhold og har kunnet bruke hverandre aktivt. Imponerende!

Personlig er jeg og har alltid vært interessert i historie. Hva har skjedd tidligere? Hvilke kamper har vært kjempet, hvilke har man vunnet, og hvilke har man tapt? Og hvorfor? Dessverre er vi ikke alltid så flinke til å ta vare på historien. Pussig nok har vi blitt enda dårligere de siste 20 år, etter at digitaliseringen traff oss for fullt. Troen på at alt «lar seg google» kan fort få seg en knekk! For det forutsetter for det første at historien er blitt fortalt av og til noen, og deretter at den er gjort tilgjengelig digitalt. Der er slett ikke alltid tilfelle.

Derfor har jeg tatt rollen som «a woman with a mission» i det som er blitt jubileumsnummeret av «Tannstikka». Jeg har vært ute og jaktet historie. Blant annet har jeg snakket med to av foreningens æresmedlemmer og veteraner, som begynte sitt virke mens foreningen bare var tre-fire år gammel, og bedt dem dele kunnskap og viktige begivenheter. Dessuten har jeg snakket med dagens leder Hilde Aga, både om fortid, men også om fremtid. For det er viktig å ha blikket i fartsretningen, samtidig som man tar med seg historien.

Selvfølgelig kunne jeg bedt embedsmenn og politikere om å «mene noe» om tannpleierne i dette nummeret. Jeg valgte imidlertid å holde fokus på tannpleierne og foreningens egen historie, fortalt av de som har opplevd den. Så har jeg gitt mitt lille bidrag til å ta vare på den.

Jeg ser frem til flotte konferanse- og jubileumsdager i Oslo om noen ganske få uker. La feiringen skje med glede og stolthet; det har tannpleierne fortjent!



Takk for innsatsen i Norsk Tannpleierforening

Dette nummeret av Tannstikka er prega av at tannpleiarane er inne i eit jubileumsår. Vi markerar at det er gått 50 år sidan Norsk Tannpleierforeining vart stifta i Oslo i 1968. I år er det tid for å visa fram historien, og takk til alle leiarane og styra som har stått på barrikaden i alle desse åra, og utvikla tannpleierforeininga til det den er i dag. Målet har vore å fremma yrkesgruppa og fagområdet. Dette arbeidet har kravd pågangsmot, idealisme og overtyding om at førebygging er rett veg mot god oral helse. Dette skal vi feira med jubileumsfest og jubileumsdag. Vi feirar også yrkesgruppa ved at innhaldet på fagkonferansen og jubileumsdagen er prega av ressursar frå eigne rekker.

Takk til framsynte tannpleiarar som såg verdien av å etablera ein organisasjon og eit fellesskap i 1968. Historia visar at utviklinga på mange områder er blitt kjempa fram. Her var motkrefter, medan andre såg viktigheita av at yrkesgruppa fekk større plass i tannhelsetenesta. Foreininga jobba under enkle vilkår og i starten kunn med frivillig innsats. Tannpleiarane såg at fellesskap skapte samhald og styrke, og det vart viktig å ha ei solidarisk haldning til foreininga sitt arbeid. Auka medlemstal gav betre økonomi. Det skapte rom for løn til leiar og auka profesjonalitet i foreininga. Autorisasjonen endra tannpleiarane sin status frå å vera yrkesgruppa som avlasta tannlegen til å bli ei autonom yrkesgruppe med sjølvstendig yrkesutøving. Flinke tannpleiarar tok ansvar som leiarar av foreininga, og foreininga fekk gjennomslag for mange viktig politiske saker. Av sentrale saker i tillegg til autorisasjon, kan nemnast utvida utdanninga, først frå eitt til to år, så utdanning på bachelor nivå, sjølvstendig refusjonsrett, etablering av vidareutdanning og nyleg gjennomslag for krav til tannpleierkompetanse ved ei eventuell overføring til kommunen. Dette visar at tannpleiarane i dag skal ha ein spesialfunksjon i den offentlege og private tannhelsetenesta, både når det gjeld individretta klinisk arbeid og samhandling for å fremma oral helse. Fleire tannpleiarar har tatt PhD. Det styrkjer fagfeltet og yrkesgruppa. Spesielt takk til dei to første doktorrandane som valte denne strevsame vegen ved å vera føregangskvinner for andre tannpleiarar!

I dag nyttar Tannpleierforeininga kompetansen og erfaringa tidlegare leiarar har på aktuelle områder. Foreininga har også yrkesutøvande tannpleiarar representert i ulike utval. Det er verdsatt i ein organisasjon med avgrensa ressursar, sjølv om sekretariatet vart styrkja ved å få fagansvarleg tilsett. Tannpleierforeininga fekk ein meir profesjonell tilnærming til politiske saker samtidig som drifta av kontoret blir godt tatt i vare. Dette gir foreininga ein solid plattform.

I ei tid då vi veit at organisasjonsgraden generelt går ned, er det viktig å løfta fram kva foreininga har betydd for den status yrkesgruppa og fagområdet har i dag. Ser ein på fagområdet, så har det helsefremjande og førebyggjande arbeidet aldri hatt sterkare posisjon enn tilfellet er i dag. Den kollektive tenkjekrafta har vore viktig i denne samfunnsutviklinga. Den har gitt utdanna personell på mellomnivå høgare status og vi har oppnådd større politisk innflytelse.

Vi har all grunn til å feira – vi sjåast i Oslo sist i mai!

Kurs i motivasjon og veiledning for tannpleiere ved bruk av selvbestemmelsesteori (SDT) og motiverende intervju (MI)

Tid: 2 seanser: 1.-3. juni og 19.-21. okt. 2018
Sted: TkØ, Majorsuen i Oslo. Sørkedalsveien 10A, 0369 Oslo
Antall deltakere: 20-25 tannpleiere
Kurspris for 2 seanser: kr 1000,-
Kursansvarlig: Anne Elisabeth Munster Halvari
Påmeldingsfrist: 25 mai.
For detaljer omkring program og påmelding, se www.tannpleier.no/medlemssiden.

Arbeid med ny stillingstittel

Norsk Tannpleierforening arbeider for tiden ovenfor Delta med krav om ny stillingstittel for tannpleiere med videreutdanning på høgskolenivå (Spesialtannpleier, 60 studiepoeng). Det er ønskelig med en ny stillingsbetegnelse i hovedavtalen. Vi håper dette blir en realitet i løpet av våren.

PÅGÅENDE UNDERSØKELSE OM ARBEIDSMOTIVASJON OG KUNNSKAPSDELING

I disse dager vil alle tannpleiere som er medlemmer i NTpF motta en spørreundersøkelse på epost. Undersøkelsen handler blant annet om arbeidsmotivasjon, kunnskapsdeling og trivsel på jobben.

Det er viktig med så høy svarprosent som mulig og vi håper du kan ta deg tid til å svare på spørreskjemaet. Spørreskjemaet er estimert til å ta 20 minutter å besvare.

De som svarer på undersøkelsen vil delta i trekningen av store reisepremier. To reisepremier à kroner 15.000 (reise for 2) vil bli trukket utpå nyåret i 2019, når undersøkelsens siste spørreskjema er besvart. Med ca 300 (estimert) personer på deltakerlisten betyr det at mulighetene for å stikke av med en reise er stor.

Undersøkelsen sendes ut av førsteamanuensis Anja Olafsen ved Universitetet i Sørøst Norge. Så når du får en epost fra Anja vet du at det er denne undersøkelsen det gjelder.

40 år
Elin Bjerregård, Raufoss
Line Møllevik Haugan, Skage i Namdalen
Line Græsli, Selbu

50 år
Benthe Sogn, Horten

60 år
Eva Lise Lundgren, Ikornnes

Ønsker du ikke å stå oppført i denne oversikten, er det fint om du sender en melding om dette til ntpf@delta.no – senest innen fristen for bidrag til bladet.

Foto: Shutterstock.com

NYE RETNINGSLINJER FOR HELSE- OG SOSIAL-FAGUTDANNINGENE

Utarbeiding av nye felles nasjonale **retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene** er forkortet og forenklet til begrepet RETHOS.

Hvorfor nasjonale retningslinjer for alle helse- og sosialfagutdanninger ?
Målet, Nasjonale retningslinjer som er basert på:

- Tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene
- Oppdatert og forskningsbasert kunnskap (Kunnskapsbasert praksis – KBP)
- Sentrale politiske føringer og nasjonale reformer
- Utvikling av utdanningssektoren og helse- og sosialsektoren
- Nasjonalt og internasjonalt regelverk

ENDRING - STYRINGSSYSTEM PÅ TRE NIVÅER:

1. Universitets- og høgskoleloven gir hjemmel for faglig styring av utdanningene gjennom rammeplaner
2. Felles forskrift for rammeplan for grunnutdanningene med følgende innhold:
   - Felles formål for alle utdanningene
   - Felles læringsutbyttebeskrivelse for alle utdanningene
   - Fkrav til praksis
   - Futforme rammer til retningslinjene for hver enkelt utdanning
3. Retningslinjer for hver utdanning

RETNINGSLINJENE SKAL UTFORMES I TRÅD MED:

1. Tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene
2. Oppdatert og forskningsbasert kunnskap
3. Sentrale politiske føringer og nasjonale reformer
4. Utvikling av utdanningssektoren og helse- og sosialsektoren.
5. Nasjonalt og internasjonalt regelverk.

HVORDAN

- Tydelig mandat
- Programgrupper sammensatt av UHsektoren, tjenestene og studentene
- Transparente og åpne prosesser

BUDSKAP I MELD. ST 13 (2011-2012) «UTDANNING FOR VELFERD - SAMSPILL I PRAKSIS»

- Utdanning og forskning må fremskaffe kunnskap og kompetanse som er rettet mot tjenestenes og brukernes behov
- Tjenestene må sikres økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene
- Studentene må forberedes på arbeidsoppgaver og arbeidsmåter i fremtidens helse- og velferdstjenester
- Behov for bedre styring og mekanismer på nasjonalt nivå for å sikre at forventningene til utdanningene oppnås.

Bakgrunn for arbeidet i RETHOS vises det til Meld. St. 13 (2011-2012): «Utdanning for velferd – Samspill i praksis» og Meld. St. 16 (2016- 2017): «Kultur for kvalitet i høyere utdanning».

Her har det vært påpekt at det er behov for å endre utdanningene slik at de er mer i tråd med samfunnets behov. I tillegg pekes det på at det er behov for bedre styring og bedre mekanismer på nasjonalt nivå for å sikre at disse forventningene oppfylles. For å lykkes med dette er det nødvendig å sikre et bedre samspill mellom tjenestene og utdanningene. I tillegg er det viktig at brukere av tjenestene bli hørt og også inkludert.

I forbindelse med behandlingen av av Meld. St 13 (2011-2012) «Utdanning for velferd - Samspill i praksis» ga stortinget sin tilslutning til en rekke *forslag for å styrke kvaliteten og ikke minst RELEVANSEN i helse- og sosialfaglige grunnutdanningene på universitets- og høyskolenivå.* Tjenestene mener at utdanningene er for statiske, det vil si at de ønsker mindre reproduksjon av det bestående og økt fleksibilitet og

endringskompetanse inn i fremtidens helse – og sosialtjenester.

De ønsker at nyutdannede kandidater i større grad imøtekommer tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene.

Dette slutter også tannpleierne seg til !

Formål: Retningslinjene er en del av et nytt styringssystem. Det nye styringssystemet har som mål at utdanningene selv, tjenestene og sektormyndighetene det utdannes til, får økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene.

Mandat: Prosjektets mål er å utarbeide nasjonale retningslinjer for hver enkelt av grunnutdanningene i helse- og sosialfag. Retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene.

Fremdriftsplan: Prosjektet for utvikling av retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene er inndelt i to faser. Fase 1 omfatter de åtte rammeplanstyrte utdanningene.

Fase 2 omfatter de elleve øvrige utdanningene. Tannpleierne er i fase 2 og i 2020 vil de nye læringsutbyttene - og målene implementeres i alle utdanningene. Både de fra fase 1 og de fra fase 2.

I forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger så kan det vises til 12 felles læringsutbyttebeskrivelser som allerede er godkjent og vil være FELLES for alle helse- og sosialfagutdanninger.

Læringsutbyttebeskrivelsene skal være i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring.

Etter fullført helse- og sosialfagutdanning skal kandidaten ha følgende læringsutbytte:

1. kan identifisere, reflektere over og håndtere etiske problemstillinger.
2. har kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering.
3. har relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse.
4. kan samhandle både tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivåer, og initiere slik samhandling.
5. har kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk og kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse.

Her er over er det kun tatt med en kortversjon av de 5 første læringsutbyttene.

TANNPLEIERNES PROSJEKTGRUPPE I RETHOS:

Følgende personer er valgt ut av KD til denne prosjektgruppen:

TANNPLEIERNES
PROSJEKTGRUPPE I RETHOS

UH-sektoren (UiB), Gro Stenerud - leder
UH-sektoren (UiO) , Eli-Karin Søvdsnes
UH-sektoren (HINN) , Linda Lundsbakken
Regionalt odontologisk
kompetansesenter , Oppnevnes senere
KS, Joachim Dalheim
KS Isak Dahle
Norsk Studentorganisasjon, Barin Jabar

TANNPLEIEREN – EN EKSPERT I STRÅLEVERN

Tannpleiere er en av helseprofesjonene som gjennom sin bachelorutdanning oppnår mest kompetanse i strålefysikk og strålevern. Tannlegene har tilsvarende kompetanse, mens yrkesgruppene radiograf, medisinsk radiolog og kjeve- og ansiktsradiolog har enda større fokus på strålevern i sin utdanning1.

Av Gerald Torgersen, fysiker, avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi, Institutt for klinisk odontologi, Universitet i Oslo og Caroline Hol, tannlege, spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi, stipendiat, Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi, Institutt for klinisk odontologi, Universitet i Oslo

Bachelorutdanningen i tannpleie dekker basisbehovet for å kunne benytte røntgenapparater og andre strålekilder på en sikker måte. Etter endt utdanning vil tannpleierne måtte sikre seg nødvendig oppdatering.

Hvorfor er det fokus på strålefysikk og strålevern i tannpleierutdanningen?

Tannpleierstudenten utdannes til å bli autorisert helsepersonell med kompetanse til å anskaffe og benytte intraorale dentalrøntgenapparater(2). Tannpleiere kan også utføre panoramarøntgenundersøkelser om de besitter den nødvendige kompetansen(2).

Røntgenstråling er ioniserende elektromagnetisk stråling som er potensielt helseskadelig, derfor er det viktig at personell som håndterer røntgenapparater har tilstrekkelig kompetanse til å beskytte seg selv, pasienter og andre mot skadelige virkninger av denne strålingen.

På sykehus og medisinske røntgeninstitutt jobber det team bestående av blant annet spesialister i radiologi, radiografer og fysikere med spesialkompetanse i strålevern. Disse yrkesgruppene finner man vanligvis ikke ved tannklinikker, og det er derfor nødvendig at tannhel-

Diskusjon om bildekvalitet og diagnostikk mellom studenter og veileder. Fra v.: Fatima Al-Askari, Caroline Hol, Ferda Karaburk og Suha Salama. Foto: Ingar Storfjell, UiO-Odontologisk

sepersonell på selvstendig grunnlag kan vurdere sine strålevernstiltak.

HVA LÆRER TANNPLEIERSTUDENTENE OM STRÅLEVERN?

Det er fire institusjoner i Norge som utdanner tannpleiere. Undervisningens innhold og omfang varierer noe mellom institusjonene. Vi presenterer hvordan strålevernutdanningen er organisert ved Universitetet i Oslo (UiO), som forfatterne kjenner best til.

Der starter man med en introduksjon til grunnleggende strålefysikk. Man lærer om hvordan elektromagnetisk stråling vekselvirker med materie. Forskjellen på ioniserende og ikke-ioniserende stråling blir undervist med vekt på ioniserende strålings biologiske virkning. Studentene lærer om stråledoser og hva de sier om faren ved stråling.

Det undervises også om hvordan røntgenbilder dannes, ulike feilkilder og hvordan stråledosen kan holdes så lav som mulig uten at det går på bekostning av nødvendig diagnostisk bildekvalitet. Studentene lærer om utstyr som brukes i røntgenundersøkelser, eksempelvis holdere for intraorale sensorer og fosforplater/film og beskyttelsesutstyr.

Et viktig tema er regelverket, der det i hovedsak er strålevernforskriften som gjennomgås. Her vil studentene lære sine plikter og rettigheter innen strålebruk. Det fokuseres på viktigheten av å vurdere berettigelse (§5 og §39)(2) av røntgenundersøkelsene som foretas. Forventer man at undersøkelsen vil ha noe å si for den videre behandlingen? Vil undersøkelsen være mer til nytte enn ulempe for pasienten? Ulempene vil være stråledose, tidsbruk og kostnader både for pasienten og for samfunnet. Er svaret på disse spørsmålene ja, blir studentene bevisstgjort på viktigheten av å optimalisere (§5 og §40)(2) undersøkelsen. Det vil si å velge riktig type røntgenundersøkelse og utføre den på en måte som gir minst mulig strålebelastning til pasient, andre, og ikke minst til den som utfører undersøkelsen.

I tillegg skal studentene kjenne til dosegrenser og tiltak for å overholde disse.

Studentene lærer også om farene ved bruk av optiske (ikke-ioniserende) strålekilder som herdelamper(3). Disse utgjør en umiddelbar fare for synet og det er derfor viktig å bruke riktig verneutstyr.

HVORDAN ER STRÅLEVERN-UNDERVISNINGEN ORGANISERT?

En rapport fra Statens strålevern1 viste at det i 2013 ble brukt 20 – 54 timer til strålevernundervisning ved tannpleierutdanningene. Det store spriket skyldes at deler av denne undervisningen er integrert med praktisk og annen teoretisk undervisning. Derfor er det ikke så lett å telle timene.

Ved UiO har studentene forelesninger, teoretiske seminarer og praktisk opplæring på Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi. På avdelingen er det mange timer praktisk undervisning, både i undersøkelsesteknikk og diagnostikk. Der trekkes strålevern ofte inn i undervisningssamtalene rundt røntgenundersøkelsene. For eksempel når en skal velge metode, eller hvordan røntgenundersøkelsene best skal utføres.

Temaet blir testet i semestertester og innleveringsoppgaver, og er en viktig del av avsluttende eksamen i oral radiologi i studiets 4. semester.

VIDEREUTDANNING FOR TANNPLEIERE

I den nyetablerte videreutdanning i tannpleie og helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Sørøst-Norge inngår tre timer undervisning i strålevern. Undervisningen inneholder repetisjon av grunnleggende strålevern, oppdatering i regelverk og gjennomgang av ulike undersøkelsesprosedyrer, systematisk bildegranskning og bildediagnostikk.

STRÅLEVERNSREGELVERKET

Alt helsepersonell plikter å ha oversikt over regelverket som angår den kliniske virksomheten, men det kan være vanskelig å til enhver tid være oppdatert på regelendringer. Derfor benytter vi anledningen til å gi en oversikt over de viktigste paragrafene i strålevernforskriften som angår alle tannpleiere, med praktiske eksempler man kan tenke over.

Strålevernforskriften ble sist revidert med virkning fra 1. januar 2017 og i desember 2017 publiserte Statens strå-

>>>

Blykragen beskytter skjoldbruskkjertelen (gl. thyroidea). Fra v.: Fatima Al-Askari, Gerald Torgersen, Ferda Karaburk. Foto: Ingar Storfjell, UiO-Odontologisk.

levern (Strålevernet) en ny veileder om strålebruk innen odontologi, Veileder 14, hvor man fremhever og kommenterer de paragrafene i strålevernforskriften som er mest aktuelle for tannhelsetjenesten. En slik veileder for odontologi har man aldri hatt i Norge tidligere. Flere lover og forskrifter er også gjeldende ved bruk av røntgenundersøkelser i tannhelsetjenesten, blant annet helsepersonelloven(5) og journalforskriften(6).

Berettigelse og optimalisering (§5, §39 og §40)

Berettigelsen for røntgenundersøkelser skal alltid vurderes for den enkelte pasient før undersøkelsen utføres. Berettigelsesvurderingen skal blant annet ta utgangspunkt i kliniske opplysninger, pasientens symptomer og planlagt behandling. Når Helsedirektoratets Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år ferdigstilles, trolig i løpet av 2018, vil det bli nødvendig å se til denne for anbefalinger om bitewing (BW) undersøkelser av barn og unge. I Veileder 14 lister Strålevernet opp eksempler på strålebruk som ikke er berettiget, blant annet rutineundersøkelser med røntgen uten at individuell indikasjon er vurdert.

Tidligere relevante røntgenundersøkelser som kan påvirke behovet for nye bilder skal, om mulig, innhentes før nye røntgenundersøkelser utføres. Det vil si at hvis relevante røntgenbilder er utført på en annen klinikk, eksempelvis ved akuttbehandling eller spesialistbehandling, bør disse innhentes før ny undersøkelse utføres. Når en selv henviser pasienter, eksempelvis til kjeveortoped, eller dersom pasienten bytter tannklinikk, bør relevante røntgenundersøkelser alltid medsendes. All bildeoverføring mellom klinikker bør skje digitalt når bildene i utgangspunktet er digitale. Papirutskrifter av digitale bilder har ofte dårlig bildekvalitet og kan føre til at nye, i utgangspunktet unødvendige røntgenundersøkelser likevel må utføres.

Når en skal bestemme hvilken type bildeundersøkelse pasienten vil ha mest nytte av, må en ta hensyn til hva som er formålet med undersøkelsen. Hvilken type røntgenundersøkelse vil gi best mulig svar på pasientens problem, til lavest mulig stråledose og kostnad?

Optimalisering innebærer at en utfører

Opalescence go®

Find us on facebook

Ultradent Products Nordics

Opalescence®

SPOTLIGHT YOUR **SMILE**

- Effektivt blekemiddel for tenner til hjemmebruk, med 6% H_2O_2
- Komfortabelt, klar til bruk rett fra forpakningen
- UltraFit™ tray passer perfekt og tilpasser seg pasientens individuelle smil – en avslappet blekeopplevelse

For ytterliger informasjon av Opalescence tannbleknings produkter besøk www.opalescence.com/no.

Opalescence kan fås hos LIC Scadenta, Jacobsen Dental, Norsk Orthoform Depot, Plandent og Dental Direct.

ULTRADENT.COM/EU

© 2018 Ultradent Products, Inc. All Rights Reserved.

40 YEARS 1978-2018

ULTRADENT PRODUCTS, INC.

røntgenundersøkelsen på en måte som minimerer risiko for omtak. Det gjøres best ved å benytte standardiserte prosedyrer eller teknikker. Ved intraorale røntgenundersøkelser anbefales derfor parallellteknikk ved periapikale røntgenundersøkelser og bruk av sensor-/fosforplateholdere med siktepinne.

Individuell optimalisering innebærer også å gi riktig stråledose til den enkelte pasient. Det vil si så lav stråledose som mulig uten å miste nødvendig diagnostisk informasjon i bildet. Bildekvaliteten må være god nok til at en kan tolke bildet og svare på den diagnostiske problemstillingen. I Veileder 14 lister Strålevernet opp eksempler på ikke-optimalisert strålebruk.

For å redusere stråledosen til pasienten kan en skjerme strålefølsomme organer. Ved tannrøntgenundersøkelser gjelder dette spyttkjertler, skjoldbruskkjertelen og øyelinsene.

Ett skjermingstiltak er å blende inn strålefeltet slik at man kun treffer området som er av klinisk interesse. Ved intraorale røntgenundersøkelser brukes derfor rektangulær kollimering (innblending av strålefeltet). Å gå fra bruk av rund tubus til rektangulær tubus på dentalapparatet gir en reduksjon i stråledosen på 50-80 %(7). Leverandører av dentalapparater er behjelpelig om man trenger å bytte til rektangulær tubus eller en annen anordning som innsnevrer strålefeltet til rektangulær form. Lang, rektangulær tubus som gir fokus-hud-avstand på ca. 40 cm er etter vår erfaring enklest å arbeide med.

Ved panoramarøntgenundersøkelser må det vurderes om fullt bilde må tas eller om stråledosen kan reduseres ved å kollimere undersøkelsen, eksempelvis ved å ikke inkludere kjeveleddene eller bare inkludere den ene siden.

Et annet skjermingstiltak er å bruke blykrage for å beskytte skjoldbruskkjertelen. Alle tannklinikker skal ha tilgjengelig blykrage/-skjerm og rutiner for bruken. For å unngå at man glemmer det når det er behov, anbefaler tannpleier- og tannlegeutdanningen ved UiO rutinemessig bruk av blykrage ved intraorale røntgenundersøkelser. Særlig ved undersøkelser av barn, som er mer strålefølsomme enn voksne, anbefales alltid bruk av blykrage.

Det er ikke nødvendig å ta spesielle strålevernsrelaterte forholdsregler overfor gravide pasienter som har behov for røntgenundersøkelser hos tannpleier eller tannlege.

MEDISINSK KOMPETANSE (§ 47)

Både tannpleiere og tannleger kan være medisinsk faglig ansvarlig for intraorale tannrøntgenundersøkelser. Tannleger kan også være medisinsk faglig ansvarlig for ekstraoral tannrøntgen uten CT-funksjon, eksempelvis panoramarøntgenundersøkelser. Tannleger med spesialistutdanning i kjeve- og ansiktsradiologi kan i tillegg være medisinsk

Demonstrasjon av optimal projeksjon ved bitewing-undersøkelse. Fravenstre: Fatima Al-Askari, Aud Jorid Kjellsbøl Hole med pasient. Foto: Ingar Storfjell, UiO Odontologisk.

faglig ansvarlig for apparatur med CT-funksjon, dvs. både konvensjonell CT og CBCT, samt MR-apparatur.

