

Tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten i Norge sine kunnskaper, utfordringer og erfaringer med pasienter med leppe-kjeve og ganespalte

PROSJEKTOPPGAVE FOR INTEGRERT MASTER I ODONTOLOGI

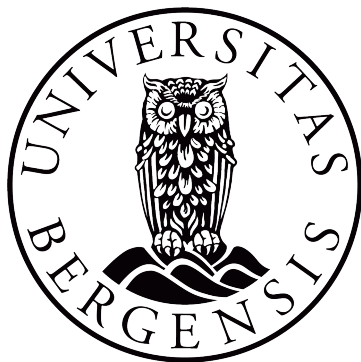
Skrevet av stud. odont. Olaug Orten Trovåg og stud. odont. Rajitha Sathiaroopan

Veileder Paul Kåre Sæle
Kjeveortoped, LKG-team, Bergen, TKVestland

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

Mars 2021



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Vest / Hordaland

Innholdsfortegnelse

Abstract	4
<i>Background</i>	4
<i>Material/Methods</i>	4
<i>Results:</i>	4
<i>Summary/Conclusion:</i>	4
Sammendrag:	5
<i>Bakgrunn</i>	5
<i>Mål</i>	5
<i>Material/metode</i>	5
<i>Resultater</i>	5
<i>Konklusjon</i>	5
1. Introduksjon	6
1.1 <i>Spaltepasienter</i>	6
1.2 <i>Spaltepasienter og tannstatus</i>	7
1.5 <i>Tannhelsetjenesten i Norge</i>	10
2. Materialer og metode	11
2.1 <i>Innsamling av data</i>	11
2.2 <i>Etikk og etisk godkjenning</i>	12
2.3 <i>Studiens spørsmål</i>	12
2.4 <i>Demografisk informasjon</i>	13
2.5 <i>Kunnskap, erfaring og utfordringer ved LK/G-pasienter</i>	13
2.6 <i>Utdanning og klinisk trening</i>	13
2.7 <i>Dataanalyse</i>	14
3. Resultater	14
3.1 <i>Demografi</i>	14
3.2 <i>Erfaring</i>	15
3.3 <i>Kunnskap</i>	16
3.4 <i>Utfordringer</i>	16
3.5 <i>Behov for ytterligere utdanning innen LK/G behandling</i>	17
4. Diskusjon	17
4.1 <i>Material og metode</i>	17
4.2 <i>Demografi</i>	18
4.3 <i>Erfaring</i>	18
4.4 <i>Kunnskap</i>	18
4.5 <i>Utfordringer</i>	19
4.6 <i>Pasientgruppens behandlingsbehov</i>	19

<i>4.7 Behov for mer utdanning</i>	21
<i>4.8 Sluttkommentar</i>	22
5. Konklusjon	22
<i>Takk</i>	27
6 Referanser	30

Abstract

Cleft lip and palate (CL/P) are the most common category of birth defects in the head- and neck area. The background for this study was to investigate dental health personnel in Norway experiences, challenges and knowledge of patients born with CL/P, and whether there is a desire for further education to be able to offer the best possible treatment to this group of patients. This is a collaborative project between Oral health Centre of Expertise in Western Norway, and the institution of clinical odontology at the University of Bergen, and is the first study in Norway with this issue.

Background: No earlier studies about dental personnel's knowledge about patients born with cleft lip and/or palate.

Aim: To investigate dental health personnel's knowledge, experience and challenges with CL/P patients. Furthermore, to see if there is a desire for further education to give this group of patients the best possible treatment.

Material/Methods: A study questionnaire was sent to all dentists, dental hygienists and dental specialists employed in the public dental health service in Norway.

Results: 18.8% of dental professionals have never treated patients with clefts. The majority (77.4%) had experience with 1-19 patients, while only a small proportion (3.8%) had experienced with more than 20 patients. The majority (82.1%) of the respondents believe that CL/P patients have a special dental abnormality, but 59.4% meet challenges when treating this group of patients compared to patients without clefts. Dental personnel report a need for further clinical training (52.7%) or theoretic education (81.2%) to provide proper treatment to CL/P patients.

Summary/Conclusion: Dental health personnel in the public dental health service in Norway have knowledge of CL/P patients, but half of the respondents are not able to answer basic questions about the development of clefts. The respondents showed a varying degree of experience. Majority of respondents believe patients with CL/P have more need for dental treatment with different challenging issues compared to patients without clefts. Dental personnel reported a need for further education to provide proper treatment to CL/P patients.

Sammendrag:

Orale spalter er den mest hyppige forekommende kategori av fødselsdefekter i hode-hals-området. Bakgrunnen for denne studien var å kartlegge tannhelsepersonell i Norge sine erfaringer, utfordringer og kunnskap om pasienter med LK/G spalte, og om det er ønske om ytterligere utdanning for å tilby best mulig behandling til denne pasientgruppen. Dette er den første studien i Norge med denne problemstilling, og et samarbeidsprosjekt mellom Tannhelsens kompetansesenter Vestland, Vestland fylkeskommune og IKO Universitetet i Bergen.

Bakgrunn: Manglende studier om tannhelsepersonells kunnskap om LK/G-pasienter.

Mål: Å kartlegge tannhelsepersonells kunnskap, erfaring og utfordringer med spaltepasienter. Videre å se om det er ønske om ytterligere utdanning for å gi denne pasientgruppen best mulig behandling.

Material/metode: Spørreskjema sendt til alle landets tannleger, tannpleiere og spesialister ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten i Norge.

Resultater: 18,8% av tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten i Norge har aldri hatt en pasienter med LK/G i tannlegestolen. Flertallet (77,4%) hadde erfaring med 1-19 pasienter, mens kun en liten andel (3,8%) hadde erfaring med flere enn 20 pasienter. Majoriteten (82,1%) av respondenter mener LK/G- pasienter har et spesifikt dentalt avvik, men 59,4% mener det er utfordringer med behandling av denne pasientgruppen sammenlignet med pasienter uten spalte. Det er et ønske blant tannhelsepersonell både om mer klinisk trening (52,7%) og teoretisk undervisning (81,2%).

Konklusjon: Tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten i Norge har kunnskap om LK/G-pasienter, men omtrent halvparten av respondentene kunne ikke besvare spørsmål om utvikling av spaltepasientgruppen. Respondentene rapporterte om varierende grad av erfaring med denne pasientgruppen. Pasienter med LK/G spalte har et større behov for tannbehandling enn pasienter uten spalte, og det er et ønske om ytterligere undervisning blant tannhelsepersonell for å kunne yte et bedre tannhelsetilbud.

1. Introduksjon

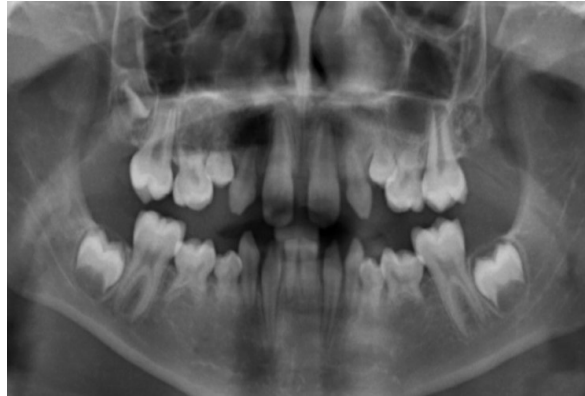
1.1 Spaltepasienter

Orale spalter er den mest hyppige forekommende kategori av fødselsdefekter i hode-halsområdet. Forekomsten internasjonalt varierer mellom 1-2 per 1000 levendefødte (1-5). I Norge fødes det 100-130 barn med ulike spaltetyper årlig som gir en forekomst på 1.9/1000 (6, 7) Årsaken til denne misdannelsen er fortsatt ukjent, men mye tyder på at genetiske faktorer spiller en viktig rolle (8, 9). Man tror at mange ulike gener og miljøfaktorer i kombinasjon kan medføre spalte. Årsaken sies dermed å være multifaktorell. Ofte kommer spalter med kognitive utfordringer eller andre mer alvorlige problemstillinger som kromosomavvik eller syndrom (9). Feragen et al (10) sitt studie fra 2013 blant norske spaltepasienter viste at 40% av utvalget hadde minst en medisinsk eller kognitive problemstilling i tillegg til spalten, og 7% måtte ekskluderes fra studien på grunn av en alvorlige utviklingsforstyrrelse som gjorde standard undersøkelse umulig å gjennomføre. Dette er faktorer som vil påvirker muligheten til å tilby en tannbehandling av høy kvalitet. Som for andre misdannelser, er arv også her en predisponibel faktor for å få spalte (11). Dersom foreldre får ett spaltebarn, øker risikoen for at flere av barna får spalte. Enkelte ytre faktorer har man sett har en tilknytning til utvikling av LK/G-spalter. Eksempler på dette er røyking, enkelte medisiner, f.eks. mot epilepsi eller alvorlig akne, eller folatmangel. (12, 13)

Studier av spaltepasienter viser en stor variasjon av ansiktstrekk og forekomst av dentale avvik (14, 15). Den typiske spaltepasient har ofte en redusert vekst av mellomansiktet som medfører underbitt, og flere dentale avvik som agenesier, tappformede tenner, overtallige tenner og bitt avvik sammenlignet med populasjon uten spalte (14, 16-20). Studier blant den skandinaviske populasjon uten spalter viser en forekomst av agenesier på omtrent 6%, og bittavvik med behandlingsbehov blant omtrent 25% (21, 22).