Å være medisinsk faglig ansvarlig betyr at man har medisinsk kompetanse og strålevernkompetanse til å blant annet vurdere berettigelse og optimalisering. Helsepersonelloven § 40 pålegger i tillegg helsepersonell å journalføre diagnostiske opplysninger.

BETJENING AV RØNTGENAPPARATUR (§48) OG OPPLÆRING I STRÅLEVERN OG STRÅLEBRUK (§49)

Helsepersonell som betjener røntgenapparater, det vil si tar røntgenbilder av pasienter, skal ha strålevernkompetanse tilpasset bruksområdet. For tannpleiere fås slik opplæring gjennom grunnutdanningen og etterutdanning. Det er også krav om apparatspesifikk opplæring, altså opplæring i de apparatene man faktisk benytter i egen klinisk virksomhet.

Alle som benytter røntgen skal ha årlig opplæring og faglig oppdatering i strålevern og strålebruk. Det er virksomheten som skal sørge for at personellet får opplæring og den skal tilpasses den enkeltes arbeidsoppgaver. All opplæring skal være dokumentert i omfang og innhold for den enkelte arbeidstaker.

Både tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger med nødvendig strålevernkompetanse kan ta intraorale tannrøntgenbilder. Tannpleiere og tannleger kan også ta ekstraorale tannrøntgenbilder som panoramarøntgenbilder, mens tannleger i tillegg kan ta CBCT undersøkelser.

Ved betjening av røntgenapparater åpner Helsepersonelloven § 5 for bruk av medhjelpere. Statens strålevern forutsetter da at medhjelperen har nødvendige kvalifikasjoner for å utføre oppgavene på en faglig forsvarlig og adekvat måte, og at nødvendig opplæring blir gitt. Ansvar for kontroll og oppfølging av medhjelperen ligger hos den som har overlatt oppgaven til vedkommende. Helsepersonellet som delegerer må selv være fullt i stand til å betjene apparaturen, og undersøkelsen må inngå i dens normale oppgaver i virksomheten.

HENVISNING (§ 42)

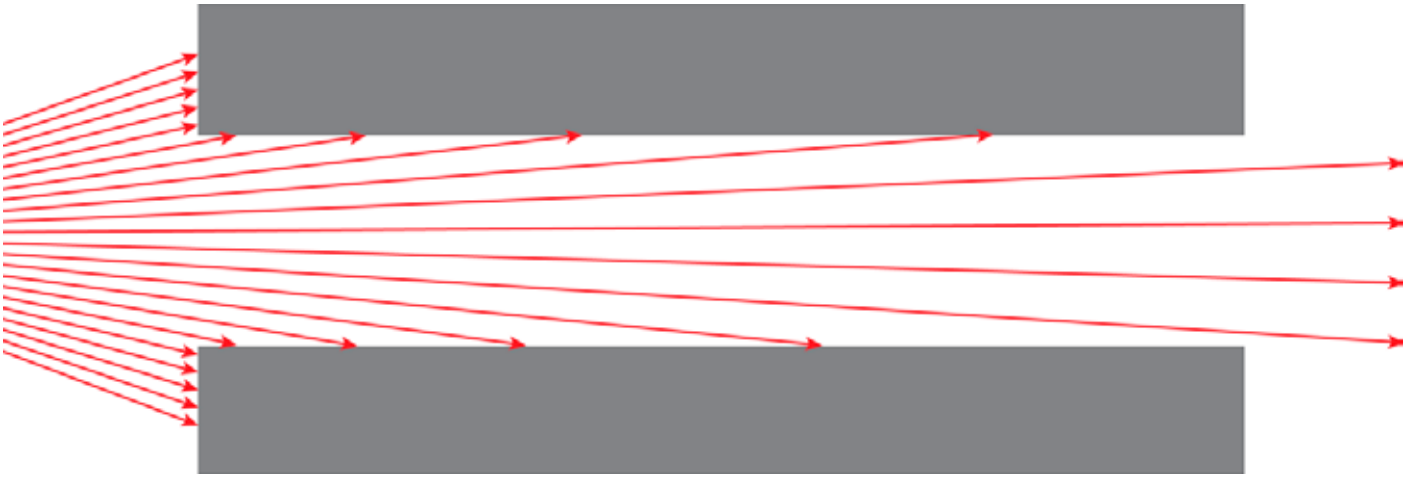
Pasienter med behov for røntgenundersøkelser som ikke kan utføres internt på tannklinikken må henvises. Henvisningen skal skrives av helsepersonell som har ansvar for og kompetanse til å følge opp pasienten. For tannpleiere betyr det at en må vurdere om problemstillingen man henviser for skal følges opp av en selv eller tannlegen som også har ansvaret for pasienten. Hvis tannlegen skal følge opp problemstillingen bør tannlegen skrive henvisningen.

Henvisning for radiologisk undersøkelse skal bygge på en klinisk vurdering av pasienten og inneholde tilstrekkelig informasjon, slik at den som mottar henvisingen også kan vurdere berettigelsen. Den som mottar henvisningen må altså forstå hvorfor det er nødvendig å utføre undersøkelsen.

Det er også viktig at opplysninger som påvirker økonomiske forhold inkluderes i henvisningen, eksempelvis om voksne pasienter har trygderettigheter eller inngår i prioritert gruppe i Den offentlige tannhelsetjenesten.

1. Silkoset R, Friberg E. Strålevern i utdanningene for helsepersonell. Kartlegging av strålevernundervisningen for utvalgte helseprofesjoner som er involvert i arbeid med medisinsk strålebruk. In: Statens strålevern, editor. StrålevernRapport: Statens strålevern,; 2014.
2. Strålevernforskriften. Forskrift om strålevern og bruk av stråling; 2016.
3. Bruzell EM, Christensen T, Johnsen B. Riktig øyebeskyttelse reduserer risikoen for øyeskader fra herdelamper. Den norske tannlegeforenings Tidende 2015;125(1):7.
4. Veileder nr. 14. Veileder om strålebruk innen odontologi. Veileder til forskrift om strålevern og bruk av stråling. : Statens strålevern; 2017.
5. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v.; 1999.
6. Journalforskriften. Forskrift om pasientjournal; 2000.
7. Statens strålevern. Til odontologiske virksomheter - Reduser stråledosen til pasientene dine!; 2015.

Fra strålebunten som kommer fra venstre er det kun de som går forholdsvis rett frem som slipper gjennom. Resten blir absorbert i kollimatoren.



RUNDE TUBUSER OG FIRKANTETE KONUSER?

Statens strålevern har som mål at rektangulær kollimering er standardvalg ved alle intraorale røntgen-undersøkelser innen 20181. Denne setningen er tydeligvis ikke skrevet av tannhelsepersonale. Hva er rektangulær kollimering og er det noe du har liggende på klinikken?

Av Gerald Torgersen, fysiker, Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi, Institutt for klinisk odontologi, Universitet i Oslo

Konus (Foto: Ingar Storfjell, UiO odont)

Rund tubus. (Foto: Gerald Torgersen UiO-Odontologisk fakultet)

Firkant tubus. (Foto: Gerald Torgersen UiO-Odontologisk fakultet)

For å rydde litt opp i begrepene har jeg skrevet dette lille notatet som forklarer hva Statens strålevern mener her, og hvorfor det er viktig å følge denne oppfordringen.

HVA ER EN KOLLIMATOR?

Stråler som kommer fra et punkt, som fokus i røntgenapparatet går i alle retninger. En kollimator er en innretning som begrenser strålebunten til å gå noenlunde parallelt (tegning 1). Tubusen på et røntgenapparat (det som ofte kalles konus) er eksempel på en kollimator. Ofte kalles det også for blender, selv om det ikke er eksakt det samme.

HVA ER REKTANGULÆR KOLLIMERING?

Det som menes med rektangulær (firkantet) kollimering, er røntgenapparatets tubus, ofte fortsatt feilaktig kalt konus. Hva er forskjellen mellom konus og tubus? Konus betyr kjegle (bilde 1) og har ikke vært brukt på flere tiår på røntgenapparater. Men ordet lever i beste velgående. Moderne røntgenapparater har tubus. Ordet tubus betyr rør. Bilde 2 viser rund/sirkulær tubus og bilde 3 viser rektangulær tubus, også kalt firkanttubus

HVORFOR ER DET VIKTIG Å BRUKE FIRKANTTUBUS?

Forskning har vist at stråledosen til pasient reduseres med 50 – 80 %[2], altså en betydelig reduksjon. Dette alene er egentlig argument nok for at ingen bør bruke sirkulær tubus lengre. Men i tillegg viste det seg at bildekvaliteten også forbedres ved bruk at firkanttubus. Dette skyldes at det blir mindre spredt stråling (støy, salt og pepper) på bildene fordi et mindre volum av pasientens vev bestråles.

Så her er det en vinn-vinn situasjon. Det er ikke så mange slike i livet, så løp og kjøp firkanttubus om du ikke for lengst har gjort det.

1 Statens strålevern, "Til odontologiske virksomheter - Reduser stråledosen til pasientene dine!", (2015).

2 L. E. Davies-Ludlow and J. B. Ludlow, "Increased Risk of Common Dental Radiographic Examinations; ICRP Recommendations 1990-2007," Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 105 (4), e51-e52 (2008).

Ny veileder fra Statens strålevern

Veileder til forskrift og bruk av stråling innen odontologi
Veileder 14

Statens strålevern har skrevet en ny veileder om dental strålebruk. Veilederen utdyper strålevernregelverket med hensyn på bruk av tannrøntgen, dental laser og herdelamper. Alle som er involvert i bruk av disse strålekildene på en tannklinikk bør sette seg inn i veilederen.

Rådgiver i Statens strålevern, Kristine Wikan

Av Kristine Wikan, rådgiver Statens strålevern

BAKGRUNN FOR VEILEDEREN

Statens strålevern har flere veiledere for ulike typer strålebruk. Tidligere har tannlegevirksomheter måtte forholde seg til Veileder 5, en veileder som handler om medisinsk strålebruk, for å få en utdypning av strålevernregelverket. Denne veilederen er omfattende, og mest nyttig for medisinske virksomheter med mer kompleks strålebruk (sykehus etc.) enn tannklinikker. Det har derfor vært behov for en egen veileder for tannlegevirksomheter. Desember 2017 ble veilederen for dental strålebruk ferdigstilt (Veileder 14), slik at tannlegevirksomheter og forhandlere av tannrøntgenutstyr og andre strålekilder til bruk i tannklinikker, får en utdypning av regelverket som passer sin virksomhet.

UTDYPNING AV KRAV

Blant viktige krav som veilederen utdyper, er krav om berettigelse og optimalisering (strålevernforskriften §§ 39 og 40). Berettigelse vil blant annet si at det alltid skal være en indikasjon for å ta røntgenbilder. OPG av alle nye pasienter vil generelt ikke være berettiget. Optimalisering vil blant annet si at røntgenundersøkelsene skal være optimalisert slik at stråledosen blir lavest mulig, samtidig som bildekvaliteten blir god nok. Dette inkluderer bruk av innstillingsmuligheter. Bruk av intraoral røntgen med rektangulær kollimering vil også være «optimalisert» røntgenbruk sammenliknet med rund kollimering, fordi røntgenundersøkelser med rektangulær kollimering gir 50 – 80 % lavere dose i forhold til samme undersøkelse gjort med rund kollimering .

Andre krav til tannklinikker er krav om melding av strålekilder, merking av røntgenrom og jevnlig vedlikehold av strålekilder (strålevernforskriften §§ 13, 30 og 53). Alle røntgenapparater og laser klasse 4 skal meldes til Statens strålevern via https://ems.nrpa.no. Dette er blant annet for at Strålevernet skal ha en nasjonal oversikt over disse strålekildene og hvor de befinner seg. Rom med OPG og CBCT skal merkes med fareskilt for ioniserende og hvilken klassifisering rommet har basert på stråledose (som oftest klassifisering «kontrollert område»). Jevnlig vedlikehold av røntgenapparater kan dekkes med å ha serviceavtale med forhandler samt gjøre egne bildekvalitetskontroller.

Forsiden på den nye veilederen, som finnes på https://www.nrpa.no/filer/7f9a92c0b5.pdf

MUNNSTELL TIL KREFTSYKE BARN

I Norge får årlig rundt 130 barn under 15 år en kreftdiagnose. Leukemi utgjør cirka en tredjedel av diagnosene, en tredjedel svulster i sentralnervesystemet og den siste tredjedelen svulster i andre deler av kroppen (1). Ved post 3 ved Barneklinikken, Rikshospitalet gir vi cellegift til barn med ulike krefttyper i alderen 0–16 år.

Av Päivi Kettler, klinisk spesialist i sykepleie, Sigrid Berthelsen Kaland, barnesykepleier og Maria Hansen, klinisk spesialist i sykepleie

Cellegiftbehandling har en rekke bivirkninger. Blant annet kan sårhet og infeksjoner i munnen være et stort problem. Undersøkelser viser at munnhelsen hos barn som får eller har fått cellegiftbehandling er dårligere enn hos barn ellers i befolkningen (2,3,4).

Når munnslimhinnen er påvirket av cellegift, avtar spyttproduksjonen, slimet blir seigt og slimhinnene tørre. Tap av epitelceller etter cellegiftkur gir sårhet og rødme i munnslimhinnen, mucositt, som er fellesbetegnelse for betennelse i munnslimhinnen (5,6). Sårheten kan oppstå et par dager etter oppstart av cellegiftkur, vanligvis etter en uke, og varer fra en til tre uker (2).

Det er påvist at så mange som 75 prosent av dem som får høydose med cellegift får stomatitt (munnsårhet) med symptomer. Denne bivirkningen av cellegift har store konsekvenser for barnet, da stomatitt kan medføre smerte, økt risiko for infeksjoner, dårligere ernæring og flere innleggelsesdager på sykehus (7,8).

HADDE PROSEDYRE

Barneklinikkens munnstellprosedyre ble utviklet i 1993 av Milly Broen (9). Broen gjorde en studie der hun sammenlignet natriumklorid (NaCl) og klorheksidin for å undersøke om disse stoffene har noen profylaktisk effekt på forekomst av blemmer, sår og soppinfeksjoner i munnen til disse barna.

Studien inkluderte 15 barn, hvorav sju utførte munnstell med NaCl og åtte med klorheksidin. Studien ga holdepunkter for å erstatte klorheksidin munnskyllevann med NaCl (0,9 prosent), fordi det viste seg at klorheksidin i seg selv ga munnsårhet. Tannbørste kunne ifølge denne studien brukes når trombocyttverdien var over 50 (9). Praksis ved barneklinikken har vært at munnsvamp har blitt benyttet i lange perioder i den intensive behandlingsfasen, selv i perioder der tannbørste ifølge prosedyren kunne vært brukt.

I de siste årene har både foreldre og sykepleiere delvis glemt prosedyren som ble utviklet av Broen (9). I den kaotiske situasjonen det er å oppleve at barnet får kreft, er det likevel viktig at det ikke blir for mange endringene i hverdagen. Ved å beholde tannpuss i stedet for å endre munnstellet for barnet fullstendig, kan det være lettere å få gjennomført det viktige munnstellet både på sykehus og hjemme.

BEHOV FOR PROSEDYRE

Barneklinikken har ikke hatt noen instrumenter eller hjelpemidler for å vurdere tilstanden i munnhulen. Sykepleier, lege eller foreldre har observert munnen ved plager som smerter, blemmer, blødninger, belegg, sikling, vanskeligheter med å prate og vanskeligheter med å spise. Observasjoner har derimot ikke vært satt i system.

På bakgrunn av dette ønsket vi å finne ut hva forskningsartikler og annen faglitteratur sier om munnstell og munnhelse til denne pasientgruppen. Vi ønsket å sikre at prosedyren for munnstell til barn som får cellegiftbehandling er basert på den nyeste kunnskapen innen feltet.

Vi så også behovet for å innføre et verktøy for vurdering av munnen, samt en munnstellprosedyre som ivaretar munnhelsen på best mulig måte. Målet var å komme fram til et munnstellregime som var effektivt og gjennomførbart. Vår antakelse var at en prosedyre som er gjenkjennbar og enkel å utføre, med større sannsynlighet blir gjennomført på en måte som ikke gir unødvendig ubehag eller frustrasjon hos barnet. På bakgrunn av dette var hensikten med studien:

1) Undersøke hva som er anbefalt praksis for munnstell til barn ved å gå gjennom forskningsartikler og annen faglitteratur med fokus på:
a) bruk av tannbørste eller munnpensel,
b) munnskyll,
c) tannlegetilsyn eller -behandling
d) bruk av verktøy for å vurdere munnhelsen hos barna.
2) Undersøke hva som er gjeldende praksis når det gjelder munnstell til barn i Norge og Norden i dag.

METODE

Vi gjennomførte et litteratursøk og en kartlegging av praksis ved sykehus i Norden i 2005–2006. Litteratursøket gjorde vi i medisinske, odontologiske og sykepleiefaglige databaser (Cinal, Ovid, Medline, Cochrane, BibSys). Søkeord vi brukte var «mouth care», «oral hygiene», «leukemia», «child», «stomatitis», «NaCl», «toothbrush», «cancer nursing».

Søkeordene ble anvendt i ulike kombinasjoner. Når vi analyserte artiklene så vi spesielt etter utvalget, hensikten med studien, hva slags munnstell som ble

utført (tannbørste/munnpensel munnskyll), tannlegetilsyn/behandling, hvordan munnhygienen ble evaluert samt hva slags resultater de kom fram til når det gjaldt evaluering av munnstellprosedyrer. Sammenlignbare sykehusavdelinger der barn mottar kreftbehandling i Norge og Norden ble kontaktet via telefon eller e-post for å innhente informasjon om gjeldende praksis. De ble spurt om hva slags munnstellprosedyre de har og om prosedyren blir fulgt.

Ca. 130 norske barn får en kreftdiagnose hvert år, og må igjennom omfattende behandling på sykehus (Illustrasjonsfoto: Shutterstock).

RESULTAT

Hva er anbefalt praksis om munnstell?

Ved hjelp av ulike kombinasjoner av søkeord fant vi 13 artikler som omhandlet barn som får cellegift. Artikler som handlet om munnstell til intensivpasienter og eldre eller legemidler til forebygging og behandling av munnsår, ble ikke tatt med. De 13 artiklene som ble inkludert var randomiserte kontrollerte studier og litteraturstudier, samt systematiske oversikter publisert på engelsk eller et nordisk språk i tidsrommet 1990–2006.

TANNBØRSTE ELLER MUNNPENSEL

Vi fant ni artikler om tannpuss og bruk av tannbørste. Det viste seg at hvis man ikke bruker tannbørste kan det gi flere og alvorlige munnsår. Dette kan forklares ved at karies øker faren for munnsår. Når man bruker tannbørste reduseres forekomsten av stomatitt, samt smerter relatert til stomatitt. Tannpuss kombinert med klorheksidin munnskyll ga 70 prosent reduksjon av mucositt i en undersøkelse (13).

Selv om det ble benyttet forskjellige munnstellprosedyrer, viste studiene at munnhelsen var bedre hos pasienter som hadde en fast prosedyre. Alle studiene der effekten av bruk av tannbørste ble undersøkt, viste at bruk av tannbørste reduserer stomatitt. (11,12,13,14,15,16,17).

Det viste seg at bruk av NaCl som munnskyll ga mindre blemmer (9). Klorhexidin ga mindre munnsår generelt (15), men det ble påvist forverring av munnhulen i form av sår ved bruk av klorheksidin over lang tid (12).

Vi fant seks artikler hvor det blant annet ble presentert resultat som indikerte at det er mindre komplikasjoner i munnen, bedre munnhygiene og mindre alvorlige munnsår når det blir gitt systemisk tilsyn av tannhelsepersonell før og under behandlingen (4,21).

De fleste studiene benyttet en skåringsskala for vurdering av munnhulen. Forskjellige skalaer ble anvendt, men studiene viste at systematisk vurdering ble ansett å være et godt hjelpemiddel for iverksetting av tiltak (10,11).

GJELDENDE PRAKSIS

Hva er gjeldende praksis for munnstell av barn i Norge og Norden?

Å samle inn prosedyrer fra Norge og andre land i Norden var et tidkrevende arbeid. Vi tok kontakt med ni sykehusavdelinger i Norden. Det var ett land som ikke svarte på henvendelsene.

Flere steder hadde ikke noen fast prosedyre for munnstell eller rutiner vedrørende bruk av tannbørste, tannkrem og munnsvamp. Det var tre avdelinger som brukte tannbørste og fire avdelinger som brukte munnpensel, men alle åtte brukte munnskyll. Det som var mest brukt til munnskyll var NaCl.

DISKUSJON

Studiene vi fant og egne erfaringer med eksisterende prosedyrer i Norge og Norden indikerer at barna som bruker myk tannbørste får mindre smerter og infeksjoner i munnen under behandlingen. Flere studier har vist at tannbørste fjerner plakk og forebygger karies (12,13,18).

Broens studie (9) som var grunnlaget for barneklinikkens prosedyre, hadde en nedre grense for når tannbørste kunne benyttes i forhold til blodplater og granulocytter. Noen få av studiene benyttet ikke tannbørste når blodverdier kom under en viss grense, eller ikke i det hele tatt (21). Bakgrunnen var bekymring for at tannbørsten kunne skade munnslimhinnen når pasienten hadde lave blodverdier. Når tannkjøttet blir lettblødende er det naturlig å tro at bruk av tannbørste skader. Tannkjøttet blir imidlertid lettblødende av plakkopphopning, og man vet også at cytostatikas påvirkning på slimhinnen kan gjøre den lettblødende. Pearson (19) har gjort en studie som viste at munnsvamp ikke

>>>

Tannbørsten skal oppbevares med busten opp. (Illustrasjonsfoto: Shutterstock)

fjernet plakk fra tenner og tannkjøtt. Flovik (20) og Degré et al. (6) påpeker også at tannbørsten er best egnet til å fjerne plakk. Bonneaure-Mallet et al. (12) har i sin studie vist at pasienter som pusser tenner har færre og mindre sår enn de som ikke pusser tennene til tross for hyppig munnskyll. Tannpleier på TAKO-senteret ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (landsdekkende kompetansesenter for munnhelse ved sjeldne medisinske tilstander) og tannpleier ved Radiumhospitalet understreker også viktigheten av å fjerne plakk fra tannkjøtt og tenner.

HYPPIG MUNNSTELL

I studiene vi har gått gjennom er det ingen funn som underbygger at tannbørste kan skade munnslimhinnen. Det er ingen studier som viser at tannpuss gir sårhet i munnen selv om slimhinnen er påvirket av cytostatika. I studiene var man opptatt av å vise at fjerning av plakk reduserer faren for stomatitt (13,21).

De fleste studiene vi har gjennomgått viste at barn får tannlegetilsyn og eventuelt tannbehandling ved oppstart av cellegift og i behandlingsfasen. Noen steder var tannpleier med på å bedømme munnens tilstand (12,13,15,21,22). TAKO-senteret anbefalte å pensle tennene med fluor før cellegiftbehandlingen starter. Dette gjøres også i Finland.

Det seige slimet som dannes i aplasifasen er erfaringsmessig vanskelig å skylle ut med kun vann. NaCl løser opp seigt slim bedre. Selv om munnsvampen er lite egnet til å fjerne plakk, kan den brukes i tillegg til tannbørste for å fjerne slim og belegg i munnhulen. Den nedsatte spyttdannelsen stimuleres ved at man gnir på munnslimhinnen med svampen fuktet med NaCl. Svampen er mer skånsom mot tannkjøttet enn tannbørsten når munnen er smertefull og sår (18,20).

De gjennomgåtte studiene viser at hyppig munnstell helt klart er avgjørende for å minimere mucosittplagene. Det skal være gjennomførbart både på sykehuset og hjemme. Gibson et al. (18) argumenter for å øke hyppigheten ut fra pasientens tilstand. Når munntørrhet og seigt slim samt belegg på tungen oppstår, kan man vurdere å øke hyppighet av munnstell med svamp og NaCl (18,19).

BYTTE TANNBØRSTE

I motsetning til tannbørsten, er munnsvampen ren hver gang man bruker den. Tannbørsten brukes om igjen og blir forurenset med bakterier/mikroorganismer etter hvert (23). Bruk av tannbørste kan derfor utgjøre en smittekilde for pasienten sammenlignet med kun å bruke munnsvamp. For å unngå bakterieoppvekst på tannbørsten må den byttes etter 14 dager. Noen oppbevarer tannbørsten i klorhexidinløsning etter bruk. Andre skyller den godt i rennende vann og oppbevarer den med busten opp, slik at den tørker etter bruk (23).

Tannkrem med fluor sammen med tannbørste forebygger karies. Studiene viste at såpestoffer i tannkrem kan tørke ut og bryte ned slimhinnen, dette kan også gi sårhet (20).

Det finnes få studier på bruk av NaCl som munnskyll, mens klorheksidin er det som er mest brukt. Vi fant at NaCl er minst skadelig samtidig som det løsner mucinet i spyttet. Klorhexidin har den beste antibakterielle effekten, men etter noen ukers bruk gir det økt forekomst av sårskader i slimhinnen. Klorhexidin kan dessuten forårsake svie og smerte, mens NaCl er mer skånsomt. Både sodiumbikarbonat og hydrogenperoksid har vond smak og kan svi og er lite benyttet (9,10,12,17,20).

FLERE VERKTØY

Det benyttes flere forskjellige instrumenter for å vurdere munnens tilstand og smerter. Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet et instrument som omfatter både smerte og slimhinnens tilstand i samme skala og Gibson og kolleger (18) har utarbeidet en "Oral assessment guide" (OAG) for barn og ungdom som får cellegiftbehandling. Willerhausen og kolleger (5) benyttet seg av Approximal Plaque Index (API) for å vurdere plakk ved å måle munnhygienen. Borowski og kolleger (13) brukte Becks classification.

Becks classification er et skjema der det ofte knyttes poenger til ulike forhold i munnen, eksempelvis munnens overflate, farge, og fukt i forhold til lepper,

>>>

Se veien til en sunnere arbeidsdag

50 års jubileumstilbud!

Jeg er utdannet fysioterapeut med spesialkompetanse innen synsergonomi og har som mål og hjelpe kunder til en bedre livskvalitet.
Mange av dere har vi allerede truffet på tidligere fagkonferanser, og ute på deres klinikker. Vi vil være til stede på 50-års jubileet, og har der et spesialtilbud til dere tannpleiere. Vi gleder oss. /Ulrika

Prismabrille

Vi tilbyr deg et alternativ til vanlig optikk, der prisma-teknologien vil sikre deg en ergonomisk riktig arbeidsdag.

Synsergonomi

Kroppen din vil tilpasse seg i stor grad til synets forutsetninger. Her vil min kompetanse innen synsergonomi hjelpe deg til en bedre arbeidsdag og et bedre liv.

Lupebrille/Led-lys

I tillegg kan du få luper med MOs optikk som er kompatibel med prismabrillen.
MOs led-lys vil lyse opp din arbeidsdag.

.

MERIDENT OPTERGO mo
OPTICAL ERGONOMIC SOLUTIONS

www.mooptics.com

ERGOOPTIKK
– et bedre liv

www.ergooptikk.no

tunge, slimhinne og tannkjøtt, spytt, plakk, evne til å svelge og herpes-/candidainfeksjon. Man kan da få en poengsum for hvert av disse områdene og ved å summere de ulike poengene kan man få en totalsum som sier noe om hvor alvorlig munnens tilstand er i. Smerte ble bedømt separat med VAS-skala.

VALGTE OAG

Djuric og kolleger (16) benyttet seg av flere verktøy i sin studie, som «Oral hygiene index» (OHI) og «Gingival index» (GI) for å vurdere periodontal status. OHI kartlegger mengde av plakk i tannoverflaten og GI kartlegger infeksjonssymptomer i tannkjøttet rundt tennene. Slimhinneforandringer ble i deres studie vurdert ved hjelp av «WHO`s mucosittscore». I denne skalaen vurderer man slimhinnen ved å gi poeng 0–4 ved følgende: Ingen endring, lokal rødhet i munnslimhinnen, diffus rødhet, små erosive lesjoner (kan spise fast føde), diffus rødhet, diffuse erosive lesjoner, ulcerasjon (kan kun spise flytende) og mange sår, nekrose av mucosa (umulig å spise).

Artikler som refererte til slike måleinstrumenter påpekte at innføring av disse bedret munnhelsen, fordi man identifiserte problemer tidlig og kunne iverksette tiltak. I England har en spesiell arbeidsgruppe jobbet og utviklet OAG (Oral Assessment Guide). Vi valgte å bruke OAG fordi den var best dokumentert i litteraturen og på grunn av at den er utviklet for barn og ungdom. OAG viste seg å være mest pålitelig og brukervennlig, forutsatt at sykepleierne var godt opplært i bruken (14,18,24). OAG vurderer tilstanden i svelg, slim, slimhinne, tannkjøtt, tenner, lepper og stemme. Hvert punkt gir poeng fra 1 til 3, og hvis man scorer over 8, tar man i bruk smerteskåringsskala i tillegg. Totalt kan man score 24 poeng (tabell 2). Smerteskåringskala velges ut fra barnets alder.

FØLGER FOR PRAKSIS

Denne litteraturstudien har fått kliniske følger ved at den har resultert i ny munnstellprosedyre ved avdelingen. Barna skal pusse tenner morgen og kveld med småhodet barnetannbørste med myk bust og med Zendium tannkrem, som er uten såpestoff. De skal også pusse langt bak på tungen. Tannbørsten skal skylles godt i rennende vann etter bruk. Den skal oppbevares stående med busten opp for å holdes tørr. Tannbørsten byttes annenhver uke, og fluor skal brukes hver kveld etter tannpuss.

Når det oppstår problemer, for eksempel belegg på tannkjøtt, slimhinne og tunge, skal man bruke svamp fuktet med NaCl til å fjerne belegget i tillegg til prosedyren som er beskrevet over. Corsodyl brukes hver kveld i 14 dager. Tannbørste skal fortsatt brukes, men forsiktig, og det skal vurderes å droppe tannkrem. Ved tørr/sår munn skal munnen fuktes ofte, helst med NaCl eller vann.

Det anbefales tannlegetilsyn ved oppstart av cellegiftbehandling, og eventuelt tannbehandling dersom nødvendig. Tannpleier gir opplæring i riktig pusseteknikk til foreldre og barn. Personalet må informeres og læres opp i den nye prosedyren, for så å lære opp barn og foreldre. For å få kontinuitet i behandlingen må vi informere våre samarbeidssykehus om ny munnstellprosedyre.

I tillegg til nye prosedyrer for munnstell har vi også innført bruk av vurderingsverktøy for munnhulen. OAG, utarbeidet for barn og ungdom, benyttes for å vurdere munnens tilstand. OAG tas i bruk ved oppstart av cellegiftbehandling og forbehandling til benmargstransplantasjoner. Man skal deretter vurdere munnhulen annenhver dag til man scorer over 8 og også ta i bruk smerteskåringsskala. Deretter daglig vurdering til munnhulen er normal igjen.

Selv om endringer i prosedyren er basert på det siste innen forskning mener vi det er viktig å gjennomføre en evaluering av hvordan den nye prosedyren fungerer i praksis.

Denne artikkelen er først publisert i «Sykepleien» i 2010, og på deres nettsted.

Tenner for alle – hele livet

Norsk Tannvern inviterer til samarbeid for sosial likhet i tannhelse.

Nettstedet tannvern.no er omarbeidet til et digitalt senter for informasjon.

Alt materiell kan lastes ned uten kostnad.

Norsk Tannvern®
www.tannvern.no

Bruk tannvern.no for nedlasting av materiell og faglig oppdatering

Colgate®

INTRODUSERER

COLGATE® PROclub NORDIC

Colgate® PROclub er en Linkedin basert klubb eksklusivt for nordiske tannleger, tannpleiere og annet tannhelsepersonell. Som medlem vil du få eksklusiv tilgang til produkter og tjenester som kan være aktuelle og fordelaktige i din daglige praksis på klinikken. F. eks:

- Oppdatering på det siste innen forebyggende og reparativ tannbehandling
- VIP-invitasjon til etterutdannings seminarer, webinarer og symposier
- Pasientbrosjyrer og praktiske verktøy
- Webshop med eksklusive medlemsfordeler (kommer snart)
- Profesjonelt nettverk

MELD DEG PÅ NÅ & FÅ EN GRATIS VELKOMSTGAVE !

Colgate PROclub NORDIC

Log inn med din Linkedin profil. Alle aksepterte eksklusive klubbmedlemmer får en gratis velkomstgave*

* Så lenge lageret varer

LinkedIn

Scan QR koden eller log inn på linkedin.com/groups/8589598

ØKNING I SOSIALE FORSKJELLER BEKYMRER HELSEDIREKTORATET

De aller fleste nordmenn har det godt. Vi nyter en høy materiell levestandard og scorer høyt på tillit, sosiale relasjoner og mulighet til deltakelse. Men sosial ulikhet i levevaner og levekår bidrar til sosial ulikhet i helse, viser ny rapport.

Helsedirektoratet har, i samarbeid med tolv andre statlige etater, utviklet og rapportert på indikatorer på folkehelsemeldingens innsatsområder. Folkehelsepolitisk rapport 2017 gir en oversikt over utviklingstrekk i samfunnet som påvirker befolkningens helse og helsefordelingen, og danner et solid utgangspunkt for videre utvikling av folkehelsepolitikken. I dag mottok statsråden for eldre og folkehelse, Åse Michaelsen, rapporten fra Helsedirektoratet.

– Det er to år siden vi presenterte forrige rapport. På mange områder har det skjedd små endringer, men noen utviklingstrekk mener jeg det er verdt å merke seg, sier Bjørn Guldvog.

TRYGG OPPVEKST EN FORUTSETNING

Stadig flere barn er i kontakt med barnevernet, men dette er utviklingstrekk som er vanskelig å tolke. Det er grunn til å anta at barnevernet er blitt flinkere til å avdekke saker og iverksette tiltak på et tidligere stadium. Likevel vet vi at barnevernsbarn i mindre grad fullfører høyere utdanning og i større grad blir mottakere av helserelaterte ytelse senere i livet enn sine jevngamle uten samme erfaring.

– Å ha gode tjenester som følger opp sårbare barn er en investering både i den enkelte og for samfunnet som helhet. Vi må derfor fortsette arbeidet med å styrke helsestasjonen og skolehelsetjenesten slik at vi når de normeringsmålene som er satt for denne tjenesten, sier Guldvog.

ANDRE UTVIKLINGSTREKK:

- Andelen barn som går i barnehage er generelt høy, men noe lavere blant minoritetsspråklige barn
- Det er en svak økning i andelen elever som opplever mobbing
- Frafallet i videregående skole har gått noe ned, men er fortsatt høyt

Økonomiske levekår har betydning

I arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller er det nødvendig å rette oppmerksomheten mot årsakene som ligger bak. Derfor er økonomiske levekår omtalt i rapporten. De siste års utvikling viser en økning i økonomiske forskjeller i Norge.

– Det er ikke bare de nederste i inntektshierarkiet som sakker akterut; forskjellene ser ut til å øke langs hele inntektsskalaen. Det er de unge voksne (18–34 år) som de siste årene utgjør den største gruppen med lavinntekt. Men lavinntekt øker også blant barnefamiliene. Vi har kunnskap om at sosial ulikhet i barneårene forplanter seg til dårligere helse og livskvalitet senere i livet. Når årets rapport også viser at andelen husholdninger med høy gjeld har økt kraftig de siste ti årene, gir det grunn til en viss bekymring for sårbare husholdningers økonomi i årene som kommer, sier Guldvog.

ANDRE UTVIKLINGSTREKK I ØKONOMISKE LEVEKÅR:

- Inntektsforskjellene øker, men er fortsatt blant de minste i Europa
- Andelen med vedvarende lavinntekt («fattige») øker
- Barn i lavinntektsfamilier utgjør en økende andel av lavinntektsgruppen, men det er gruppen unge voksne (18-34 år) som øker mest og nå utgjør den største andelen av lavinntektsbefolkningen
- Andelen eldre med lavinntekt fortsetter å minke
- Andelen husholdninger med høy gjeld (mer enn tre ganger inntekten) har vært jevnt økende de siste ti årene
- Utviklingen i retning av økende forskjeller i økonomiske levekår kan bidra til økte helseforskjeller på sikt

ANDRE TEMA I RAPPORTEN

Blant de øvrige innsatsområdene rapporten omtaler er:

- Sosial støtte, deltakelse og medvirkning
- Trygge og helsefremmende miljøer
- Sunne valg
- Arbeidsliv
- Lokalt folkehelsearbeid

TRUDE MYHRER, HILDE KJÆRNET HAUGEN,
TIRIL WILLUMSEN OG ASTRID BERGLAND

TANNHELSE OG LIVSKVALITET HOS PERSONER ETTER HJERNESLAG

Forfattere: Trude Myhrer, høgskolelektor og tanntekniker. Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for radiografi og tannteknikk
Hilde Kjærnet Haugen, høgskolelektor og tanntekniker. Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for radiografi og tannteknikk
Tiril Willumsen, professor, dr. odont. Universitetet i Oslo, Det odontologiske fakultet, Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for pedodonti og atferdsfag
Astrid Bergland, professor. Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for fysioterapi

Artikkelen er tidligere trykket i Sykepleien Forskning nr. 2, 2014; 9: 114-22, og i Norsk Tannlegeforenings blad «Tidende» 2017. Gjengis med tillatelse.

HOVEDBUDSKAP

Hensikten med studien er å:

- kartlegge selvopplevd tannhelse, oral funksjon, generell livskvalitet og oral helserelatert livskvalitet hos hjerneslagrammete
- beskrive sammenhenger mellom oral funksjon, generell livskvalitet og oral helserelatert livskvalitet hos hjerneslagrammete

Bakgrunn: Mennesker som har erfart hjerneslag antas oppleve økte orale problemer som følge av lammelser i ansikt, munn, tunge, og redusert førlighet til å betjene spisebestikk og tannbørste. Det er mangelfullt med forskning på tannhelse, oralfunksjon og livskvalitet hos eldre slagrammete.

Hensikt: Hensikten med studien er å kartlegge selvopplevd tannhelse, oral funksjon, generell og oral livskvalitet hos eldre slagrammete, samt å se på mulige sammenhenger mellom oral funksjon, generell livskvalitet og oral helserelatert livskvalitet.

Metode: En kvantitativ tverrsnittsstudie ble gjennomført ved en spørreundersøkelse blant medlemmer av Norsk forening for slagrammete. Svarprosent 46 prosent (N=293). Studien omfattet sosiodemografiske variabler, generell livskvalitet (HUNT-5), tannhelserelatert livskvalitet (OIDP) og selvopplevd tannhelse, munntørrhet, matkonsistens, samt tidsbruk og trygghet i spisesituasjonen. Data ble analysert med SPSS.

Resultater: Resultatene viser at kun 5 prosent av de slagrammete ble informert om tannstell i rehabiliteringsperioden etter hjerneslag. En tredjedel opplever redusert

>>>

Foto: Anne L. Buvik

FRONTLINE
Crufts
£25

tannhelse etter slaget. Slagrammete med færre enn 19 tenner og/eller brukere av tannprotese hadde signifikant dårligere oral helserelatert livskvalitet sammenliknet med de uten tannprotese og med flere enn 20 egne tenner. Den enkeltfaktoren som påvirker opplevelsen av livskvalitet mest, er graden av munntørrhet.

Konklusjon: Informasjon om tannstell og munnhygiene må fokuseres sterkere i rehabiliteringen etter hjerneslag. Tannhelsepersonell må inngå i oppfølgingen av slagpasienters tannhelse på et tidlig stadium for å redusere muligheten for dårligere tannhelse og forringelse av livskvalitet.

Hjerneslag er en av våre vanligste folkesykdommer. I Norge får om lag 15.000 friske mennesker hjerneslag hvert år (1). Det betyr at cirka 40 personer får hjerneslag hver dag. Å bli rammet av hjerneslag er en dramatisk opplevelse som kan gi alvorlige fysiske, kognitive og sosiale begrensninger. En svensk studie (2) viste at det kan ta lang tid før den slagrammete klarer å håndtere sin nye livssituasjon og gjenvinne trygghet i hverdagen. Det å utføre daglige gjøremål som å innta måltider kan være vanskelig. Hvilken behandling og oppfølging slagrammete får i løpet av de første seks månedene etter at slaget inntreffer er helt vesentlig for en vellykket rehabilitering, ifølge dette studiet (2). Begrepet tannhelse brukes ofte for å beskrive munnhulens tilstand og er knyttet til helsetilstanden i tennene (karies) eller tennenes festeapparat (gingivitt/periodontitt). Begrepet oral helse omfatter tilstanden i hele munnhulen og inkluderer dermed andre munnhulelidelser som tannskader, slimhinnelidelser, munnhulekreft og så videre.(3)

Tannhelsen er blitt betydelig bedre i Norge (4). I 2004 fant Birgitte Moesgard Henriksen (5) at friske eldre mennesker i dagens samfunn har god oral helse. Stadig færre eldre mennesker blir helt tannløse, og flere i befolkningen beholder sine egne tenner livet ut (5). Sykdom kan føre til dårligere tannhelse hos eldre mennesker (6). Få studier har sett på tannhelse og livskvalitet etter hjerneslag. McGrath mfl. (7) fant i en studie sammenheng mellom generell livskvalitet og oral helserelatert livskvalitet både i akuttfasen og etter seks måneder. Data i sist nevnte studie indikerte at oral helserelatert livskvalitet var svekket i den akutte fasen, men økte noe etter seks måneder avhengig av fysisk funksjon. I akuttfasen etter hjerneslag ble pasientens opplevelse av oral helserelatert livskvalitet undervurdert av pasientens nærmeste (7). Så vidt vi kjenner til er tannhelse og oral helserelatert livskvalitet etter hjerneslag ikke utforsket i Norge tidligere.

En rapport fra helsedirektoratet (1) vektlegger betydningen av at man i rehabilitering etter hjerneslag skal fokusere på å fremme god livskvalitet, sosial deltakelse og funksjon hos dem som deltar i rehabilitering. Det økende antall eldre i befolkningen synes å ha ført til en stigende interesse, både politisk og forskningsmessig, for å bedre eldre menneskers muligheter til å leve et meningsfullt og selvstendig liv med god livskvalitet (8). Med bakgrunn i dette er vår hypotese for denne studien at slagrammete opplever økte orale problemer og at de som har dårligst tannhelse har dårligst oral helserelatert og generell livskvalitet etter hjerneslaget.

DESIGN

En tverrsnittsstudie ble gjennomført med data fra en spørreundersøkelse der alle 638 medlemmer av Norsk forening for slagrammete i perioden august–oktober 2011 ble invitert til å delta ved selvrapportering. Kun de som selv hadde opplevd slag ble inkludert i undersøkelsen. Et spørreskjema med spørsmål om sosiodemografiske variabler, tannhelse, oralfunksjon, munntørrhet og livskvalitet ble sendt ut per post med anonyme svarkonvolutter. Undersøkelsen ble purret en gang gjennom medlemsbladet Hjernecella. Prosjektet er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst.

UTVALG

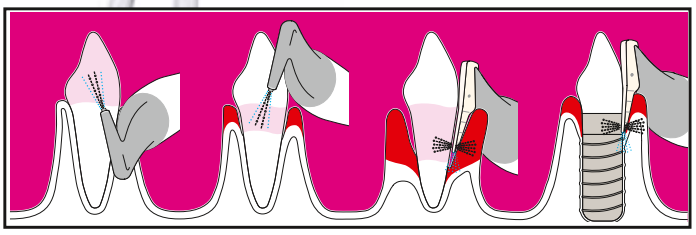
Tabell 1 gir et bilde av representativiteten av innsamlet data. Antall hjerneslagrammete registrert i foreningen i mars 2012 var 697 personer. Ved utsending av spørreundersøkelsen var antall medlemmer som selv har erfart hjerneslag 638. Tabellen viser at 49,5 prosent av alle medlemmene som selv har opplevd et hjerneslag er over 65 år. 154 informanter >>>

AIRFLOW® PROPHYLAXIS MASTER

Gjør jobben enklere!

GUIDED BIOFILM THERAPY

Se det siste nye innen forebyggende og behandlende tannpleie!



Besøk vår stand på fagkonferansen i Oslo 30. og 31. mai.

Våre tannpleiere og produktspesialister Linda Kjølstadmyr og Lena Gullberg vil være tilstede!

Kom å se det siste nye innen periobehandling, fjerning av biofilm, behandling av peri-implantitt og mucositt.

Kontakt oss om du har spørsmål.
W&H Nordic AB, Linda Kjølstadmyr mobil: 40053691, e-post: lk@whnordic.no

EMS
MAKE ME SMILE.

(52,6 prosent) av deltakerne i vår undersøkelse var over 65 år ved innsending av spørre-skjemaet.

SOSIODEMOGRAFISKE VARIABLER

Informasjon om kjønn (kvinne/ mann), sivil status (gift/samboende/enslig), utdanningsnivå (høyskole/universitet, gymnas/yrkesskole, folkeskole/ungdomsskole, annet), geografisk tilhørighet (nord-, midt-, vest-, sør, øst), og antall hjerneslag (ett, to, tre eller flere) ble registrert. Videre ble det registrert om den hjerneslagrammete mottok informasjon om tannhygiene og tannbehandling i rehabiliteringsfasen de første seks månedene etter hjerneslaget (ja/nei).

MÅLING AV TANNHELSE, ORALFUNKSJON OG MUNNTØRRHET

Selvrapportert oralfunksjon ble rapportert gjennom avkryssing der det var mulighet for å krysse av for flere alternativer inndelt i tre områder:
I: Trygghet i forhold til hvilken konsistens maten har ble vurdert ut fra spørsmålet «Hvilken type mat/matkonsistens gir opplevelsen av, trygghet i spisesituasjoner?» der de kunne krysse av på flere av følgende alternativer: 1) «suppe, grøt og mykt brød», 2) «fisk», 3) «kjøtt», 4) «epler, nøtter og knekkebrød» og 5) «jeg kan spise alle typer mat uten problemer». Hvert spørsmål ble behandlet som en dummy variabel hvis avkrysset = 1, 0 ellers.
II: Forhold under selve spisesituasjonen knyttet til funksjon med hensyn til 1) «håndtering av maten på tallerken», 2) «tygge», 3) «elte», 4) «svelge», 5) «jeg føler meg alltid utrygg i spise-situasjonen». Hvert spørsmål ble behandlet som en dummy variabel hvis avkrysset = 1, 0 ellers.
III: Tid brukt til måltidene ble registrert ved spørsmålet: «Opplever du at du trenger lengre tid til måltidene nå enn før hjerneslaget?» (Ja/nei). Dette spørsmålet hadde seks oppfølgingsspørsmål der mulige grunner til at måltidet tar lengre tid etter hjerneslaget kunne krysses av: 1) «problemer med henholdsvis å gape og bite av maten», 2) «tungen fungerer dårligere», 3) «vanskeligere å tygge», 4) «vanskeligere å svelge», 5) «tannprotesen passer dårligere enn før», 6) «avhengig av hjelp fra andre til måltidene». Oppfølgingsspørsmålene ble behandlet som en dummy variabel hvis problemer = 1, 0 ellers.

Tannhelse ble rapportert ved egenregistrering av antall tenner (20 egne tenner eller flere versus mindre enn 20 egne tenner). Antall tenner registrert på samme måte i levekårsundersøkelser i Norge (SSB). En studie gjort av Trovik og Berge (9) konkluderer med at tannlege og pasient kommer til samme resultat ved telling av tenner (98 prosent sammenfallende resultat for overkjeven og 88,2 prosent for underkjeven). Tannlegebesøk i løpet av de siste to år (ja/nei) og om tannstatus har blitt dårligere etter hjerneslag (ja/nei/vet ikke/vanskelig å bedømme fordi jeg ikke har vært hos tannlege etter hjerneslaget) ble registrert. Personer som svarte ja på spørsmålet om redusert tannhelse etter slaget ble deretter bedt om å krysse påstander av for en eller flere av følgende: «Jeg får lettere karies/hull i tennene på høyre side i munnen», «Jeg får lettere karies/hull i tennene på venstre side i munnen», «Jeg har mistet/trukket flere tenner på høyre side i munnen», «Jeg har mistet/trukket flere tenner på venstre side i munnen», «Tannstatus er blitt generelt dårligere i hele munnen».

Munntørrhet (xerostomi) ble rapportert gradert som: 0=«Jeg føler meg ikke tørr i munnen», 1=«Jeg føler meg noe tørr i munnen», 2=«Jeg føler meg veldig tørr i munnen», og 3=«Jeg er så tørr i munnen at jeg har vanskelig for å snakke» basert på Xerostomia Inventory (10). Tilstanden ble i tillegg utforsket med fem påstander med graderte svaralternativer: «Munnen føles tørr når jeg spiser et måltid», «Jeg kjenner meg generelt tørr i munnen», «Jeg har problemer med å spise tørr mat», «Jeg har problemer med å svelge enkelte typer mat» og «Leppene mine kjennes tørre»). Svaralternativer var: 0=Aldri, 1=Noen ganger, 2=Ofte. Jo lavere score jo mindre munntørrhet. Sumskår ble registrert som sum av alle seks spørsmål med mulig variasjon 0–14.

MÅLING AV LIVSKVALITET

Generell livskvalitet ble vurdert ved et 5-items spørreskjema HUNT-5, helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (11,12) og validert av Bergland og Wyller (13) i forhold til de 20 spørsmålene i det internasjonalt anerkjente skjemaet GHQ-20 (General Health Questionnare-20) (14). Bergland og Wyller (13) fant at HUNT-5 var en god erstatning for GHQ-20. Jo lavere skår jo bedre livskvalitet. Sumskår ble registrert som sum av alle fem spørsmål med mulig variasjon 5–29.

Oral helserelatert livskvalitet ble målt ved OIDP (Oral Impacts on Daily Performance). OIDP er basert på OHIP

TABELL 1: Aldersfordeling for medlemmer i Norsk forening for slagrammede (NFS) som selv har erfart hjerneslag. Kun de som selv har erfart slag er inkludert i tabellen og ble invitert til deltakelse i studien.

	≤ 50 år	51-64 år	65 år ≤	Ukjent alder	Totalt
Aldersfordeling for medlemmer i NFS som selv har erfart slag (mars 2012)	67 = 9,6 %	154 =22,1 %	345 =49,5 %	31 =18,8 %	697 =100 %
Antall medlemmer som har svart på spørreundersøkelsen (totalt antall medlemmer var 638 august 2011)	33 = 11,3 %	100 =34,1 %	154 =52,6 %	6 = 2,0 %	293 =100 %
Prosentandel medlemmer av NFS som har svart på undersøkelsen (totalt antall medlemmer var 638 august 2011)	5,2 %	15,7 %	24,2 %	0,9 %	46 % (av 638)

(Oral Health Impact Profile) (15). OIDP er benyttet i ulike forsk-ningsprosjekter (4,16–18). OIDP-indeksen kartlegger om problemer fra tenner, munnhule og/eller proteser har hatt betydning for åtte ulike daglige aktiviteter. Det handler om å snakke og uttrykke ord, spise og nyte maten, munnhygiene, slappe av og sove, smile og le, indre ro, sosial omgang med andre og det å nyte samvær med andre (4). Jo lavere skår jo bedre livskvalitet. Sumskår ble registrert som sum av alle åtte spørsmål med mulig variasjon 0–40.

TABELL 2: Forekomst av munntørrhet. Spørsmål knyttet til opplevelse av munntørrhet i forbindelse med slaget.

52,3 % - Jeg føler meg ikke tørr i munnen.
34,0 % - Jeg føler meg noe tørr i munnen.
10,2 % - Jeg føler meg veldig tørr i munnen.
3,5 % - Jeg er så tørr i munnen at jeg har vanskelig for å snakke.

	Aldri	Noen ganger	Ofte
Munnen føles tørr når jeg spiser et måltid	69,4 %	26,7 %	3,9 %
Jeg kjenner meg generelt tørr i munnen	56,4 %	30,8 %	12,8 %
Jeg har problemer med å spise tørr mat	60,4 %	30,8 %	8,8 %
Jeg har problemer med å svelge enkelte typer mat	60,9 %	29,4 %	9,7 %
Leppene mine kjennes tørre	47,2 %	37,1 %	15,7 %

STATISTISKE ANALYSER

Dataene er analysert med SPSS versjon 20. Resultatene er rapportert som gjennomsnitt, standardavvik, median, minimums- og maksimumsverdier. Forskjeller mellom grupper ble testet med T-test for kontinuerlige og normalfordelte variabler. Korrelasjonsanalyse og kjikvadrattest ble brukt for å påvise sammenhenger mellom to variabler. Enkel lineær regresjonsanalyse, ble utført for å utforske om det var signifikante sammenhenger mellom henholdsvis OIDP sum og Hunt sum som effektvariabler og de øvrige variablene som uavhengige variabler. Variablene med p-verdi <= 0,05 i den enkle lineære regresjonsanalysen ble inkludert i de multiple lineære regresjonsanalysene for å vurdere hvilke av variablene som uavhengig av hverandre hadde signifikant sammenheng med henholdsvis OIDP sum og Hunt sum, samt alder og kjønn (19). Signifikansnivået ble satt til 0,05.

RESULTATER

Totalt 293 informanter (svarprosent 46) i alderen 35 til 88 år (gjennomsnittsalder 64,6, SD=11,1 år) svarte på undersøkelsen. Informantene var fra Østlandet, Midt-Norge, Sørlandet, Vestlandet og Nord-Norge. 35,4 prosent (102 personer) hadde høyskole eller universitetsutdanning.

208 av informantene (71 prosent) har hatt ett hjerneslag, de resterende har hatt to eller flere hjerneslag. 71,2 prosent var samboende eller gift og 37,1 prosent var kvinner. Menn brukte signifikant lengre tid til måltider (Pearson kjikvadrat = 5,4, p= 0,02), ellers var det ingen signifikante forskjeller med hensyn til kjønn og registrerte variabler.

Mer enn halvparten (60,4 prosent) hadde fått lammelser i ansikt, munn og/eller tunge som følge av slaget. Lammelsene varte fra bare noen få timer til varige lammelser. Etter slaget brukte 54,6 prosent lengre tid på måltider sammenliknet med før slaget.

Kun 15 (5 prosent) av 293 deltakere i studien, hadde fått informasjon om stell av tennene sine i rehabiliteringsperioden 0–6 måneder etter at slaget inntraff. 266 deltakere (90,8 prosent) hadde vært hos tannlege i løpet av de siste to årene.

36,4 prosent svarer ja på at deres tannhelse har blitt dårligere etter slaget, 56,8 prosent har ikke opplevd forandring og 6,8 prosent svarer at de ikke vet siden de ikke har vært hos tannlege etter slaget. 26,6 prosent av deltakerne (78 stk.) oppgir å ha 19 eller færre egne tenner igjen i munnen. Av disse har 16,3 prosent tannproteser.

Henholdsvis 32,3 prosent; 37,9 prosent; 27,3 prosent; og 18,8 prosent svarte ja på at de opplever trygghet ved å spise henholdsvis 1) suppe, grøt og mykt brød, 2) fisk, 3) kjøtt, 4) epler, nøtter og knekkebrød. I tillegg oppgir 61,4 prosent at de kan spise alle typer mat uten problemer.

Vedrørende trygghet under selve måltidet svarte henholdsvis 52,6 prosent; 52,9 prosent; 32,8 prosent; og 44 prosent at de følte seg trygge ved å håndtere mat på tallerken, tygge, elte, og svelge, mens 23,0 prosent svarte at de alltid var utrygge i spise-situasjonen.

I alt svarte 57,1 prosent at de brukte lengre tid på måltidene nå enn før slaget. Av disse svarte 19,9 prosent; 8,2 prosent; 10,9 prosent; 18,1 prosent; 3,4 prosent; 11,3 prosent; at de hadde problemer med henholdsvis å gape og bite av maten, tungen fungerte dårligere, vanskeligere å tygge, vanskeligere å svelge, tannprotesen passer dårligere enn før, og avhengig av andres hjelp til måltidene.

Resultatene viser at det er en signifikant sammenheng mellom generell

>>>

livskvalitet (HUNT) og oral helserelatertrelatert livskvalitet (OIDP) (Pearson korrelasjonskoeffisient =0,4, p=0,01).

Tabell 2 viser en oppsummering av resultatene for munntørrhet vist i prosent av N=293. Tabellen viser at 47,7 prosent av alle slagrammete i denne studien opplever middels til sterk grad av munntørrhet etter slaget.

Tabell 3 viser resultatene fra de enkle og multiple lineære regresjonsanalysene. Resultatene fra de enkle regresjonsanalysene viser at de som kun hadde erfart et slag, eller ikke hadde tannprotese, eller ikke opplevde at tannhelsen var blir dårligere, og hadde 20 eller flere egne tenner i behold hadde bedre score i OIDP sum og Hunt sum enn de som hadde mindre gunstige skår på de nevnte variablene. I tillegg scoret de med høyskole/universitetsutdanning bedre på OIDP enn de med lavere utdanning. Den univariate analysen viste at det var bedre generell og oral helserelatert livskvalitet blant dem som svarte ja på spørsmål om hvorvidt konsistensen av suppe, grøt og mykt brød gjør spisesituasjonen trygg i forhold til de som ikke valgte dette alternativet. Det var en signifikant sammenheng mellom det å trenge lengre tid til måltidene etter slaget og dårlig livskvalitet. Tabell 3 viser at de som var trygge ved elting av mat i munnen, ved svelging av mat eller alltid trygge i spisesituasjoner scoret bedre på OIDP enn de som ikke hadde krysset av for disse alternativene.

Variablene som viste signifikante sammenhenger i den enkle lineære analysen (tabell 3) inngikk i den multiple lineære regresjonsanalysen som viste at munntørrhet er den variabelen som hadde sterkest sammenheng med generell livskvalitet (Hunt). For oral helserelatert livskvalitet hadde variabelen måltidet tar lengre tid på grunn av svelgevansker signifikant størst sammenheng, uavhengig av øvrige variabler (se tabell 3).

DISKUSJON

Et mål med studien var å kartlegge selvopplevd tannhelse og oral funksjon hos slagrammete. Tre fjerdedeler av deltakerne i studien hadde minst 20 egne tenner, noe som gjenspeiler den høye andelen eldre mennesker i Norge med egne tenner (5, 9,17,18). Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er det et mål at alle mennesker skal ha minimum 20 egne tenner eller flere. Dette regnes som avgjørende for å opprettholde tilstrekkelig tyggefunksjon og en normal livskvalitet. Med mange egne tenner blir også munnstell og profesjonell tannpleie spesielt viktig for å bevare tenner gjennom sykdomsperioder.

Hovedfunnene i studien viser at kun 5 prosent ble informert om tannstell i rehabiliteringsperioden etter hjerneslag. Samtidig opplever en tredjedel å ha fått dårligere tannhelse etter slaget. Opplevelsen av munntørrhet var den variabelen som, både ut ifra den enkle og den multiple regresjonsanalysen, hadde størst sammenheng med oral helserelatert- og generell livskvalitet. De som i liten grad erfarte munntørrhet hadde bedre livskvalitet. I studien hevder cirka halvparten av informantene å være plaget av munntørrhet. Årsaken til munntørrhet har ikke denne studien kartlagt, men selvrapportering i forhold hvordan utvalget opplever munntørrhet er registrert. Opplevelsen av munntørrhet spenner fra å føle seg noe tørr i munnen (34,0 prosent) til å være så tørr i munnen at det er vanskelig å snakke (3,5 prosent). Tørre lepper og generelt tørr i munnen, problemer med å spise tørr mat og svelge enkelte typer mat er tilstander som er rapportert knyttet til munntørrhet. Vi vet at god spyttsekresjon hjelper til med å rense munnhulen for matrester. Munntørrhet vil derfor redusere evne til å rense munnhulen. Dårligere tannhelse kan bli resultatet. En tredjedel av utvalget hevder å ha fått dårligere tannhelse etter slaget, og økt munntørrhet kan være en årsak.

Cirka 60 prosent av informantene i studien oppga å ha fått lammelser i ansikt, munn og/eller tunge som følge av slaget. Lammelsene varte fra kun noen få timer til varige lammelser. Halvsidig lammelse (hemiplegi) av ansiktet og munnhulen er vanlige følger av hjerneslag (20). Personer med slike lammelser kan ha vanskeligheter med å lukke munnen, svelge og bruke tungen og muskulaturen i munnhulen (20). Nedsatt oral funksjon bidrar til at den naturlige prosessen med å rense munnen etter måltidene forsinkes og det blir lengre tid med matrester og syrepåvirkning på tennene. Dette gir en kraftig økt risiko for utvikling av karies. I tillegg vil nedsatt førlighet og kraft i armen kunne påvirke kvaliteten på tannpussingen.

Faktorene munntørrhet, lammelser i ansikt og munnhule og nedsatt førlighet i armen kan hver for seg eller sammen utgjøre klare risikofaktorer for oral patologi. Dette kan være noe av årsaken til at så mange som en tredjedel av informantene oppga at de har fått dårligere tannhelse etter hjerneslaget eller -slagene.

De som hadde alle egne tenner i behold, de som ikke brukte tannprotese, og de som kunne spise alle typer mat uten problemer hadde bedre oral helserelatert livskvalitet sammenliknet med dem som hadde få tenner igjen, brukte tannprotese eller ikke kunne spise alle typer mat. Lammelser i ansikt og munn påvirker ikke i seg selv livskvaliteten, men studien viser at de som bruker tannprotese og de som har få egne tenner igjen i munnen har dårligere opplevelse av tannhelserelatert livskvalitet. Deres orale funksjon påvirker dem negativt i daglige gjøremål.

Det er oppsiktsvekkende og bekymringsfullt at kun 5 prosent av deltakerne hadde fått informasjon om stell av tennene sine i rehabiliteringsperioden 0–6 måneder etter at slaget inntraff. Ifølge et svensk doktorgradsstudium viser leger og sykepleiere mindre interesse for munnhulen enn for andre deler av kroppen til pasienter som behandles for kreft (21). Dette til tross for kunnskap om at tidlig informasjon og riktig tannpleie og tannhygiene er viktig for å bevare pasientenes tannhelse på sikt. Det er ingen grunn til å tro at leger og sykepleiere som behand-

ler slagrammete opptrer annerledes. Stortingsmelding nr. 35 (22) sier at det skal forefinnes et likeverdig og tilgjengelig tannhelsetilbud for alle, uavhengig av bakgrunn og sosioøkonomisk situasjon. Pasientene kan ha krav på ytelser fra den offentlige tannhelsetjenesten eller Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) og bør også få opplysninger om dette.

Slagrammete og/eller deres pårørende bør gis informasjon om tannhelse og tannbehandlingstilbud av helsepersonell i rehabiliteringsperioden. Ifølge Grytten og Holst (23) har eldre mennesker flere tannsykdommer og dårligere tilgang til tannhelsetjenester enn resten av befolkningen. Studien konkluderer blant annet med at organisering av tannhelsetjenester ikke er optimal når pasienter er nødt til å oppsøke private tannleger. Private tannleger er ikke pålagt samme samfunnsansvar som offentlig tilsatte tannleger, og sjansen er til stede for at pasienter med fysiske, kognitive eller mentale handikap ikke får nødvendig behandling. En type fasttannlegeordning anbefales (23).

Alder hadde liten innvirkning på opplevelsen av livskvalitet i vår studie. En del andre studier viser at høy alder virker negativt inn på livskvaliteten (24, 25), men ikke all forskning viser signifikant sammenheng mellom høy alder og livskvalitet (18). Vår studie viser at høyskole- og universitetsutdannete hadde signifikant bedre oral helserelatert livskvalitet (OIDP) gjennomsnittsverdi i den univariate analysen, enn de som har lavere utdanning. Resultatet kan bety at personer med høyskole- eller universitetsutdanning har bedre forståelse for sammenhengen mellom livskvalitet og betydningen av velfungerende tenner. Dette samsvarer med levekårsundersøkelser i Norge (SSB) og epidemiologiske studier ellers i verden hvor det blant annet er påvist sammenheng mellom tannløshet og lav sosioøkonomisk status (18, 26). En studie fra 2006 gjennomført i den norske befolkning (18) viste at voksne med lavest registrert inntekt var de som fikk lavest skår på oral helserelatert livskvalitet.

Det er ifølge Muldoon (27) enighet blant forskere om at livskvalitet er multidimensjonal, subjektiv og varierer over tid (27). Våre resultater må ses i lys av det og det fremgår av forklart varians knyttet til variablene som ble inkludert i regresjonsanalysene. De viste henholdsvis 0,60 og 0,24 for OIDP og HUNT (se tabell 3).

Halvparten av deltakerne rapporterer at de bruker lengre tid til måltider nå en før slaget. Grunnene til dette knytter seg til vansker med å svelge, gape og bite av maten, tygge, at tungen fungerer dårligere, og at tannprotesen passer dårligere enn før. Dette samsvarer med funn fra en svensk studie fra 2000 (28) som konkluderte med at de mest alminnelige spiseproblemene for personer med hjerneslag knytter seg til tre forhold; det å håndtere maten når den ligger på tallerkenen, det å håndtere maten i munnen (tygge, elte, og så videre) og det å svelge. I tillegg opplevde pasientene frykt, usikkerhet, skam og isolasjon i spise-/måltidssituasjoner. Studien konkluderer blant annet med at tiden som brukes til måltidene ikke er tilstrekkelig til at pasientene kunne delta i sosiale måltider, altså sammen med andre i normale sosiale settinger (28). Ifølge en annen svensk studie ble det avdekket at det sosiale nettverket og relasjoner til venner og bekjente var vanskelig å opprettholde etter et slag (2). Det er i denne sammenheng interessant at cirka 65 prosent av deltakerne i vår studie oppgir å få mer besøk enn de ønsker seg, mens cirka 33 prosent synes de ser for lite til slekt og venner. Av de som oppgir å bruke lengre tid til måltider, viser vår studie en signifikant sammenheng med kjønn. Menn får i større grad enn kvinner hjelp av andre til å gjennomføre selve måltidet. Av utvalget var cirka 70 prosent samboende eller gift. Det er naturlig å tenke seg at den slagrammete som bor hjemme mottar hjelp til måltidet av sin samboer eller ektefelle. Dette synes å være i tråd med en svensk studie fra 2008 der det ble gjennomført 15 intervjuer av slagrammetes omsorgspersoner i hjemmet (2). Ifølge denne studien går mye av hverdagen til hjemmeboende slagpasienter med til inntak av måltider og planlegging av disse i samarbeid med sine nærmeste.

I vår studie ser vi at trygghet under måltidene også kan ha sammenheng med hvilken konsistens maten har. Mat som suppe, grøt og mykt brød er den de fleste informanter over 65 år opplever som trygg, deretter følger matkonsistens tilsvarende fisk. Hvis konsistensen på matvarene blir avgjørende for hva eldre mennesker spiser kan dette selvsagt medføre at sammensetning av mat med god kvalitet og næringsinnhold kom- >>>

mer i bakre rekke. I Statens Helsetilsyns veileder for rehabilitering av slagrammete (29) hevdes det at hjerneslag kan føre til uttørring og underernæring som følge av spisebesvær og vansker med å utløse svelgerefleksen. Tannhelse, tannstatus, og det å ha et velfungerende muskel- og skjelettsystem er sentralt for å opprettholde et uavhengig liv og hindre institusjonalisering (29). Nettopp problemer med å svelge vises som den variabelen som hadde størst sammenheng med oral helserelatert livskvalitet i vår studie. Munntørrhet utløser også svelgeproblemer for mange slagrammete i undersøkelsen og denne variabelen forringe opp-levelsen av både oral helserelatert livskvalitet og generell livskvalitet.

Våre funn underbygger behovet for å etablere faste samarbeidsrutiner mellom lege, hjemmesykepleie og den offentlige tannhelsetjenesten. Statens helsetilsyn (3) viser til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten da de hevder at organisatoriske forhold ikke må være til hinder for et strukturert tverrfaglig samarbeid og nødvendig informasjonsflyt mellom faggrupper. Samhandlingsreformen (30) åpner for mer samarbeid på tvers av profesjoner for å utnytte en bredere faglig kompetanse til beste for pasienten

Det kan diskuteres om medlemmer av en interesseorganisasjon er representativ i forhold til gjennomsnittet av slagrammete i Norge. Det er en klar svakhet ved denne studien at de som har svart på spørreskjemaet mest sannsynlig er de friskeste hjemmeboende slagrammete i Norge. Kravet om selvrapportering forsterker dette. Svarprosenten er relativt lav og det er grunn til å anta at det er de «friskeste» slagrammete som velger å svare på undersøkelsen siden den er basert på selvrapportering. De som har lammelser og er hjelpetrengende kan ha begrensete svarmuligheter. Resultater fra en undersøkelse gjennomført av McGrath mfl. (7) bekrefter at nedsatt fysisk og kognitiv tilstand etter slag gjør selvrapportering av livskvalitet vanskelig. Å kommunisere effektivt og forstå spørsmålene som stilles kan være utfordrende (7). Dette kan ha hatt betydning for våre resultater. Selv om svarprosenten var noe lav (46 prosent) så er utvalget på 293 personer som selv har opplevd et hjerneslag likevel et antall som bør gi relativt generaliserbare resultater. Det er nærliggende å tro at man ved en høyere svarprosent, eller hvis man hadde hatt mulighet til å rekruttere andre med selvopplevd hjerneslag enn bare medlemmer av Norsk forening for slagrammete, hadde funnet at problemet er større enn det artikkelen viser. Det foreligger trolig en underrapportering.

Til tross for at utvalget er selektert anses det å være representativt når det gjelder tannhelserelaterte spørsmål. Ifølge Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelse fra 1995; 1.2 «Andel personer 16 år og over med 20 eller flere egne tenner og andel helt uten egne tenner, etter alder, kjønn, husholdningstype, sosioøkonomisk status, høyeste utdanning og inntekt i husholdningen, samt landsdel». Resultatene på dette punktet viser at 76 prosent av de i alderen 44–66 år hadde 20 egne tenner eller flere i 1995 (menn og kvinner samlet). Voksne mennesker i Norge mister ikke tenner i vesentlig grad. Disse personene er i dag i aldersgruppen 65–86 år. Vi mener derfor at vårt utvalg er representativt og viser at 73 prosent har flere enn 20 egne tenner.

Gjennomsnittsalderen på informantene i studien er 64,6 år. Dette er noe lavere enn gjennomsnittsalderen for slagrammete generelt i Norge som er cirka 70 år. Det er positivt at utvalget omfatter informanter fra hele Norge og at halvparten av informantene er 65 år og eldre (tabell 1). Kun 2,5 prosent av respondentene var ikke etnisk norske, så disse kan være underrepresentert i studien.

En annen svakhet ved vår studie er at den baseres på et tverrsnittdesign og

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. (red. Indredavik B mfl). IS-1688. Utgitt: 04/2010.
2. Berglund A-L, Johansson I. Anhörigas vardag vid vård och omsorg av närstående i hemmet med stöd av kommunens avlastning. Kap 6 i rapporten Regional utveckling- om produktion, livskvalitet och inflyande (red. Berger S). Karlstad University Press, Universitetstryckeriet Karlstad 2008.
3. Statens Helsetilsyn. Tenner for livet – Helsefremmende og forebyggende arbeid. IK-2659. 1999.
4. Holst D, Dahl KE. Påvirker oral helse livskvaliteten? – En representativ, deskriptiv befolkningsundersøkelse. Artikkel i Norsk Tannlegeforenings Tidende 2008; 118:212–8.
5. Henriksen BM. Oral health among the elderly in Norway - A descriptive epidemiological study. (Doktorgradsavhandling), det Odontologiske Fakultet, Universitetet i Oslo. 2004.
6. Graven AR. Nå råtner tennene hjemme. Artikkel i Forskning.no, utgitt 05.02.2013. Intervju med professor Gunhild V. Strand, Institutt for klinisk odontologi, Universitet i Bergen 2013. Tilgjengelig fra: http://www.forskning.no/artikler/2012/februar/347534
7. McGrath C, McMillan AS, Zhu HW, Li LSW. Agreement between patients and proxy assessments of oral health-related quality of life after stroke: and observational longitudinal study. Journal of Oral Rehabilitation. 2009-36;264–70. Blackwell Publishing Ltd. 2009.
8. Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenesten for eldre. publikasjonskode: I-1137 B, Trykk: Departementenes servicesenter 11/2008. 2008.
9. Trovik TA, Berge TY. Do tooth gaps matter? Evaluation of self-assessments: a pilot study. Blackwell Publishing Ltd. Journal of Oral Rehabilitation 2007;34:814-20.
10. Lynge Pedersen AM, Weirsøe Dynesen A, Beier Jensen S. Udredning af xerostomi og nedsat spytsekretion. Oversiktsartikel 347 Videnskab & Klinik. Tandlægebladet 2011–115-nr.5.

>>>

Så mange som 1 av 3 kan lide av ising i tennene*

Slik kan de følsomme områdene av tannen se ut gjennom ett mikroskop.
Små hull i dentinet er eksponert.

Klinisk bevist for langvarig beskyttelse mot ising**

Sterk reparerende effekt gjennom ett hardt lag***

*Addy M. Int Dent J 2002; 52: 367-375. **Ved børsting 2 ganger daglig ***Danner ett beskyttende lag over de sensitive områdene av tennene.

CHNOR/CHSENO/0031/16 - 12/2016

sier derfor ikke noe om kausalitet (årsak–virkning). Når undersøkelsen likevel avdekker et så klart signal om at informasjon om tannstell er svært mangelfull, og at behov for informasjon om tannhygiene og rettigheter til tannhelserelaterte tjenester i rehabiliteringsfasen etter slaget er stort, så må det tas på alvor.

KONKLUSJON

Studien viser at kun 5 prosent ble informert om tannstell i rehabiliteringsperioden etter hjerneslag. En tredjedel opplever å ha fått dårligere tannhelse etter slaget. Munntørrhet, lammelser og dårligere oral funksjon kan hver for seg eller sammen være medvirkende årsaker til dette. Stor grad av munntørrhet var den variabelen som hadde sterkest sammenheng med dårligere oral helserelatert livskvalitet og generell livskvalitet. Bruk eller ikke bruk av tannprotese, en forverret tannhelse etter slaget og problemer knyttet til spisesituasjoner hadde en klar sammenheng med redusert oral helserelatert livskvalitet.

Orale problemer har signifikant sammenheng med redusert svelge- og tungefunksjon. Slagrammete bruker generelt lengre tid til måltidene nå i forhold til før slaget. Mest trygghet i spisesituasjoner oppnås med en matkonsistens tilsvarende suppe, grøt og mykt brød.

Informasjon om tannstell og munnhygiene bør rutinemessig inngå i prosedyrene ved pleie- og rehabiliteringsinstitusjoner for hjerneslagpasienter. Tannhelsepersonell bør inngå i det tverrfaglige teamet knyttet til rehabilitering etter slag. Tannhelsepersonell kan i større grad bidra med informasjon, veiledning, vedlikehold av gjenstående tenner og eventuelle tannproteser, og oppfølging av tannhelsen tidlig i slagpasienters rehabiliteringsprogram.

REFERANSER FORTSETTER

11. Holmen J, Midthjell K, Bjartveit K, Hjort PF, Lund-Larsen PG, Moum T, Naess S, Waaler HT. The Nord-Trøndelag Health Survey 1984–86: Purpose, Background and Methods. Participation, Non-participation and Frequency Distributions. Report. No 4-90. Verdal, Norway: National Institute of Public Health. 1990.

12. Hofoss D, Nord E. Norwegian physicians - affluent and reputed, but not particularly happy. Tidsskrift for Den Norske Legeforening 1997; 117: 3476–81.

13. Bergland A, Wyller TB. Construct and criterion validity of a Norwegian instrument for health related quality of life among elderly women living at home. Forskningsprosjekt med blant annet en validering av måleinstrumentet HUNT-5 som er basert på en helseundersøkelse i Nord-Trøndelag. Social Indicators Research 2006;77:479–97.

14. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Mandsley Monogram #21. London: Oxford University Press. 1972.

15. Slade GD. Derivation and validation of a short-term oral health impact profile (OHIP-14). Community Dentistry and Oral Epidemiology. University of north Carolina, USA, 1997.

16. Åstrøm AN, Okullo I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) frequency scale: a cross-section study of adolescents in Uganda. BMC Oral Health 2003; 3:5.

17. Åstrøm AN, Haugjorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral Impacts on daily performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. Eur J Oral Sci 2005; 113:289–96.

18. Åstrøm AN, Haugjorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral Impacts on daily performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, sosio-demographic factors. Eur J Oral Sci 2006; 114:115–21.

19. Altman DG. Practical statistics for medical research, Publisher; London; New York: Chapman and Hall 1991.

20. Christensen D. Apopleksi i hverdagen - håndbog for Social- og sundhedshjælpere og andre hjælpere i hjemmet. Munksgaard, København 1994.

21. Öhrn K. Oral health and experience of oral care among patients during radio- or chemotherapy. (Doktoravhandling Uppsala): University of Uppsala 2001.

22. Stortingsmelding 35. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning-Framtidas tannhelsetjenester. Helse og omsorgsdepartementet 2006–2007.

23. Grytten JI, Holst D. (2012). Perspectives on providing good access to dental services for elderly people. Patient selection and dentists' responsibility. ISSN 0734-0664. 2012. Tilgjengelig fra: http://www.blackwellpublishing.com/journal.asp?ref=0734-0664.

24. Steele JG, Sanders A, Slade GD, Allen PF, Lathy S, Nuttal N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral impacts and quality of life? A study comparing to national samples. Community Dent Oral Epidemiol 2004;32:107–14.

25. John MT, Koepsell TD, Hujoell P, Miglioretti DL, Leresche L, Micheelis W. Demographicfactors, denture status and oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol 2004;32:125–32.

26. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Blackwell Munksgaard. Community Dent Oral Epidemiol 2005;33:81–92.

27. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? BMJ, 1998;316: 542–5.

28. Jacobsen C. Eating training after stroke and it cost-effectiveness. Umeå University Medical Dissertation. New Series No 688 – ISSN 0346-6612. 2000.

29. Statens Helsetilsyn. Veileder i rehabilitering av slagrammede. Veiledningsserie 4-96, IK-2542. 1996.

30. Helse og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr 47 (Samhandlingsreformen). Rett behandling – på rett sted – til rett tid. 2008–2009.

Måleinstrumenter

HUNT-5 (Helseundersøkelse Nord-Trøndelag), vurdert av Bergland A og Wyller TB (2006).

OIDP (Oral Impact on Daily Performance), vurdert av Åstrøm AN og Okullo I (2003).

Norsk Tannpleierforening 1968 – 2018

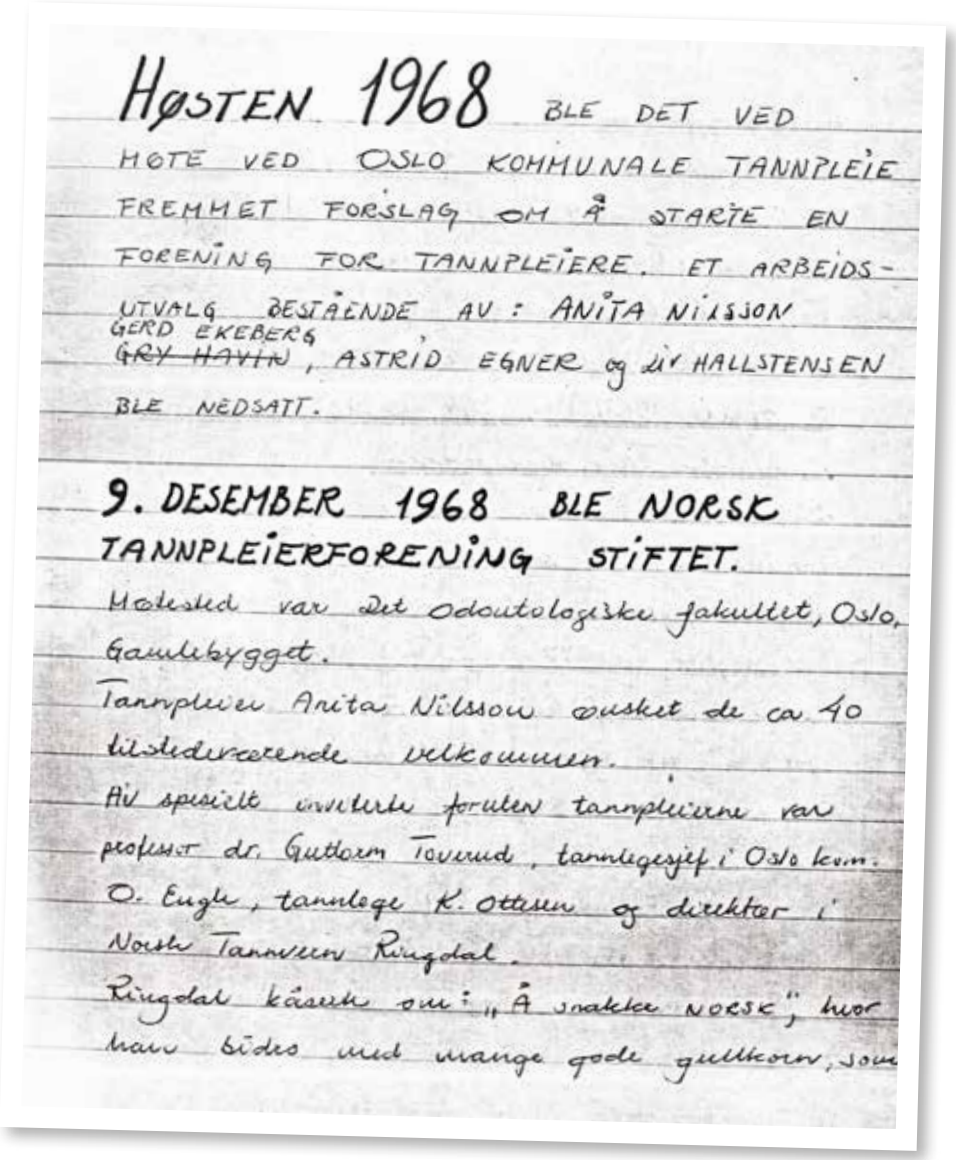
På de neste sidene presenterer vi smakebiter av Norsk Tannpleierforenings historie. I det store perspektiv er kanskje ikke 50 år så mye, men når det gjelder utvikling, både i samfunnet og i tannpleierfaget, er spranget enormt! Vi har også snakket med noen av foreningens mest markante foregangskvinner. God lesning, og vær stolt av foreningen og dens første 50 år!

>>>

NTpF – FRA YRKESGRUPPE TIL FAGFORENING

Nedenfor følger et kort sammendrag av viktige trekk i NTpFs historie. Flere tema er grundigere behandlet i andre artikler i dette jubileumsnummeret, og i intervjuer med sentrale aktører.

Tekst: Anne L. Buvik Foto: NTpFs arkiver



HØSTEN 1968 BLE DET VED MØTE VED OSLO KOMMUNALE TANNPLEIE FREMMET FORSLAG OM Å STARTE EN FORENING FOR TANNPLEIERE. ET ARBEIDS-UTVALG BESTÅENDE AV: ANITA NILSSON GERD EKEBERG ~~GRY HAVIN~~, ASTRID EGNER og LIV HALLSTENSEN BLE NEDSATT.

9. DESEMBER 1968 BLE NORSK TANNPLEIERFORENING STIFTET. Møtested var Det odontologiske fakultet, Oslo, Gaulebygget. Tannpleier Anita Nilsson ønsket de ca 40 tilstedeværende velkommen. Av spesielt inviterte foruten tannpleierne var professor dr. Gutthorm Tønnevold, tannlegesjef i Oslo kom. O. Engh, tannlege K. Ottesen og direktør i Norsk Tannvern Ringdal. Ringdal kåserte om: „Å snakke norsk", hvor han bidro med mange gode gullkorn, som

Protokoll fra stiftelsen av Norsk Tannpleierforening desember 1968.

Norsk Tannpleierforening ble stiftet 9. desember 1968. Møtestedet var Det odontologiske fakultet i Oslo. Ca. 40 tannpleiere stilte opp på stiftelsesmøtet. I tillegg til tannpleierne var spesielle gjester invitert, en professor, lederen i Norsk Tannvern, samt tannlegesjef i Oslo kommune, O. Engh.

Følgende styre ble valgt: Anita Nilsson (formann), Gerd Ekeberg (varaformann), Liv Hallstensen (sekretær) og Astrid Egner (kasserer). I mange år hadde NTpF valg på styre hvert år. Først ut mot slutten av 1980-tallet ble det lengre perioder, så ble det ble opprettet et landsstyre som skulle sikre representasjon fra ulike distrikter i Norge. Nå er det landsmøte hvert fjerde år, og styret velges for fire år av gangen. Moderne kommunikasjoner og billige flyreiser har gjort det enklere å ha nasjonal representasjon i styret.

Foreningen fungerte de første årene som en yrkesforening uten noen form for organisasjonsmessig tilknytning. Men på NTpFs årsmøte i 1974 ble det vedtatt at foreningen skulle søke om kollektivt medlemskap i Statstjenestemannsforbundet – STAFO. Det kollektive medlemskapet i STAFO varte fram til 1. januar 1984. STAFO hadde i perioden 1975-1985 forhandlingsretten for NTpFs medlemmer, og var behjelpelige i den viktige saken som gjaldt beskyttelse av tittelen som tannpleier, en viktig milepæl for yrkesgruppen da den ble vedtatt i 1979.

Den nye loven om tannhelsetjeneste som trådte i kraft 1. januar 1984 med-

NTpFs første æresmedlem var Ingrid Brun Frøysland. Hun tilhørte det aller første kullet med tannpleiere i Norge, utdannet i 1924!

Tannpleieren som veileder for skolebarn i Oslo.

førte en overgang fra folketannrøkt og skoletannpleie (statlig og kommunal) til fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Omorganiseringen av tannhelsetjenesten gjorde at STAFO ikke lenger var aktuell forhandlingspartner for tannpleierne i fylkeskommunen. Som en følge av dette ble det i 1983 gjort en organisasjonsmessig endring av NTpF, og man inngikk en midlertidig avtale med Kommunalansattes Fellesorganisasjon, KFO (tidligere KLF), som varte fram til 1. januar 1987.

NTpFs årsmøte vedtok deretter å søke fast medlemskap i KFO fra 1. januar 1987. Dette har vært NTpFs tilknytning siden. I 2007 skiftet KFO navn til Delta – en arbeidstakerorganisasjon i YS. Medlemskapet gjelder både for tannpleiere tilsatt i den offentlige tannhelsetjenesten, statlig ansatte og privat ansatte tannpleiere.

Medlemsmassen i NTpF har vokst jevnt og trutt siden 40 tannpleiere møttes for

>>>

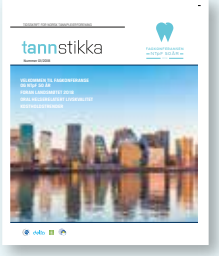
«TANNSTIKKA»

HAR GJENNOMGÅTT EN RIVENDE UTVIKLING.

Det aller første nummeret.

Tannstikkas» jubileumsutgave i 1978, som ble en viktig markedsfører for tannpleierne.

Jubileumsnummer etter 25 år.



Dagens utgave av «Tannstikka».

å stifte NTpF i 1968. I dager det ca. 1300 medlemmer i NTpF, og av dem er ca. 950 yrkesaktive.

De første årene ble NTpF drevet på fritiden av de tillitsvalgte. Tidlig på 1980-tallet ble leder frikjøpt en dag i uka. Man fikk også et sekretariat med kontormedarbeider på plass, leder ble etter hvert frikjøpt i større grad, i dag 80 prosent. I 2012 ble det også tilsatt fagansvarlig. Dette har gitt NTpF mye større muligheter til å påvirke politisk, komme med høringssvar, og jobbe for kvalitetsheving innen utdannings, forskning og etterutdanning. Store, viktige saker siden 2010 har vært en suksessrik kamp for selvstendig refusjonsrett, samt lovfesting av tannpleier som kjernekompetanse i kommunene.

NTpF har også, i nærmere 40 år, arrangert fagkurs, først i forbindelse med landsmøtene, så årlig siden 1993. Etter hvert har dette blitt utvidet til todagers konferanser som kan gi formell etterutdanning. 200-300 tannpleiere deltar hvert år på konferanser arrangert ulike steder i landet.

NTpF begynte tidlig å engasjere seg i internasjonalt arbeid. Foreningen kom tidlig med i den internasjonale interessegruppa «The International Liaison Committee of Dental Hygiene», og det var i Oslo i 1986 at «International Federation of Dental Hygienists» ble stiftet (se intervju med Inger-Lise Bryhni)

I 1975 begynte NTpF å gi ut sitt eget medlemsblad, som ble døpt «Tannstikka». Til å begynne med var den meget enkle publikasjonen et resultat av dugnad i styret. Etter hvert fikk man en egen redaktør, men lenge ble bladet laget ved frivillig, ubetalt innsats, som så mye annet i foreningen. Ved foreningens tiårsjubileum i 1978 fikk man laget et jubileumsnummer som fungerte som markedsføring av tannpleierne i mange fora, ikke minst i Helsedirektoratet og i Helse- og Sosialdepartmentet.

«Tannstikka» har fulgt med tiden. Layout og format har gjennomgått flere endringer, og profesjonalitet har kommet inn på alle nivåer. De siste årene har bladet i et samarbeid mellom NTpFs fagansvarlig og ekstern redaktør blitt utviklet til et fagblad mer stor vekt på publisering av fagartikler, i tillegg til omtale av foreningens aktiviteter lokalt og sentralt, og hva som skjer i Tannhelse-Norge og ved utdanningene.

NTpF tok først i bruk data i 1986. Anlegg og programvare er fornyet en rekke ganger. NTpFs nettsted www.tannpleier.no har vært gjennom flere endringer. Den siste fornyelsen kom ved lansering av ny fagside i 2017, og publikumssiden står foran en justering. NTpF er også synlig på Facebook, både lokalt og nasjonalt.

1. Anita Nilson var foreningens første leder – eller formann, for fortsatt var den vanlige betegnelsen. 2. Kari Elisabeth Dahl var leder ved 30 års-jubileet i 1998. 3. Leder i NTpF fra 2002 til 2010, Tove Bakken, startet det viktige arbeidet med å skaffe tannpleierne selvstendig refusjonsret 4. Eva Rydgren Krohna var leder i jubileumsåret 1993. Dette bilder er tatt i forbindelse med at hun ble kåret til «Årets tannpleier» i 2015. Hun har vært en sentral person i nye roller for tannpleiere, som ledende tannpleier, folkehelsekoordinator samt leder av flere store prosjekter. Foto: Anne L. Buvik

LEDERE I NORSK TANNPLEIERFORENING FRA 1968 – 2018

1968 – 1969: Anita Nilsson
1969 – 1971: Erle Marit Gäumann
1971 – 1973: Gerd Egeberg
1973 – 1974: Liv Edny Holm
1974 – 1975: Inger Johanne Jungeling Nielsen
1975 – 1976: Elisabeth Olsen Kolbjørnsen
1976 – 1977: Ulla Pulkkanen
1977 – 1982: Inger-Lise Bryhni
1982 – 1989: Marit Kristensen
1989 – 1992: Evy-Anni Evensen
1992 – 1996: Eva Rydgren Krona
1996 – 2002: Kari Elisabeth Dahl
2002 – 2010: Tove Bakken
2010 – : Hilde Aga

BLOKKERER 92 %
AV DENTINKANALENE
ETTER BARE 6 SKYLLINGER in vitro[*1]

Alkoholfrie Listerine® Professional Sensitivity Therapy,et munnskyll til bruk to ganger daglig, bygger på kaliumoksalat-krystallteknologi:

- Kaliumoksalat bindes til kalsium i spyttet, og krystaller dannes.
- Krystallene lagres dypt inne i eksponerte dentinkanaler.
- Krystallene bygges opp ved hver skylling, noe som gir en dyp, stabil og heldekkende forsegling av dentinkanaler.

Listerine® Professional Sensitivity Therapy kan brukes separat for langvarig beskyttelse,[2,3] eller i kombinasjon med tannkrem mot sensitive tenner.

Profesjonell munnpleie hjemme

Dette produktet skal ikke anbefales til pasienter med kjent nyresykdom, nyrestein eller malabsorpsjonssyndrom, eller til pasienter som har et høyt inntak av vitamin C (1000 mg eller mer per døgn).

1) Sharma D et al, 'A novel potassium oxalate-containing tooth desensitizing mouthrinse: A comparative in vitro study' Journal of Dentistry Vol 41 S4 2013 Pg S18-S27 2. Ved bruk 2 ganger daglig. 3. Relief of hypersensitivity DOF 4 – 2012, Combination Tubule Occlusion, DOF 2 – 2012. *Basert på % hydraulisk konduktansreduksjon. NO/LI/13-0070a(1)

Det aller første tannpleierkullet i 1924-1925. Foran fra venstre: Professor dr. med. Hampel, professor Ottesen, tannpleier Anna Sigmond, professor Johan Brun, prof. Dr. Toverud. I bakre rekke fra venstre: G. von Krogh, M. Kristiansen, J. Hustad, A. Klæboe, J. Ramstad, J. Brun (første æresmedlem i NTpF), H. Schøyen, Frk. Wæreide, M. Norebø, M. Poppe, M. Martinsen.

Tannpleier og utdanning 1928 - 2018

OPPSTART AV TANNPLEIER-UTDANNING I NORGE

Ved Benthe Hansen, fagansvarlig NTpF

Allerede i 1918 holdt tandlæge og professor Immanuel Ottesen et foredrag i Oslo om behovet for tandpleiersker i Norge. Foranledningen var en utstrakt mangel på skoletannleger der skoletannpleie var innført. Det var mye karies hos skolebarna, og flere hadde dårlig munnhygiene. Professor Ottesen hadde vært i Amerika og sett tandpleiersker/dental nurses som assisterte tannlegen, undersøkte tenner, tok en omhyggelig tannrensing, instruerte i bruk av tannbørste og ga råd om godt kosthold.

Han kom også inn på behovet for tandpleiersker på følgende måte: *«Deres økonomiske stilling maa selvfølgelig bli saavidt god, at det kan bli indbydende for dannede damer at utdanne sig til dette fag. Arbeidet vil kræve at vedkommende er i besiddelse av en god skoleutdannelse, pent væsen forenet med takt og dannet optræden. Av dette vil man forstaa at disse tandpleiersker, som jeg haaber i en nær fremtid vil bli utdannet ogsaa her i landet, dels vil faa et selvstændig, dels et assisterende arbeide…… Men burde de ikke ogsaa faa indpas paa hospitalerne, hvor de kunde utføre det efter min mening nødvendige og betydningsfulde arbeide at undersøke de sykes mundhuler…» (Den norske tandlægeforenings Tidende, juni 1918)*

1. Fra praktisk undervisning ved odontologisk fakultet på 1970-tallet. 2. Fra åpningen av tannpleierutdannelsen i Tromsø i 1994. Fra venstre Kerstin Øhrn, Benthe Hansen og Dorthe Holst. 3. Kurset i 1962: Fra venstre rundt bordet Tora-Lise Nilsen, Astrid Skei, Ingrid Opheim, Berit Rognhaug, Reidun Stokke, professor Toverud, Esther Orlien, to ukjente, og Astrid Sandvik, Kirsti Hellum, Kirsti Rongved.

I 1924 ble den første ett-årige tandpleierskeutdanningen etablert, og ble den første utdanningen i Europa ved *Statens kursus for utdannelse av tandpleiersker ved Statens Tandlægeinstitut,* Tordenskioldsgt 9 i Oslo. Det ble tatt opp i alt 11 studenter. En norsk-amerikanerinne fra New York, Anna Sigmond, var den første tandpleiersken som ble tilsatt som lærer i den praktiske kliniske tandprofylaksen i Norge. Kursets hovedlærere var professor Guttorm Toverud, professor Johan Brun og professor Immanuel Ottesen.

Den teoretiske undervisningen ble gitt på Tandlægeinstituttet hver formiddag fra kl. 08.00-14.00 i form av forelesninger, demonstrasjoner og kurs. Undervisningen omfattet tannanatomi, tann- og munnhygiene, ernæringsfysiologi, generell anatomi og aseptikk. Den praktiske undervisningen var på Hersleb skoles tandklinik fra kl. 16.00-20.00 hvor det var innredet 11 arbeidsplasser. Det var klinisk undervisning i tann- og munnprofylakse, undersøkelse av tenner på barn, journalføring, røntgen og sterilisering. Det første kullet med 11 tandpleiersker i Norge ble uteksaminert i 1925. Tre tandpleiersker ble ansatt ved Bergen skoletannklinikk, to i Oslo og en ved Tandlægeinstituttet.

Utdanningen ble lagt ned året etter på grunn av sterkt press fra tannlegene, selv om det var bevilget økonomiske midler og tenkt som en permanent institusjon. På grunn av tannlegenes frykt for den nye yrkesgruppen, økonomisk depresjon og nedleggelser av skoletannklinikker ble det ingen kontinuitet i utdanningen. Fra 1924 til 1947 ble det i alt avholdt 4 kurs, og 28 tandpleiersker ble utdannet.

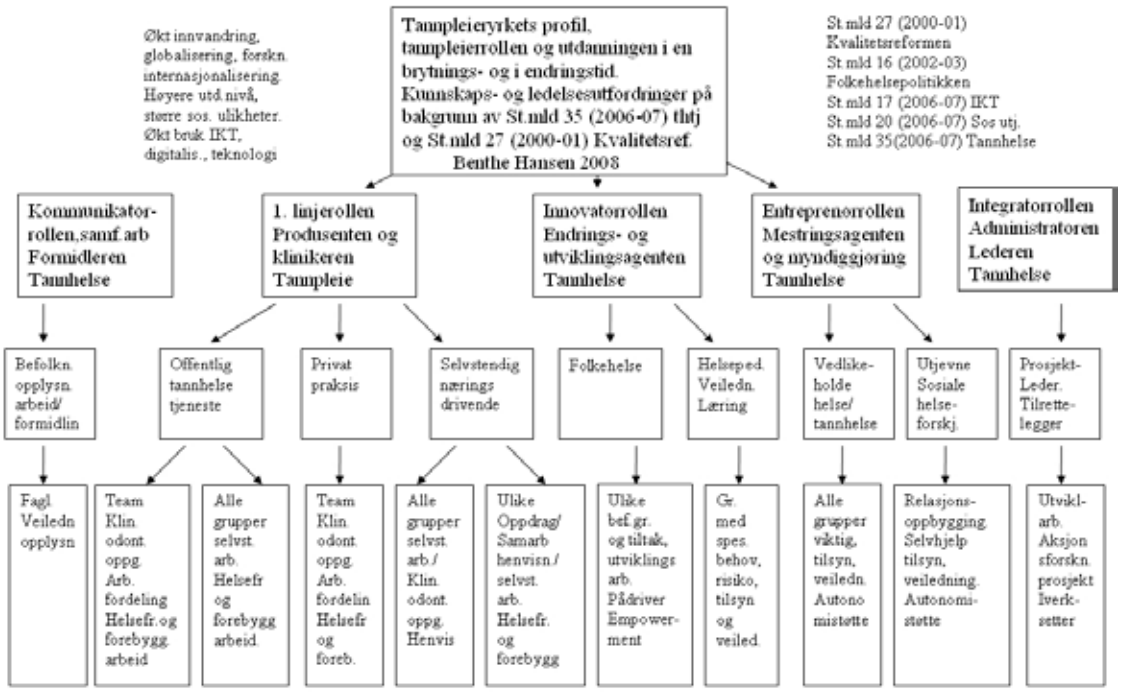
TANNPLEIERUTDANNING ETTER DEN ANDRE VERDENSKRIG

Etter den andre verdenskrig kom utdanningen i gang igjen, nå som en ettårig tannpleierskole ved Norges Tandlægehøyskole/Det odontologiske fakultet i Oslo. Fra 1948 frem til 1971 ble det utdannet i alt 130 tannpleiere, og de fleste ble tilsatt i kommunal tannpleie.

Sosialdepartementet satte i 1964 ned en komite for å utrede behov for personell. I konklusjonen ble det foreslått å øke antallet tannpleiere som skulle utdannes ved de odontologiske lærestedene. En komite ved Det odontologiske fakultet I Oslo fikk i oppdrag å revurdere undervisningsopplegget. Innstillingen kom våren 1971, og samme høst startet 12 studenter ved toårig utdanning med ny studieplan.

Det var praktisk trening i undersøkelsesteknikk, kariesprofylaktisk arbeid, røntgen med granskning, forebyggende arbeid, samt behandling av periodontitt, utvelgelse og behandling av risikopasienter. Tannpleierne ble dermed mer kvalifisert til å arbeide både i privat og offentlig tannhelsetjeneste. I tillegg til individrettet behandling ble det lagt vekt på grupperelaterte tiltak med utadrettet virksomhet ovenfor personer med spesielle behov. Nye fagområder som tannpleie for funksjonshemmede og kronisk >>>

TANNPLEIERNES ULIKE FUNKSJONER



Utredningen «Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025» kom i 2013, og har blitt et viktig dokument for tannpleierfaget i Norge.

syke, samfunnsodontologi, pedagogikk, psykologi og mer periodonti kom inn som en naturlig del av undervisningen.

I tillegg til de klinisk odontologiske fagene og basalfag ble det praksisstudier ved sykehus og institusjoner samt utplassering i den offentlig tannhelsetjenesten. Det ble tatt opp 12 studenter i 1971 ved UiO, deretter 18 og 24 studenter fra 1977. I 1976 ble Tannpleierutdanningen ved Det odontologiske fakultet i Bergen etablert med 21 studieplasser.

I 1979 ble yrkestittelen tannpleier beskyttet i henhold til Lov om godkjenning av helsepersonell. Tannpleierutdanningen ved Høgskolen i Tromsø ble etablert i 1994 med 12 studieplasser. Tannpleieren arbeider i førstelinjefunksjon i offentlig og privat tannhelsetjeneste, og samarbeider med annet tannhelsepersonell og andre helsefaggrupper og henviser til tannlege ved behov. Tannpleiernes trivsel og oppfatning av yrkesrollen ble blant annet evaluert av et treårig prosjekt i Nord-Troms og Sandefjord i regi av Helsedirektoratet.

NYTT LOVVERK, OFFENTLIGE UTREDNINGER, KVALITETSREFORM, BACHELORUTDANNING OG PHD

I 1999 ble lov om helsepersonell vedtatt, og universitets- og høgskoleloven ble revidert. Norge undertegnet Bolognaavtalen hvor det er ønskelig om et mer enhetlig utdanningssystem i Europa; enhetlig karaktersystem, samordning av studieplaner, økt studentmobilitet og internasjonalisering. I 2001 kom St. meld. 27 (2001-2002) *Kvalitetsreform av høyere utdanning,* og i 2002 ble kvalitetsreformen i Norge innført.

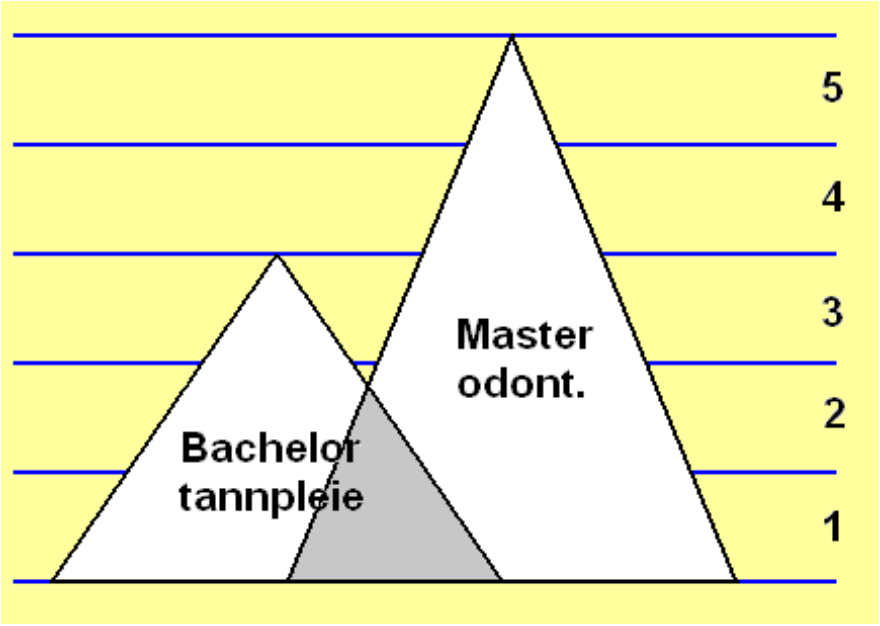
Som et ledd i kvalitetsreformen satte Det odontologiske fakultet i Oslo ned en arbeidsgruppe i 2002 som utarbeidet treårig studieplan; Bachelorgrad i tannpleie ved UiO. Det odontologiske

fakultet i Bergen startet arbeidet med studieplan høsten 2002. I 2003 ble det oppstart av bachelorprogram i tannpleie ved UiO og ved UiB med noe økning i antall studieplasser. Påbygningsstudiet til bachelorgrad i tannpleie ved UiO ble arrangert i 2004-2006, og var et tilbud til tannpleiere som ønsket å øke sin kompetanse i tannpleie på bachelornivå. I 2005 kom NOU 2005:11 *Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet, samt St.meld. nr. 35 (2006-2007) Framtidas tannhelsetjenester.* Her kommer det frem behov for flere tannpleiere i førstelinje i offentlig og privat tannhelsetjeneste, økt oppgavefordeling mellom tannlege og tannpleier, mer folkehelsearbeid samt forslag om endring i folketrygdloven slik at undersøkelse og behandling hos tannpleier kan utløse stønad fra trygden.

I 2006 ble to tannpleiere tilsatt i stipendiatstillinger ved UiO, og ble de første tannpleierne som tok PHD-grad i Norge i 2011 (Kari Elisabeth Dahl og Anne Elisabeth Münster Halvari, begge UiO). Linda Stein disputerte i 2015 ved UiT og Ferda Gülcan i 2017 ved UiB. Det er pr i dag tilsatt to tannpleiere i stipendiatstillinger og som snart skal disputere.

I 2007 startet Høgskolen i Tromsø opp med treårig bachelorprogram i tannpleie. Høgskolen i Hedmark etablerte tannpleierutdanning i 2009.

I 2012/2013 ble det nedsatt en gruppe i regi av NTpF for å utrede *«Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025»*. (K.E. Dahl, A.E.M. Halvari og B. Hansen som prosjektleder) Rapporten beskriver tannpleiefaget, tannpleieren som helsearbeider, kompetansebehov innen folkehelsearbeid og helsefremmende virksomhet samt behov for kompetansegivende etter- og videreutdanning, og veien videre mot 2025. Deler av rapporten er senere oversatt til engelsk, og har blitt distribuert internasjonalt.



Forskjellen mellom grunnutdanningene; en tannlegeutdanning som er naturvitenskapelig og teknisk orientert, og en tannpleierutdanning som er humanistisk og samfunnsvitenskapelig orientert

Det skraverte feltet viser felles innhold i utdanningene. (B. Hansen, 2008 Mastergrad i kunnskapsledelse)

Det første kullet med studenter på videreutdanningen for tannpleiere ved Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN), Campus Vestfold, ved oppstarten i januar 2016. I år startet det andre kullet.

VIDEREUTDANNING I TANNPLEIE OG HELSEFREMMENDE ARBEID

I 2014 startet NTpF arbeidet med å få etablert videreutdanning for tannpleiere i Norge. NTpF gikk i dialog med Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN), Campus Vestfold, og fikk til avtale om å etablere *Videreutdanning i tannpleie og helsefremmende arbeid* (60 studiepoeng) ved HSN på deltid. Studieplan ble utarbeidet og vedtatt i september 2015. Det første kullet ved videreutdanningen startet i januar 2016, og de ble uteksaminert i desember 2017. Det andre kullet ved Videreutdanningen i tannpleie og helsefremmende arbeid startet i januar 2018.

Det blir gitt bevilgninger over statsbudsjettet til drift av videreutdanningen ved HSN, Campus Vestfold og økonomisk tilskudd til fylkeskommunalt tilsatte tannpleiere, ev tilsatte ved de regionale odontologiske kompetansesentra. Flere tannpleiere har de siste årene også tatt vi- >>>

Utredningen «Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025» ble utarbeidet av Anne Elisabeth Münster Halvari (fra venstre), prosjektleder Benthe Hansen og Kari Elisabeth Dahl. Under fagkonferansen på Gjøvik i 2013 ble de hedret med blomster. (Foto: Anne L. Buvik)

Nettverkssamling for doktorander og stipendiater i NTpFs lokaler. Fra venstre Linda Stein, Kari Elisabeth Dahl, Anne Elisabeth Münster Halvari og Ingfrid Vaksdal Brattabø. Foto: Anne L. Buvik

dereutdanning og mastergrad i helsefaglige emner, ledelse, pedagogikk, psykologi og andre fag ved ulike studiesteder og universiteter. Dette gir økt kunnskap til tannpleierne, yrkesgruppen og tannpleiefaget i Norge.

I forbindelse med behandling av primærhelsetjenestemeldingen i Stortinget i 2017 ble det vedtatt at tannpleieren lovfestes som kjernekompetanse i kommunen på linje med psykolog, sykepleier, tannlege, ergoterapeut m.fl.

BACHELORUTDANNING I TANNPLEIE

Bachelorutdanning i tannpleie er et praktisk, teoretisk, prosessorientert studium hvor studenten med egenaktiviteter integrerer kunnskap både gjennom ferdighetstrening, klinisk tjeneste, veiledningssamtaler, egen læring, faglig fordypning og refleksjon. Det legges til rette for en studieprogresjon som understøtter studentens læringsprosess med tett oppfølging underveis. Å utvikle selvstendighet og ansvarlighet i yrkesutøvelsen er viktig i møte med pasienter, brukere, kolleger og samarbeidspartnere.

TANNPLEIERENS HANDLINGSKOMPETANSE BESTÅR AV Å:

- kunne videreutvikle seg skriftlig, muntlig og faglig innen teoretiske fag, faglige og etiske problemstillinger
- kunne se større sammenhenger, begrunne ulike valg og ta selvstendig ansvar som profesjonell helsearbeider og tannpleier
- kunne samhandle, samarbeide og lede seg selv kunne håndtere ulike utfordringer og dilemmaer samt begrunne sitt arbeid utifra et faglig ståsted
- kunne utvikle praktisk-, teoretisk-, yrkesetisk- og sosial kompetanse og med faglig trygghet i ulike situasjoner samt begrunne sine valg
- kunne sette seg inn i forskningslitteratur og utvikle en akademisk evne til analyse, drøfting og refleksjon
- kunne delta i utvikling av «en mer lærende organisasjon i tannhelsetjenesten og helsetjenesten» hvor økt kunnskapsutvikling, dialog, samarbeid inngår
- kunne anvende «kunnskapsbasert praksis (KBP)» som er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (ref. Helsebiblioteket)

TePe EasyPick™

Avrundet topp

God arbeidslengde

Brede silikonlameller

Fleksibel

Slitesterkt materiale

Godt stødig grep

Hemmeligheten er kombinasjonen av materialer

TePe Easy Pick™ anbefales til daglig bruk, alene eller som i kombinasjon med andre produkter til rengjøring mellom tennene. Kjernen er robust og fleksibel, og de brede silikonlamellene rengjør effektivt mellom tennene, samtidig som de føles behagelige. TePe EasyPick™ produseres i Sverige og er utviklet i nært samarbeid med tannpleie-ekspertise. Den passer for alle som ønsker å ta vare på et sunt smil, uansett hvor de er.

We care for healthy smiles

To størrelser, konisk form

AD171068NO

NORSKE TANNPLEIERE MED DOKTORGRAD

Første tannpleier med doktorgrad: Kari Elisabeth Dahl disputerte 2. desember 2011 med sin avhandling: Oral health-related quality of life in Norwegian adults.

Andre tannpleier med doktorgrad: Anne Elisabeth Münster Halvari. Disputerte 9. desember 2011 med avhandlingen: Motivation, Dental Behaviours, Well-Being, and Oral Health: Cross-sectional and Experimental Studies Testing Self-Determination Theory.

Tredje tannpleier med doktorgrad: Linda Stein. Disputerte 13. mai 2015 med avhandlingen "Oral health literacy in adult dental patients. A clinical study."

Fjerde tannpleier med doktorgrad: Ferda Gülcan. Disputerte 10. Mars 2017 med avhandlingen: «Oral health-related quality of life, tooth loss and utilization of dental services among older people in Norway and Sweden: A prospective and comparative perspective».

NYHET!

Nå i 3 størrelser!

Spør etter den på ditt APOTEK!

G·U·M® SOFT-PICKS® ADVANCED

AVANSERT rengjøring mellom **ALLE** tennene!

SMALL MEDIUM LARGE

Sunstar | Tel 909 84154 | info@se.sunstar.com | SunstarGUM.no

«TANDPLEIERSKER» I HUNDRE ÅR

Begrepet «tannpleierske» er i hvert fall hundre år gammelt. Det ble for alvor lansert av tannlege Immanuel Ottesen gjennom et foredrag han holdt i Nordenfjeldske Tandlægeforening og i Drammens og Oplands Tandlægeforening i 1918. Det skulle være en oversettelse av det amerikanske «dental nurses», og er blitt tatt med videre i utviklingen av faget.

Redigert og sammenstilt av Anne L. Buvik

Foredraget ble også trykt i «Den Norske Tandlægeforenings Tidende» i juni i samme år, altså nesten nøyaktig hundre år siden. Ottesen var utrolig fremtidsrettet og konkret i sine visjoner, både når det gjaldt «tandpleierskens» oppgaver, og han lanserte også tanken om systematisk tannpleier i sykehus, noe som det tok ytterligere 90 år før ble satt i system.

Artikkelen under er et utdrag av dette foredraget – fornøyelig lesning som også gir et viktig tidsbilde.

«Dental nurses», deres utdandelse, arbeide og betydning for den profylaktiske tand- og mundpleie»

Foredrag holdt av Immanuel Ottesen

Den profylaktiske behandling vinder mer og mer indpas hos de kultiverte folkeslag. Diæt og leveset indrettes saadan at organismen fra barneaarene faar en sund utvikling, og ved forskjellige forholdsregler av hygienisk og diætisk natur forsøker man at holde sitt legeme mest mulig motstandsdyktig for alle de infektioner, der til stadighet truer. Kulturmennesket konsulterer sin læge og sin tandlæge for at faa konstateret, hvordan den almene sundhetstilstand er. Spesielt paa odontologiens omraade er den preventive behandling blit meget alminnelig. Det er ikke længre tilfelle at kun smerten driver patienterne til vaare venteværelser.

Vi er også gaat videre. Ved en rationel profylaktisk behandling dels utført på vaare kontorer og dels av patienten selv forsøker vi aa immunisere tænderne og forhøie resistensen, spesielt i tandkjøttet og rundt tandhalsen. Og, ikke minst, gir vi en grundig undervisning i rationel tand- og munnpleie, spesielt i hvordan tandbørsten bør brukes for at virke mest effektivt.

Denne saa viktige del av vor behandling maa vi dessverre tilstaa ikke interesserer os. Den er ensformig, og vi finder – med en viss ret – at vor utdannelse ligger for høit til at vi skal befatte oss med den slags arbeide. Men maa vi ikke daglig innrømme, at denne profylaktiske behandling og undervisning er i høieste grad paakrævet baade hos vort yngre og eldre klientell? Imidlertid er vår tid saa opptat med operative ingrep av enhver art, kavitetspræpareringer, fyllinger, rotbehandlinger etc. at vi umulig kan faa tid til profylaxe.

Imidlertid har også vaart kontorarbeide øket, og vi ble etter hvert nødsaget til å faa hjelp også paa kontoret. For la mig si en ca. 20 år siden var det alminnelig, at tandlægen selv steriliserte sine instrumenter og for øvrig utførte alt det arbeidet, som vore kontordamer nu gjør. Det tok væk megen tid, og det litt efter litt blev det alminnelig at ha kvinnelig assistance paa kontoret. De av os der arbeider med en kontordame kan vel heller ikke tænke sig muligheten av at undvære hende.

Kan nu ikke disse kontordamers arbeide utvides til ogsaa aa omfatte mund- og tandprofylaxe? I enkelte av Amerikas stater er den saakalte «dental nurse» allerede et uunnværlig faktotum i en tandlæges praksis. Jeg har tenkt meget paa at finne et godt norsk ord for «dental nurses» og jeg er blitt staande ved tandhygienerske eller tandpleierske. Det første navn falder kanskje litt tungvindt og lyder litt affektert, saa det siste blir vel at foretrække.

Utdannelse av disse tandpleiersker skjer i Amerika dels ved tandlægeinstituterne og dels som i Boston ved Barnetandklinikkene. Utdannelsen tar ett aar, og der undervises i teoretisk og praktisk mund- og tannprofylaxe, aseptik og sterilisation. Dessuten faar de undervisning i aa at assistere tandlægen. De lærer at lave injektionsvæske, præparere færdig de forskjellige fyldningsmaterialer, assistere ved de forskjellige operative indgrep osv.

Forkundskaper for opptagelsen er den saakelte «highschool-eksamen». Middelsskoleeksamen synes jeg kunde være en passende betingelse for at blive opptaget, og jeg synes det er rimelig at utdannelsen bør skje ved Statens tandlægeinstitutt. Paa avdelingen for konserverende tandbehandling maatte de faa sin utdannelse i profylaktisk tandbehandling. De skal lære at undersøke tænderne og på en dertil indrettet blanket notere disses tilstand, foreta en omhyggelig rensning av belæg og undervise i den rationelle brug av tandbørste og andre dertil egnede midler. Derfor maa de faa anledning til at at opøve seg til en god manuell ferdighet i bruken av tandstensinstrumenter, polere og andre profylaktiske instrumenter.

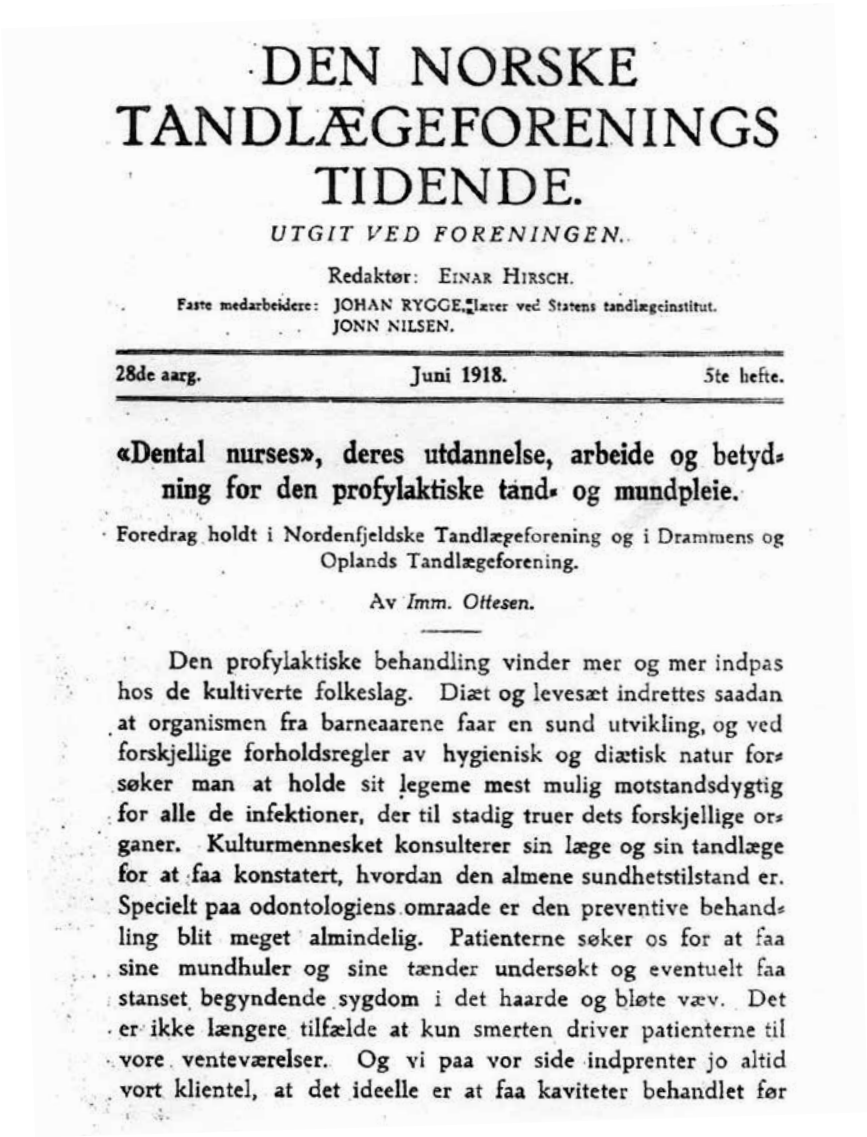
Efter endt utdanning bør de faa et diplom som bevis for, at de har gjennomgaaet kurset. Dette diplom bør være offentlig anerkjent og inneholde

bestemmelser med hensyn til grensen for tandpleierskens arbeid. Paa den maaten mener jeg man vil være helt gardert mot, at tandpleiersker, som tilfeldet har vært med enkelte tandteknikere, skulde være fristet til at begynne som kvaksalvere. Standen kan være tryg paa at de ikke faar et tandlægeproletariat paa halsen. Denne frygt har i Amerika fremkalt en viss motstand mot utdannelsen av dental nurses. En frygt der har vist seg at være ubegrunnet. Skulle en sådan tannpleierske etablere sig som tandlæge, gjør hun det paa basis av, at hun hos den tandlæge eller offentlige institusjon (klinikk) hvor hun har vært ansat, har faat en videre utdannelse i de spesielle tandlægefag. Men en slik eventualitet maatte vel standen med letthet kunne gardere seg mot ved hjelp av strenge bestemmelser like overfor foreningens medlemmer.

Andre som hadde lansert tanken om assistenter, hadde ment en utdannelse på 6 mnd, ved barnetannklinikker, måtte være tilstrekkelig. Dette var artikkelforfatteren helt uenig i:

Det rette sted for utdannelsen maa bli tandlægeinstituttene. De vordende tannpleiersker vil ikke ved an skoleklinikk kunde faa den nødvendige systematiske teori. Deres økonomiske stilling maa selvfølgelig bli saavid god, at det kan bli indbydende for dannede damer at utdanne seg til dette fag. Arbeidet vil kræve at vedkommende er i besiddelse av en god skoleutdannelse, et pent væsen forenet med takt og dannet opptræden.

Av dette vil man forstaa, at disse tandpleiersker, som jeg haaber i nær fremtid vil bli utdannet også her i landet, dels vil faa en selvstendig, delt et assisterende arbeide. Dette blir i alfall tilfælde hos den privat praktiserende tandlæge og ved de kommunale kliniker. Men burde de ikke ogsaa faa indpas paa hospitalerne, hvor de kunde utføre det efter min mening nødvendige og betydningsfulde arbeide at undersøge de syges mundhuler og besørge den nødvendige tand- og mundpleie, gjerne også her etter anvisning og kontroll av tandlæge? Vi maa vel være enige, om at det fra et odontologisk synspunkt, en meningsløst at patienter, der bliver indlagt til alvorlige operationer, ikke paa forhånd faar mundhulen undersøkt.



DEN NORSKE TANDLÆGEFORENINGS TIDENDE.

UTGIT VED FORENINGEN.

Redaktør: EINAR HIRSCH.

Faste medarbeidere: JOHAN RYGGE, lærer ved Statens tandlægeinstitut. JONN NILSEN.

28de aarg. Juni 1918. 5te hefte.

«Dental nurses», deres utdannelse, arbeide og betydning for den profylaktiske tand- og mundpleie.

Foredrag holdt i Nordenfjeldske Tandlægeforening og i Drammens og Oplands Tandlægeforening.

Av *Imm. Ottesen.*

Den profylaktiske behandling vinder mer og mer indpas hos de kultiverte folkeslag. Diæt og levesæt indrettes saadan at organismen fra barneaarene faar en sund utvikling, og ved forskjellige forholdsregler av hygienisk og diætisk natur forsøker man at holde sit legeme mest mulig motstandsdygtig for alle de infektioner, der til stadig truer dets forskjellige organer. Kulturmennesket konsulterer sin læge og sin tandlæge for at faa konstatert, hvordan den almene sundhetstilstand er. Specielt paa odontologiens omraade er den preventive behandling blit meget almindelig. Patienterne søker os for at faa sine mundhuler og sine tænder undersøkt og eventuelt faa stanset begyndende sygdom i det haarde og bløte væv. Det er ikke længere tilfælde at kun smerten driver patienterne til vore venteværelser. Og vi paa vor side indprenter jo altid vort kliental, at det ideelle er at faa kaviteter behandlet før

Efter min mening er det det paa tide at standen tar denne meget viktige sak op til behandling. Efter ingaaende overveielse tror jeg de fleste vil indse, at disse tandpleiersker vil være av stor betydning for den profylaktiske tandbehandling. Specielt vil alle de barn, der søker klinikerne, faa en ganske anden undervisning i rationel tannpleie, idet disse pleiersker kan ha tid til personlig at ta sig av hver enkelt.

Efter nøie overveielse er jeg kommet til det resultat, at vi, ved at faa utdannet tannpleiersker indirekte og hurtigere kan avhjelpe tandlægenøden, idet tandlægens arbeide ved klinikerne vil kunne bli mer effektivt. Tar man saa de nødvendige forholdsregler, er man helt betrygget mot et tandlægeproletariat.

Immanuel Ottesen lot handling følge ord, og var en av foreleserne da det første kurs for tandpleiersker ble etablert i 1924. Se artikkelen om utdanning gjennom tidene.

I 2017 ble Arnhild Sunde Seim utnevnt til foreningens tredje æresmedlem gjennom tidene, under fagkonferansen på Hamar. (Foto: Anne L. Buvik)

> *Den gang var foreningen et rent Oslo-fenomen. Og det var mer enn interesseforening enn en fagorganisasjon*

ARNHILD SUNDE SEIM – TANNPLEIER, LÆRER, FOLKEHELSEARBEIDER

I 2017 ble Arnhild Sunde Seim utnevnt som ett av bare tre æresmedlemmer i NTpF. Vi har møtt henne for å snakke fag, historie, utvikling og folkehelsearbeid – hvor hun er en av pionerene blant tannpleierne.

Foreningens historie fortelles aller best direkte av dem som har opplevd den, og som har vært en del av den. Og dette er helt klart en viktig kilde!

Arnhild Sunde Seim gikk på den første toårige utdanningen i Oslo i 1971–73. Norge var tidlig ute med utdanningstilbud, det var det første som ble etablert utenfor USA (se egen sak om utdanningshistorien). Men nå ble den altså utvidet til to år, en etterlengtet seier og oppgradering for tannpleierfaget.

Erle Johanson, leder i NTpF 1969–70, var en av instruktørene på utdanningen og en viktig pådriver for å rekruttere nye medlemmer til foreningen. De nye studentene ble invitert på medlemsmøter fra starten av, og taktikken virket. De aller fleste ble medlemmer, og i 1974 gikk fire fra dette kullet på tolv rett inn i styret i NTpF!

– Den gang var foreningen et rent Oslo–fenomen, minnes Seim. – Vi var ikke mange. Og det var mer enn interesseforening enn en fagorganisasjon. Vi var på «plastposestadiet», dro papirene med oss rundt i poser, men fikk etter hvert ha papirer og protokoll på et rom i Norsk Tannverns lokaler. Der fikk vi også avholde styremøtene, forteller hun.

FØRSTE NUMMER AV «TANNSTIKKA»

Medlemsbladet «Tannstikka» ble etablert i 1975. Den var veldig enkel og primitiv, Arnhild Sunde Seim gav navn til det og var med på å lage det. Hun har fortsatt det aller første nummeret, og har også tatt

vare på blader med spesielt innhold, som jubileumsnummeret som ble laget til tiårsjubileet, samt bladene som markerte 25– og 30 årsjubileene. I 1976 utnevnte styret for første gang en redaktør, som skulle ha ansvaret for å samle inn stoff.

Foran foreningens tiårsjubileum i 1978 utlyste det sittende styret en konkurranse om en logo for foreningen. Konkurransen ble vunnet av Bente Aaen Løkken, og logoen er den samme som foreningen har i dag.

Etter endt utdannelse gikk Arnhild Sunde Seim direkte inn i undervisningsrollen. Tre av kandidatene fra kullet i 1973tok pedagogisk seminar, og begynte som instruktører ved utdanningen.

– Det var en bratt læringskurve! Smiler Arnhild. – Men det betød mye å få tannpleiere inn som lærere og instruktører; tidligere hadde det mest vært tannleger som underviste, men også to tannpleiere med den gamle ettårige utdanningen. Vi representerte noe nytt, konstaterer hun.

Arnhild jobbet på tannpleierutdanningen i åtte år samtidig som hun hadde praksis i privat klinikk og en periode deltidsjobb i Norsk Tannvern. Det var viktige år i yrkeskarrieren hvor hun fikk knyttet mange nyttige kontakter og etablert et nasjonalt og internasjonalt nettverk.

– Vi fikk til et godt samarbeid med utdanningen i Bergen da den ble etablert der i 1976, vi dro også på studietur til læresteder til Danmark hvor mye skjedde i denne perioden, og vi hadde også løpende kontakt og godt samarbeid med Helsedirektoratet og med Tannlegeforeningen, forteller hun om årene på Tannpleierutdanningen.

TVERRFAGLIG JOBBING

I 1983 flyttet Arnhild til Ringsaker, og gikk rett inn i en «vanlig» tannpleierstilling på en liten klinikk. Det ble en overgang, men hun fikk også anledning til å gjøre seg erfaringer med tverrfaglig jobbing. Det ble kontakt med helsestasjon, barnehager, skoler, sykehjem og en stor institusjon for psykisk utviklingshemmede.

– Jeg jobbet mye på denne institusjonen, og mye med eldretannpleien, og så betydningen av systematisk forebyggende tannhelsearbeid på disse områdene. Jeg deltok og ledet også prosjekter i Ringsaker.

> *Det betød mye å få tannpleiere inn som lærere og instruktører; tidligere hadde det mest vært tannleger som underviste*

Arnhild valgte etter hvert delvis å gå over i den administrative delen av yrket, og ble tilsatt som ledende tannpleier i Hedmark, en av landets fem, en stillingsbetegnelse som til da bare fantes i Buskerud og Vestfold.

– Nå satte vi tverrfaglig jobbing i system. Det var egentlig ikke nytt for meg, vi hadde også brukt det mye i utdanningen i Oslo, med et samarbeid med institusjoner som Emma Hjort, barnehager, revmatismesykehuset. Erfaringene derfra var nyttige i arbeidet vi satte i gang med i Hedmark, sier hun.

ENORM UTVIKLING

– Hvordan har du opplevd utviklingen i faget i løpet av dine 40 år i yrket?

– Utviklingen har vært enorm. Opprinnelig var det svært begrensede oppgaver tannpleierne fikk utføre. Man fikk undersøke 3-6-åringer, instruere i tannrengjøring, kostholdsveiledning, fluorbehandling – og ikke så mye annet. Det var lite planer for hva tannpleierne skulle jobbe med og stort sett tannlegene som bestemte hva vi skulle gjøre. Det ble lagt ned enormt med arbeid, ikke minst fra foreningens side, for at tannpleierfaget skulle utvikles og tannpleierne få ta i bruk sin kompetanse på et bredere felt. Og man kan konstatere at innsatsen har båret frukter. Det er en helt annen virkelighet i dag enn da jeg begynte. Tannpleierne er blitt selvstendige, og de har også i økende grad gått inn i nye roller og nye stillinger. Ikke minst er vi blitt sentrale som folkehelsepersonell, noe jeg også har brent for, sier hun.

I 1978 gjorde Arnhild Sunde Seim sammen med Kari Seglem en utredning for NTpF, som kartla tannpleierens stillings– og arbeidsforhold. De fikk støtte fra Helse– og sosialdepartementet. I 1978 fantes det 257 tannpleiere i Norge. 160 av dem var medlemmer i NTpF. Utredningen viste en jevn fordeling mellom tannpleiere med ett– og toåring utdanning, men at det ikke var nevneverdig forskjell på oppgavene de fikk utføre. Kun en fjerdedel oppgav at de regelmessig fikk utføre alle oppgaver utdanningen kvalifiserte for. De fleste utførte langt færre oppgaver, med hovedvekt på motivasjon og instruksjon, kostholdsveiledning, fluorbehandling og innkalling og oppfølging. Flertallet (73 %) var ansatt i offentlige stillinger.

NYE KRAV, STØRRE ANSVAR

Men når tannpleierne var på frammarsj, handlet det ikke bare om få nye roller og flere arbeidsoppgaver. Det ble også nye krav og større ansvar.

– Da måtte også utdanningen henge med. Den toårige utdanningen var veldig komprimert, det var åtte timer hver dag, også undervisning noen lørdager i starten. Det var tøft, mye arbeid, lite fritid. NTpF la ned et stort arbeid for å få etablert den

>>>

Arnhild Sunde Seim med det aller første nummeret av «Tannstikka» - en navn hun selv lanserte. (Foto: Anne L. Buvik)

I 1998 ble Arnhild Sunde Seim tildelt "Butler-prisen", tilsvarende dagens "Årets Tannpleier".

treårige utdannelsen. Da den omsider var på plass, ble det muligheter for fordypning i faget på en helt annen måte. En utrolig viktig milepæl, understreker Seim.

På slutten av 1990–tallet tok Arnhild Sunde Seim videreutdanning i helse– og sosialadministrasjon ved høgskolen på Rena, og gikk helt over i administrasjonsarbeid. I 2000 ble hun ledende tannpleier i Hedmark. Hedmark var ett av fylkene som deltok i FUTT–prosjektet, Forsøksordning for utvidet tannhelsetilbud, sammen med Vest–Agder og Nord–Trøndelag. Det var ti kommuner i alt, hvorav tre i Hedmark, Hamar, Tynset og Trysil. Arnhild fikk en prosjektstilling på 50 prosent, og gikk i gang med den spennende og utfordrende oppgaven.

– Det var nært og givende samarbeid med prosjektlederne i de to andre fylkene, og med mange ulike grupper innen kommunale helsetjenester. Et resultat av FUTT–prosjektet var at rusmisbrukere i hele landet fikk tilbud om gratis tannbehandling fra 2006. Et viktig resultat, konstaterer hun.

I 2005 ble hun ansatt som folkehelserådgiver hos fylkestannlegen, en ganske ny stilling, men et par andre tannpleiere, blant dem Eva Rydgren Krona i Buskerud, hadde brøytet vei og satt allerede i tilsvarende stillinger.

FOLKEHELSEARBEID

– Det ble etter hvert en stor satsning på folkehelsearbeid i Norge. Jeg fikk bruke det jeg hadde av erfaring. Jeg var NTpFs saksbehandler på fagområdet eldretannpleie. Mye skjedde i Hedmark på denne tiden, vi innledet «sukkerkrig» på vegne av barn og unge, hadde stort fokus på viktigheten av vann som tørstedrikk, mattilbudet i kantiner på videregående skoler, og å bygge ut tannhelsetilbudet til rusavhengige, for å ha nevnt noe, sier hun, og er stolt over resultatet:

– På sikt oppnådde vi flotte resultater. Hedmark ligger nå på landstoppen når det gjelder tannhelse, konstaterer hun.

Helt fra hun ble rekruttert inn i NTpF under studietiden, har hun vært aktiv i foreningen. Også etter at hun flyttet til Hedmark, hadde hun ulike tillitsverv.

– Foreningen var Oslo–tung til å begynne med. Etter hvert ble det bedre. Jeg satt i landsstyret for Hedmark og Oppland i fem år, i en periode var NTpF delt i sju regioner, med en representant hver. Jeg har alltid vært medlem og sett nødvendigheten av det. Vi trenger en sterk fagorganisasjon. I en periode var jeg også plasstillitsvalgt i KFO, forteller hun, og fortsetter:

– Jeg var også engasjert i arbeidet med å få tannpleierutdanningen oppgradert til en bachelor–utdanning. Vi møtte opp i Stortinget og drev lobbyvirksomhet mot utvalgte representanter. Senere fikk jeg delta i planlegging av tannpleierutdanningen i Hedmark med bl.a. studieplanarbeid for oppstarten på Elverum.

NTPF VIKTIG FOR UTVIKLINGEN

Men det var ikke bare lett å drive fagforeningsarbeid, mange ganger gikk det tungt i motbakkene.

– Vi har fått til mye, men noen ganger tok det lang tid og ble stående i stampe. Lovfestingen av tannpleierne som kjernekompetanse i kommunene var en lang og hard kamp, for å komme med et ferskt eksempel. Norsk Tannpleierforening har betydd mye for utviklingen, både for etableringen av tannpleierens rolle og arbeidsoppgaver, men også lønnsmessig og for den faglige utviklingen. Benthe Hansen må nevnes som en som har lagt ned et enormt arbeid i alle år. Hun var også den første tannpleier som var leder for utdanningen i Oslo. Før hadde det bare vært tannleger, så det var et viktig steg fremover, konstaterer Seim.

– Når jeg ser tilbake på min tid som tannpleier, er det et voldsomt spenn. Det har vært utfordrende, interessant og lærerikt. Å brøyte vei er krevende, men det er også givende. Foreningsarbeid er likedan. Det skjer ikke noe dersom ingen tar ansvar og stiller opp, så jeg håper det flotte arbeidet som har vært gjort i årenes løp, blir videreført av de yngre medlemmene, avslutter Arnhild Sunde Seim.

Arnhild Sunde Seim fikk tannpleierprisen (Butler–prisen) i 1998, og under fagkonferansen på Hamar i 2017 ble hun utnevnt til NTpFs tredje æresmedlem gjennom tidene. Utvilsomt vel fortjent!

LA OSS GI PASIENTENE ORAL-B`S MEST AVANSERTE OG SKÅNSOMME TANNPUSS

NYE SENSI ULTRATHIN: OVERLEGEN RENGJØRINGSEVNE* OG SKÅNSOM MOT GINGIVA I ET REVOLUSJONERENDE BØRSTEHODE

VANLIG BØRSTESTRÅ

For effektiv fjerning av plakk

ULTRA-TYNN MYKE BØRSTESTRÅ

For en skånsom børsteopplevelse langs gingivalranden

Se og lær mer på **www.oralb.no**

ANBEFALES AV NORSK TANNPLEIERFORENING - NTPF

*vs. en vanlig manuell tannbørste.

© 2016 P&G

Fortsatt god tannpleie etter besøket hos deg

Oral-B

Inger-Lise Bryhni er i en alder av 84 år fortsatt levende opptatt av tannpleierens fag og arbeidsvilkår.

BRENNER FOR INTERNASJONALT SAMARBEID

NTpFs andre æresmedlem gjennom tidene, Inger-Lise Bryhni, er en pioner i det internasjonale samarbeidet. Og hun var en sentral person da IFDH ble stiftet i Oslo i 1986.

Tekst: Anne L. Buvik

I en alder av 84 er Bryhni fremdeles levende opptatt av tannpleiernes virke, både nasjonalt og internasjonalt. Selv var hun opprinnelig utdannet som kontorsekretær og jobbet på kontor i mange år. Som så mange andre ønsket hun etter hvert å skifte yrke, og tok utdannelse som tannpleier i 1976. To år etter ble hun valgt som leder i NTpF. I foreningens første år var ikke veien fra nyutdannet til tillitsvalgt spesielt lang. Foreningen var ung, utdannelsen ny, og ildsjelene var klare til å stille opp med det samme de var uteksaminerte.

I 1978 var foreningen ti år. For å markere jubileet ble det laget et jubileumsnummer av «Tannstikka», som ble startet i 1975, og til å begynne med var en svært enkel publikasjon.

– Vi var en gjeng som jobbet med å få laget et nummer som også skulle bli en døråpner for tannpleierne mot samfunnet og mot helsemyndigheten i Norge. Det lyktes vi bra med. Vi fikk god støtte fra annonsører, slik at vi fikk finansiert publikasjonen. Vi distribuerte nummeret, som presenterte bredt tannpleierens kunnskaper, utdanning og funksjon, overalt hvor vi fant det hensiktsmessig. Og det gav en veldig god effekt. Vi klarte å synliggjøre oss i mange ulike fora, forteller Inger-Lise Bryhni.

Hun var leder av foreningen i fem år – det første året valgt for ett år, og deretter ble funsjonen utvidet til to år, samtidig som foreningen fikk leie kontor av STAFO i Maridalsveien.

BESKYTTE TITTELEN

– Den aller viktigste saken for oss var å få beskytte tittelen «tannpleier». Tidligere kunne nesten hvem som helst kalle seg tannpleier, og til en viss grad utøve faget. Oslo kommune utdannet sine egne «tannpleiere» gjennom et kurs som gikk over 6-8 uker. Slik kunne vi

> *Den aller viktigste saken for oss var å få beskyttet tittelen «tannpleier». Tidligere kunne nesten hvem som helst kalle seg tannpleier*

>>>

Klinikk på Karl Johan i forbindelse med den internasjonale konferansen. Folk strømmet til for å få gratis tannrens.

ikke ha det. Vi hadde blant annet møter ned helsetilsynet og argumenterte for at tittelen måtte beskyttes. Og etter hvert fikk vi gehør. I Oslo ble det gjort en egen vri for de kommunale tannpleierne, som fikk tilbud om en fullverdig utdannelse og fikk halv lønn i utdanningsperioden. Rundt halvparten takket ja til tilbudet, minnes Bryhni.

I foreningens unge år var det aller meste av foreningsarbeidet utført på frivillig basis. Det var mange som stilte opp, Ingen-Lise Bryhni hadde god støtte av sin sekretær Benthe Hansen, dagens fagansvarlige i NTpF. Lønnsforhandlingene var en viktig del av foreningsarbeidet. De fleste tannpleierne var offentlig ansatt, og de som jobbet privat, fulgte gjerne den offentlige tariffen. Lønnsforhandlingene gav dårlig uttelling på grunn av kortere utdanningstid enn de helsegruppene det var naturlig å sammenlikne seg med. Dermed begynte den lange prosessen med å argumentere for en utvidelse av utdannelsen.

– Benthe var en nøkkelperson, en ildsjel som alltid sto på for foreningen. Vi gikk etter hvert over til å bli en reell fagforening, og på slutten av perioden min ble jeg frikjøpt en dag i uken for å drive med foreningsarbeid. Vi sendte regning i etterkant hvis vi hadde utgifter. Så i realiteten drev vi på fritiden, hevder Bryhni.

Hun gikk av som leder i NTpF i 1983. Da var arbeidet med å beskytte yrkestittelen avsluttet med suksess, og hun vendte blikket mot nye oppgaver. Engasjementet gikk i retning av internasjonalt arbeid.

> *Vi satte opp mobile klinikker på gata på Karl Johan, og tilbød publikum tannrens hos tannpleier*

INTERNASJONAL FORENING

- Det som etter hvert skulle bli den internasjonale foreningen, var opprinnelig en slags «samarbeidsgruppe» som var dannet i 1973, «The International Liaison Committee of Dental Hygiene», etablert av medlemmer fra USA, Canada og Japan, sammen med en del europeiske land, blant dem Norge, Sverige og Stor-

britannia. De fleste medlemmene var fra USA og Canada, hvor tannpleierfaget jo har en meget lang historie. Men selv om man var løst organisert, ble det avholdt internasjonale konferanser jevnlig. Et av de første var i Stockholm i 1977 hvor jeg deltok som representant for NTpF. Der ble jeg valgt inn i «The International Liaison Committee of Dental Hygiene», og jeg deltok dermed i alle møtene som ble lagt i forbindelse med konferansene fremover, forteller Bryhni.

Sammen med andre norske deltakere på disse konferansene unnfanget hun en spennende ide: Hva med å avholde konferansen i Oslo i 1986?

– Vi bestemte oss for at dette skulle vi få til – selv om det ikke manglet advarsler og skepsis, smiler Ingen-Lise ved minnet. – Styret i Tannpleierforeningen var ikke overbeviste om at dette var en god ide. Men jeg og Elisabeth Olsen Kolbjørnsen sto på, og fikk etter hvert foreningens godkjenning. Men vi måtte skriftlig garantere for at foreningen ikke skulle lide økonomisk, sier Bryhni.

– Historien sier at du personlig pantsatte huset ditt?

Ingen-Lise Bryhni ler. – Det var vel ikke så langt unna. Min mann brant også for tannpleiernes sak, og var med på notene. Og det var en ivrig gjeng som jobbet kjempegodt, vi var 10-12 stykker som la ned et enormt arbeid på sponsorsiden, og vi fikk veldig god respons. Resultatet var at arrangementet gikk med et stort overskudd og sørget for en flott inntekt til foreningen og som ble til et fond medlemmene kunne søke støtte fra, forteller Bryhni, som bor i huset sitt den dag i dag…

KLINIKK PÅ KARL JOHANS GATE

Rundt 400 tannpleiere fra hele verden kom til Oslo, det ble mottakelse i rådhuset, festmiddag i Holmenkollen og båttur til Bygdøy. Dessuten sørget tannpleierne for å sette sitt preg på Oslo.

– Vi satte opp mobile klinikker på gata på Karl Johan, og tilbød publikum tannrens hos tannpleier. Mange takket ja, og det ble et meget vellykket PR-stunt som fikk mye oppmerksomhet, minnes Bryhni.

Norske og britiske delegater.

Og i løpet av Oslo-konferanse ble det viktige grepet tatt: 28. juni 1986 stiftet tannpleierne stiftet sin internasjonale forening, International Federation of Dental Hygienists. Inger-Lise Bryhni ble valgt inn i styret. Etter hvert avanserte hun til visepresident, og så, i 1995, ble hun valgt til president i IFDH, den første ikke-amerikanske.

– Det var jo en stor ære, og svært interessant. Jeg ble sittende fram til 1998, i tre år, noe som var vanlig i den tiden. Det var mange store og viktige oppgaver, og tannpleierne har ulike utfordringer rundt om i verden. I USA og Japan er yrkesgruppen veldig stor, mens det har vært vanskeligere i andre land. Store nasjoner som Tyskland og Frankrike har ikke tannpleiere, selv om det har kommet en profylakse-gruppe i Frankrike etter hvert. Men tannpleiere slik vi kjenner dem har møtt stor motstand i disse landene. Ellers er det jo stor forskjell på utdanning og oppgaver i ulike land, så det har vært mye å ta fatt i for den internasjonale foreningen, forteller Bryhni.

Inger-Lise Bryhni fra åpningen av den internasjonale konferansen i Oslo i 1986. Hun og mannen stilte personlig økonomisk garanti for å få gjennomført konferansen. Heldigvis gikk det bra! Behandl i gata:

GOD DIALOG

Hun mener tannpleierne i Norge tross en del motstand i begynnelsen har fått god drahjelp, blant annet av helsemyndighetene.

– Vi fikk jo etter hvert beskyttet tittelen, og i min tid som leder hadde jeg også en god dialog med lederen i Tannlegeforeningen. Jeg husker vi satt sammen på en middag en gang, og han sa at han ikke kunne tenke seg at tannpleierne noen gang kunne komme til å etablere egen praksis. Jeg sa meg enig – den gang, smiler Inger-Lise, og konstaterer at >>>

Fra festligheter på Frognerseteren.

På IFDH-konferanse i Sydney, Australia: Hilde Aga og Kari Elisabeth Dahl. Norge er alltid representert på kongressene i den internasjonale foreningen som ble stiftet i Oslo.

Ordfører i Oslo, Albert Nordengen, hilser delegatene på mottakelsen på rådhuset.

verken hun eller den daværende DNT-lederen kunne fremsi utviklingen. - Profesjonskampen var påtrengende både på 80- og 90-tallet. Det samme var tilfellet innen mange andre grupper av helsearbeidere. Det kan være tøft og vanskelig.

– Det var også veldig viktig og helt nødvendig at vi fikk på plass den treårige utdannelsen. Her ble det lagt ned et stort arbeid, og det er vanskelig å se at faget ville hatt den sterke utviklingen uten denne. Det var også nøkkelen til at tannpleieren kunne komme opp på en anstendig lønn. Benthe Hansen og professor Dorthe Holst var pådrivere og skal ha æren for at bachelor-studiet ble en realitet, understreker Bryhni, som etter hvert trappet ned sitt engasjement i foreningsarbeidet, men som likevel fortsatte å følge med og var en ressursperson NTpF kunne nye godt av. Hun jobbet som ledende tannpleier i Bærum offentlige tannhelsetjeneste frem til 2004. de siste fire årene av arebidslivet var hun også lærer på linjen for tannhelsesekretærer ved Bleiker videregående skole. Og hun har fortsatt å delta på nasjonale og internasjonale samlinger.

ÆRESMEDLEM

– Jeg synes fortsatt det er interessant. Og jeg blir jo alltid invitert på Fagkonferansen. Jeg må si jeg er imponert over nivået på denne konferansen. Det er utrolig mange spennende og givende foredrag, sier hun.

I 1999 ble Inger-Lise Bryhni utnevnt til NTpFs andre æresmedlem gjennom tidene, og hun ble også utnevnt som æresmedlem i IFDH. Dessuten mottok hun Butlers tannpleierpris (tilsvarende dagens Tannpleierpris) for sin innsats innen det forebyggende arbeidet.

I en alder av 84 er Inger-Lise Bryhni kvikk og sprek, og fortsatt levende interessert i fagets utvikling.

- Det har vært utrolig mye moro og jeg har mange gode minner. Nå håper jeg bare at en operasjon av et kranglete kne ikke setter en stopper for deltakelsen i jubileumsfeiringen i slutten av mai, sier en litt bekymret Inger-Lise Bryhni.

Det går nok bra. Med eller uten krykker dukker nok NTpFs internasjonale pioner nok opp på Fornebu om en måneds tid!

ANBEFALES AV DE SOM HAR KLART DET

Nicotinell

gsk

ENDELIG RØYKFRI MED Nicotinell®

Reduserer røyksuget. Støtte når du trenger det.

nicotinell.no

Nicotinell® plaster, tyggegummi og sugetablett er legemidler til bruk ved røykeavvenning. Nicotinell® tyggegummi og sugetablett er også hjelpemidler mot nikotinabstinens i røykfrie perioder. Brukes ikke ved graviditet eller amming. Ved alvorlig hjerte- og karsykdom skal Nicotinell® produkter kun brukes i samråd med lege. Nicotinell® produkter inneholder nikotin, og det kan være en viss tilvenningsfare. Les pakningsvedlegget før bruk. Distribueres av GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Norway AS Klaus Torgårdsvei 3, 0372 Oslo. www.nicotinell.no

CHNOR/CHNICOT/0028/16

Hilde Aga har ledet NTpF i åtte begivenhetsrike år.

MED BLIKKET RETTET FREMOVER

Hilde Aga er lederen som får æren av å sitte ved roret i Norsk Tannpleierforening i det foreningen feirer sine første 50 år. Hun har vært tannpleier i snart 40 år og leder i NTpF i åtte år. Her oppsummerer hun fortiden og retter blikket fremover.

Tekst og foto: Anne L. Buvik

Hilde Aga ble ferdig tannpleier i 1979 på Tannpleierutdanningen i Bergen. Etter innsats i lokalavdelingen og i hovedstyret ble hun valgt til leder av foreningen i 2010, og har siden vært leder i 80 % stilling. Hun har beholdt en stilling på 20 % som tannpleier i privat sektor, og har dermed hatt nærkontakt med faget i alle år, også når de fleste dagene har vært tilbragt på kontoret i Lakkegata i Oslo eller på reise for NTpF.

Hovedårsaken til at hun etter hvert engasjerte seg sterkt i foreningen, var bekymring over at tannpleieren og tannpleierens kompetanse ikke ble sett og verdsatt.

- Jeg tok videreutdannelse, og registrerte at vår veiledningskompetanse heller ikke ble sett. Det varierte sterkt hvordan vår kompetanse kom til nytte, sier Hilde Aga, som stilte til valg på benkeforslag i 2010, og ble valgt inn. Grunnlaget for at tannpleieren skulle få en større rolle, var allerede lagt. Lovverket som ble vedtatt i 1984 gav forebyggende virksomhet prioritert fremfor behandling. Dette skulle bety et løft for vår yrkesgruppe.

- Det var først tjue år senere og med Stortingsmeldingen «Resept for et sunnere Norge», som ble lagt frem av daværende helseminister Dagfinn Høybråten, at man fulgte opp intensjonene

NTpF har stand på Nordental. Fra venstre Linda Lüdmann, Hilde Aga og Line Schrøder Karlsen.

Arrangementskomiteen for fagkonferansen i Telemark i 1998.

med aktiv handling, hevder Hilde Aga, og fortsetter:

- Det var da man for alvor snudde tankegangen. Jeg er veldig glad for at denne Stortingsmeldingen kom, den var svært viktig for det forebyggende og helsefremmende arbeidet i Norge og for tannpleierfaget.

INGENTING GRATIS

Hilde Aga hadde vært på hugget lenge før det. Hun jobbet lokalt, og så behovet for tannpleierkompetanse på fylkestannlegens kontor for at fagområdet skulle bli prioritert. Samme argumentasjon for stillingen den gang, blir også brukt i dag.

- Det har vært en positiv utvikling, men vi har ikke fått noe som helst servert på et fat – vi har måttet kjempe oss fremover. Vi har synliggjort verdien av å tenke på en helsefremmende måte. Men det har tatt tid å omgjøre ord til handling. Og vi har fortsatt mye ugjort, understreker hun.

Politikere og embetsverk løftet frem tannpleierne og deres innsats i det forebyggende arbeidet. «Bærekraftige helsetjenester» er blitt et mye brukt begrep. Og bærekraftige helsetjenester er ikke noe man behandler seg fram til.

> *Jeg registrerte at vår veiledningskompetanse ikke ble sett. Det varierte sterkt hvordan den kom til nytte*

Her handler det om forebygging, og en kraftig innsats for å dempe behandlingsbehovet.

Hilde Aga er opptatt av å forsterke og befeste den positive utviklingen i tankegang og prioriteringer:

- Det er veldig positivt at «bærekraftig» nå har plass i samme setning som «forebygging». Her har vi vår plass – både tannpleiere og tannleger, for den saks skyld. Tannpleierne som ressurs er ulikt fordelt rundt om i fylkene. Her må det satses mer, det er en lang vei å gå før forholdet mellom tannpleiere og tannleger er 1:1, slik målet bør være og slik målsettingen er i Sverige.

I Norge har tannpleieren klart å skape seg sin egen plattform. Da tittelen ble beskyttet og tannpleieren fikk autorisasjon i 1999, var det en viktig milepæl. Selvstendig refusjonsrett, som ble vedtatt i 2013, er en annen. Man kan også nevne den vellykkede kampen i 2017 for å få tannpleieren inn som lovfestet helsepersonell i kommunen ved eventuell overføring av tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen.

MÅ VÆRE OFFENSIVE

Stort sett har det gått fremover, selv om det har tatt tid og mange kamper har vært harde og krevende. Hva så med fremtiden? Hilde Aga er klar på at det ikke holder å konsolidere stillingen:

- Vi er nødt til å videreutvikle oss, og vi må holde oss faglig oppdaterte og være i forkant. NTpF må fortsatt satse på videreutdanning. Geriatri kommer til å bli et stort fagområde, og vi må styrke kompetansen vår i dette faget. Samtidig skal man ha helt klart for seg at det er i barneårene at gode vaner etableres. Jeg er glad for retningslinjene for kosthold i barnehager, der samarbeid med tannhelsetjenesten når det gjelder tannpuss i barnehagen, er tema. Det er et enkelt, billig tiltak. Vi skal ikke glemme de

>>>

Stortingspolitiker Ruth Grung, Ap, møtte tannpleierne på ledersamling i 2017.

unge i alt fokus på de eldre, understreker Hilde Aga.

Fokus på helse skal ikke bli mindre når barna kommer i skolen.

- Det er flott med vedtaket om mer fysisk aktivitet. Nå venter vi på et vedtak om mat. Mange videregående skoler har fått kantiner med et godt utvalg av sunn mat, og har fått vanndispensere. Men det er fortsatt skoler uten, her er det en jobb som må gjøres.

Et sårbart punkt når det gjelder tannhelse, er overgangen de unge får fra å få gratis tannhelsetjenester til å skulle betale selv.

- De unge er som oftest i en sårbar fase økonomisk, og da er det lett å droppe dette. NTpF har lansert et forslag for å gjøre overgangen lettere: En gratis tannhelsekontroll hvert annet år, med påfølgende kommunikasjon omkring helsefremmende tiltak og god munnhelse. Dette skal være gratis fram til 26 år. Dermed kan god tannhelse og tannhelsevaner, som er etablert, føres videre. Det er opp til den enkelte å følge opp kontrollen, men de får i hvert fall noe gratis, hevder Hilde Aga.

NTpF har gitt innspillet videre til Blankholm-utvalget, og man er spent på hvordan det vil bli mottatt.

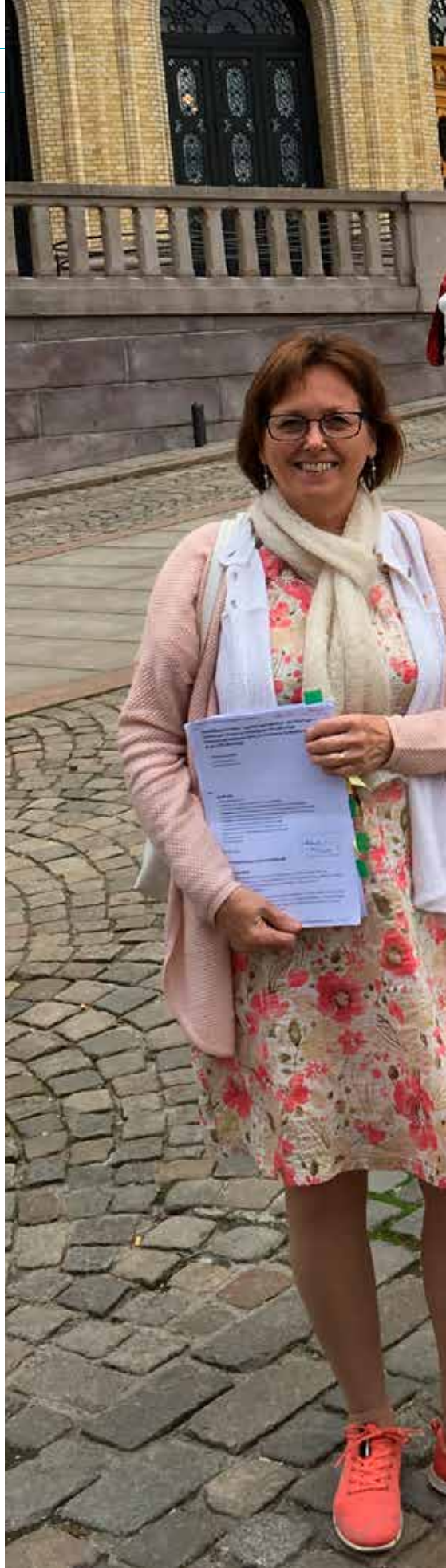
- Dette forslaget vil gi en klar helsegevinst. Mange politikere vil ha gratis tannbehandling til voksne. Men det er viktig å huske at behandling ikke likestilles med god tannhelse, påpeker hun.

- Historisk sett hadde tannpleierne en assistentrolle overfor tannlegen. Dette ble borte da vi fikk autorisasjon. Vi er autonome i vår yrkesutøvelse. Vi er to ulike grupper. Tannpleiere er ikke tannleger, og tannleger er ikke tannpleiere. Det er en styrke. Samhandling mellom de to gruppene er til det beste for pasienten, understreker Hilde Aga.

- Hvordan ser du på det som mange omtaler som en profesjonskamp mellom tannpleiere og tannleger?

> *Mange politikere vil ha gratis tannbehandling til voksne. Men det er viktig å huske at behandling ikke likestilles med god tannhelse*

Fagansvarlig i NTpF, Benthe Hansen og Hilde Aga utenfor Stortinget i fjor. En av flere viktige politiske kamper var kronet med hell.



Det er viktig at det finnes reelle karrieremuligheter for yrkesgruppen, som også vil gi muligheter for lønnsutvikling

– Vi utfyller hverandre. Det er faktisk vi som yrkesgruppe eller som fagorganisasjoner som påvirker pasientene, og vi skal være bevisst hva vi sier eller unngår å si om hverandre, sier Hilde Aga, og har et realistisk og avdempet forhold til noe mange opplever som en konflikt.

Hun er likevel klar på at historien ikke bare er preget av idyll. Etter at den første tannpleierutdanningen ble etablert i 1924, ble den nesten omgående lagt ned da tannlegene fryktet konkurranse. Men nesten hundre år senere bør denne konflikten være lagt død.

- Hva med utdanningen; det hevdes at det utdannes alt for mange tannleger for fremtidens behov?

- Dette er en utfordring for helsemyndighetene. Det er deres oppgave å se til at det utdannes helsepersonell som skal fylle behovene i fremtidens samfunn.

Fokus for tannpleierne skal og må være på eget fag.

KOMMUNIKASJON MED POLITIKERE

- Tannpleierne må ta eierskap til sitt eget yrke. Man må selv brenne for det, og selv sørge for at man er faglig oppdatert. Det må satses på videreutdannelse og forskning på eget fagfelt. Det er viktig for at vi skal kunne levere gode nok tjenester. Da blir vi også etterspurte som helsepersonell. Dette er en problemstilling vi skal ta på største alvor, hevder Hilde Aga alvorlig.

Det er politikerne som til sjuende og sist fatter avgjørelsene om hvordan Helse-Norge skal se ut i fremtiden. Hilde Aga vedgår at tannpleierne tidligere ikke var godt nok kjent i det politiske Norge. Men de siste to års kamp for å lovfeste tannpleieren som kjernekompetanse har endret på dette.

- Vi møtte politikerne i mange fora, vi hadde aktiv kontakt med Helse og omsorgskomiteen og andre stortingspolitikere, og det har skapt en økt bevissthet om vår profesjon. Vi skal være på flest mulig arenaer. Det er også svært viktig at vi er synlig lokalt. Det er gledelig at flere tannpleiere starter egen praksis som gjør at yrkesgruppen etablerer seg på ulike arbeidsarenaer. Men vi skal være synlige der vi har mulighet, understreker Hilde Aga.

Snakker vi først om fremtid, er det naturlig å runde av med tanker om karrieremuligheter for tannpleiere.

Vi har fått videreutdanning, master i helsefremmende arbeid og muligheter for forskning og PhD.

- Det er viktig at det finnes reelle karrieremuligheter for yrkesgruppen, som også vil gi muligheter for lønnsutvikling. Der har vi sett fremskritt. Men jeg ser for meg en nødvendig opptrapping. Vi trenger tannpleiere i embetsverket, i lederstillinger, som en selvsagt del av TOO-team, med mer. Tannpleierne må være der for at fagområdet skal bli sett. Representasjon av fagpersonell skaper oppmerksomhet om faget. Det er gledelig å konstatere at vi har kommet langt, og ser frem til videre positiv utvikling for yrkesgruppen og satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, avslutter Hilde Aga.

Hun har ledet NTpF i åtte år, og står på valg på landsmøtet 1. juni.

Men først skal det feires!

delta | UAVHENGIG SIDEN 1898

www.delta.no
Tlf: 02125

Deltas rabattavtaler

Deltas medlemmer kan benytte seg av en rekke fordeler både i YS og i Delta. Mange medlemmer sparer inn hele kontingenten ved å benytte seg av tilbudene.

MEDLEMSKORT

YS medlemskort
Medlemskort og betalingskort
YS tilbyr deg medlemskort, med MasterCard, gratis.

Medlemsfordeler med MasterCard:
- Høy sparerente fra første krone
- Gunstig kredittreserve
- Kan brukes i hele verden
- Gebyrfrie varekjøp
- Gebyrfri nettbank
- Ingen årsavgift

American Express
Tjen opp EuroBonus.
Ekstrapoeng* på alt du kjøper.

Dra raskere på din drømmereise:
- Ingen medlemsavgift det første året, deretter bare 90 kroner i året
- 1 000 EuroBonus Ekstrapoeng ved kontoopprettelse
- 10 EuroBonuspoeng per 100 kroner belastet kortet
- Reiseforsikring og kjøpsforsikring

BANK OG FORSIKRING

Gjensidige

Forsikring for medlemmer
- Innboforsikring
- Gruppelivsforsikring
- Familieulykke
- Skadeforsikringer med rabatt

Bank for medlemmer
- De beste vilkårene Gjensidige Bank kan tilby
- Sparing og pensjon – på konto og i fond

For unge medlemmer
Bilforsikring med 15 % tilleggsrabatt for deg under 30 år. Start-pakken, en gunstig forsikringspakke for unge voksne med BSU-konto med rentefordel i Gjensidige Bank.

Kontakt Gjensidige:
Tlf: 03100 eller
www.gjensidige.no/ys

Fullstendig informasjon om medlemsfordeler finner du på www.delta.no

BENSINKORT

Som medlem i YS, får du fra første kilometer:

- 50 øre rabatt pr liter drivstoff – på pumpepris!
- 20 prosent rabatt på bilvask!
- 15 øre rabatt pr liter på fyringsolje!
- Du kan velge din egen PIN-kode! Når PIN-koden er valgt, sender vi deg kortet per post.
- Søk om Esso-kort

STRØM

Gudbrandsdal Energi

YS tilbyr medlemmene "grønn" strøm gjennom sin spotavtale med Gudbrandsdal Energi.

Strøm til innkjøpspris
Avtalen innebærer at YS-medlemmene får kjøpt strømmen til innkjøpspris pluss merverdiavgift. I tillegg kommer det et fastbeløp på kr 55 pr. mnd inklusive mva, pr. målepunkt.

LEIEBIL

AVIS

YS og Avis Bilutleie har inngått en avtale om leiebiltjenester. Avtalen gjelder i Norge.

Ring Avis på tlf. 815 33044.
Oppgi YS sitt AWD nr. X199101 (rabattnummer) ved telefon-henvendelse.

STRØM

Scandic

Comfort QUALITY Clarion
CHOICE HOTELS SCANDINAVIA

THON HOTELS

Få gode tilbud på hotellovernatting i Norge, Sverige, Danmark og Finland gjennom Delta/YS-avtalene med **Scandic Hotels, Thon Hotels, Nordic Choice Hotels, Vestlia Resort og Highland Lodge**.

Kontakt hotellet for tilbud. Det er varierende priser i løpet av året.

Rabattkoden som må oppgis til hotellet, finner du på lenken. NB! Du må være innlogget.

BIL OG VERKSTED:

Mekonomen

Benytt deg av rabatter og tilbud hos Mekonomen i butikk og verksted for bil.

KONTAKT

Spørsmål vedrørende YS medlemsfordeler kan stilles til:

Heidi Briskodden
E-post: heidi.briskodden@ys.no
Tlf. 926 88 339

Tore Holme
E-post: tore.holme@ys.no
Tlf. 911 23 413

delta DIREKTE 02125

Delta Direkte er et medlems-tilbud til medlemmer og tillitsvalgte. Få svar på yrkes-, lønns- og medlemsrelaterte spørsmål alle hverdager fra 08-20. Kontakt oss når det passer deg best. Ring **02125**.

Delta Direkte svarer deg på:
- Spørsmål om lønn, tariff, ferie og permisjon
- Spørsmål om yrkeskarriere og utdanning/videre-utdanning
- Spørsmål om medlemskap

MEDLEMSFORDELER:

Fullstendig informasjon om medlemsfordeler finner du på www.delta.no

48.210.E.PDF.1509.web.Frost

UiT Norges arktiske universitet, Institutt for klinisk odontologi ved Det helsevitenskapelige fakultet, lyser ut stilling for førsteamanuensis/førstelektor/ universitetslektor i tannpleie.

Søknad sendes gjennom Jobbnorge, se utlysning der.

Søknadsfrist: 22. mai 2018

For informasjon forøvrig vennligst kontakt førsteamanuensis Linda Stein, tlf: 971 57 257 e-post: linda.stein@uit.no / instituttleder Arne Christer Ullbro, tlf: 406 28 644 e-post: christer.ullbro@uit.no

«FINN DIN TANNPLEIER»

På NTpFs publikumsside www.tannpleier.no finnes oversikten over tannpleiere under knappen «Finn din tannpleier». Vi minner om at det er tannpleieren selv som må sørge for å legge inn sin kontaktinformasjon i oversikten, samt å holde den oppdatert. Administrasjonen i Oslo har ikke muligheter for å sjekke og ajourføre opplysningene på eget initiativ! Derfor: Send endringen til NTpF via vår e-postadresse: ntpf@delta.no. Informasjonen oppgis slik:

Navn
Klinikknavn
Adresse
Telefon
Epost
Fylke

Takk for hjelpen! Denne tjenesten er kun tilgjengelig for medlemmer i NTpF!

Er du på nett med Norsk Tannvern?

LAST NED SUKKERKLOKKA – GRATIS I 3 VERSJONER

Print ut og laminer, så har du den liggende på skrivebordet ditt

Norsk Tannvern®
www.tannvern.no

tannstikka

tidsskrift for
Norsk Tannpleierforening

UTGIVER
Norsk Tannpleierforening
Postboks 9202 Grønland
0134 Oslo
Besøksadresse
Lakkegata 23, 3. etasje
Tlf. 904 74 117 / 21 01 36 50
E-post: ntpf@delta.no
www.tannpleier.no

ABONNEMENT
kr. 600 pr. år, utland kr .700
Gratis for medlemmer

REDAKSJON
Ordkløveriet, Holmsdalen 14,
1634 Gamle Fredrikstad,
an-buvik@online.no.

REDAKTØR
Anne L. Buvik
an-buvik@online.no
95966151

FAGMEDARBEIDER:
Benthe Hansen, tlf 951 33 580, epost:
Benthe.Hansen@delta.no

REDAKSJONSMEDLEMMER
Ragnar Håkstad, lokalavd. Troms
Tlf. 99562223
ragnar.hakstad@tromsfylke.no,

VARAMEDLEM:
Sonni McKenzie, lokalavd. Hedmark
Tlf. 97477921
sonnimckenzie@hotmail.com,

ANNONSER
Linda Ludmann, NTpf
E-post: ntpf@delta.no
Tlf. 90 47 41 17

MATERIELLFRIST
Nr. 3 2018: 29. mai

FORSIDEBILDE
FOTO: SHUTTERSTOCK

LAYOUT
cathrines cmykeri
chfuglei@gmail.com
Mob: 90 78 09 01

TRYKK
Merkur Grafisk AS

Merkur grafisk er godkjent som svanemerket bedrift.

Merkur grafisk er PSO-sertifisert
Vi tar kvalitet på alvor!

Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT

Norsk Tannpleierforenings styre 2014–2018

Lakkegata 23, 3. etasje
P.b. 9202 Grønland, 0134 Oslo,
Tlf 904 74 117/21 01 36 50
(kl.9-15),
ntpf@delta.no, Kontonr:
9235 15 58409

LEDER
Hilde Aga
Lillepers 20
3744 Skien
Mobilnr: 92062416
(tirsdag – fredag)
(hjemmekontor fredager)
hilde.aga@delta.no
Lokalavdeling: Telemark

NESTLEDER
Trude Aalberg Haugsdal
Platousgate 29, 0190 Oslo
Tlf. 93252486
haugsdaltrude@gmail.com

STYREMEDLEM
Anne-Mai Nilssen
Postboks 592, 9256 Tromsø
Tlf a 46 44 75 89
Mob 92 09 90 43
annemai.nilsen@gmail.com
Lokalavdeling: Troms

STYREMEDLEM
Britt Elise Sønnesyn
Lunnamyri 33, 6856 SOGNDAL
Tlf. 90824034
britt.sonnesyn@sfj.no

STYREMEDLEM
Kristin Holtan Saga
Tlf a 90 87 52 98
Tlf p 35 06 10 50
kristinsaga@hotmail.com

1. VARAMEDLEM
Liv Tveit Eigeland
Eikeland, 4790 LILLESAND
Tlf. 99232173
liv.eigeland@hotmail.com

2. VARAMEDLEM
Monica Håland
Veldevegen 35,
4262 AVALDSNES
Tlf. 91684722
monicahaa@gmail.com

NTPFs ADMINISTRASJON
Kontorleder
Linda Ludmann,
tlf. 904 74 177,
epost: ntpf@delta.no

Fagutvikler Benthe Hansen,
tlf 951 33 580,
epost: Benthe.Hansen@delta.no

IFDH REPR
Anne-Mai Nilssen
annemai.nilsen@gmail.com

Hilde Aga
hilde.aga@delta.no

NTpFs lokalavdelingsledere 2017

FINNMARK
Turid Digre
Tlf. 90564477
finnmark-tpforening@outlook.com

TROMS
Silje Kristin Hansen,
Tlf p 99 38 88 25
silje.k.hansen@tromsfylke.no,

NORDLAND
Kristin Iversen
Tlf p 917 11 887
Tlf a 75 65 50 80
kirsten.iversen@nfk.no

NORD-TRØNDELAG
Kirsten Karlsen
p 99 29 16 60
kirsten.karlsen@ntfk.no

SØR-TRØNDELAG
Maryanne Ørsleie
tlf. 98 05 04 37
ntpf.sortrondelag@gmail.com

MØRE OG ROMSDAL:
Linn Katarina Mælen
tlf. 40485522 linn.katarina.
melen@mrfylke.no

SOGN OG FJORDANE
Liv Hjørdis Ullaland
Mail: liv.hjordis.ullaland@sfj.no
Tlf: 97151631

BERGEN OG HORDALAND
Bente Bakke
Tlf p 920 43 522
Tlf a 55 11 83 80/
56 57 03 50
bente.bakke@hfk.no

ROGALAND
Katrine Høyvik Bergum
Tlf 95 28 96 97
ntpf-rogaland@hotmail.com

VEST-AGDER:
Kirsti Merete Helgesen
tlf. 93645602 Kirstihelgesen@
hotmail.com

AUST-AGDER
Andrianomena
Rasamizafimanantsoa
E-postadr.:
ntpf.avd.aust-agder@hotmail.com
Mobil: 48 25 73 96

TELEMARK
Lotte Auestad
Tlf: 93832102
Mail: Lotte.auestad@gmail.com

VESTFOLD
Svanhild Botnen
tlf. 92011779
svanbotn@online.no

OSLO OG AKERSHUS
Amanda Dalila Sahnoun
Tlf 45 21 96 13
ntpfavdosloogakershus@gmail.
com

HEDMARK
Inger Haugen
Tlf 99 72 38 85
inger.haugen@hedmark.org

BUSKERUD
Hilde Stenhaug
tlf. 93262308
hilde.stenhaug@bfk.no

ØSTFOLD
Leder: Zohra Sakhi
E-postadr.: zohras@ostfoldfk.no
Mobil: 92 52 69 67

OPPLAND
Sofia Resander
E-postadr.:
sofiaresander@hotmail.com
Mobil: 47 17 21 06

5 GRUNNER TIL Å ANBEFALE ZENDIUM TIL DINE PASIENTER:

1 STYRKER MUNNENS NATURLIGE FORSVAR

Munnen er fantastisk. Den har et eget, naturlig system av enzymer og proteiner som beskytter mot karies og tannkjøttproblemer. Zendium støtter bestanddeler i spyttet og **styrker munnens naturlige forsvar.**

2 MED ENZYMER OG PROTEINER

Zendium inneholder de samme **enzymer og proteiner** som munnen bruker til å bekjempe bakterier. Zendium bidrar til et **balansert mikrobiom.***

3 UTEN SLS (SODIUM LAURYL SULPHATE)

Zendium inneholder ikke SLS som er et skummingsmiddel som er kjent for å virke lokalirriterende og som endrer smaksoppfattelsen. Den lavtskummende konsistens gjør Zendium **velegnet for selv de mest følsomme** munner.

4 MILD OG EFFEKTIV

Zendium bidrar til rene tannoverflater. Hver gang du pusser tennene med Zendium får du ekstra styrke** til å bekjempe årsakene til karies, tannkjøttproblemer og sensitivitet.

5 TIL Å STOLE PÅ

Zendium er #1 tannkrem som norske tannleger stoler på.***

* Refererer til bakterier som er knyttet til sunt tannkjøtt og som ble merkbart endret i en klinisk studie over 14 uker med 102 forsøkspersoner.
**Øker spyttets beskyttende effektivitet mot bakterier vs en standard fluortannpasta.
***Undersøkelse utført blant 604 tannleger i Skandinavia 2017, Ipsos

No.1 Trusted Brand by Dentists in Scandinavia**

** Based on a survey completed in 2017

Norsk NTpF Tannpleier-Forening

zendium
STYRKER MUNNENS EGET FORSVAR