Sæle et al (19) gjennomførte i 2017 en undersøkelse av 980 6 år gamle barn med forskjellige spalter som tilhører senter for LK/G ved Tannhelsens kompetansesenter Vestland i Bergen. Studiene avdekket både kvantitative og kvalitative dentale avvik, samt avvikende okklusjonsforhold blant pasienter med alle former av spalter (Fig 1 og 2). Funnene viste en statistisk signifikant høyere andel tannavvik enn hos befolkningen uten spalte. Blant pasienter med enkeltsidige totalspalter hadde flere enn halvparten (58%) en eller flere agenesier, og 35% hadde underbitt. Disse resultatene er bekreftet i flere studier i andre spaltepopulasjoner

(16, 18, 20, 23). Konklusjonen fra disse studiene er at spaltepasienter trenger tettere oppfølging av tannhelsepersonell og behov for betydelig mer tannbehandling fra alle deler av tannhelsetjenesten.



Figur 1: Multiple agenesier

Foto: Paul K. Sæle



Figur 2: Pasienter med enkeltsidig spalte Overtallig tann regio 22

Foto: Paul K. Sæle

1.2 Spaltepasienter og tannstatus

Som nevnt i forrige avsnitt, har ofte spaltepasienter kvantitative og kvalitative dentale avvik som gir utfordringer for tannhelsepersonell. En systematisk gjennomgang av 22 forskjellige studier utført på spaltepasienter ble presentert av Worth i 2017 (24). Konklusjon fra de inkluderte studiene viste at individer med LK/G- spalter hadde høyere karies forekomst både i melke- og i det permanente tannsett (Fig 3). I en studie fra New Zealand fra 2020 (23) ble det funnet høyere kariesprevalens (49,6%) hos 5-åringer med spalte enn ellers i befolkningen

(40,4%). Hos 12-åringene i den samme studien fant man en lik kariesprevalens hos spaltepasienter og pasienter uten spalte. En samlet konklusjonen fra disse studiene er at forebyggende arbeid bør prioriteres høyt ved behandling av pasienter med LKG-spalte.



Figur 3. Karies pasient med LK/G. Foto Paul K. Sæle

Reisberg presenterte i sin studie fra 2000 (25) et historisk tilbakeblikk på behov for protetiske tannerstatninger blant pasienter med LK/G spalte. I denne studien belyses det at det har skjedd en stor endring av kunnskapen og administrering av den medisinske behandling av denne pasientgruppen. Denne utvikling av behandlingsprotokoll og at tannhelsen generelt har endret seg de siste 50 år, har minimert behov for protetiske tannerstatninger. Men på grunnlag av de multiple tannproblemstillinger, er det fremdeles behov for protetiske løsninger som i mange tilfeller er av kompliserte konstruksjoner som best løses av tannhelsepersonell med spesialkompetanse innen protetik (Fig 4).

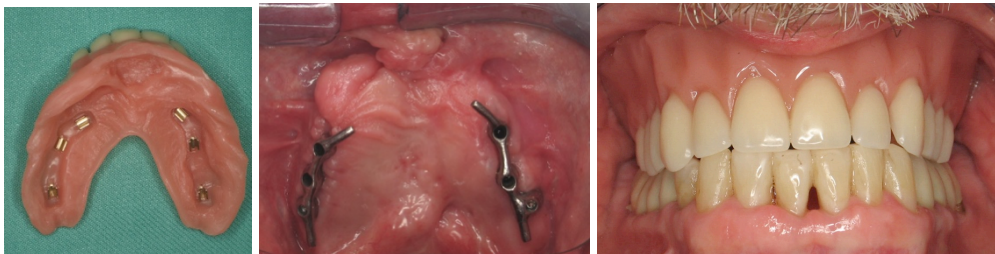


Fig 4. Komplisert proytetisk konstruksjon ved LK/G spalte. Foto Kjell Størksen.

Flere studier (26, 27) har vist at allmennpraktiserende tannleger er usikre når det kommer til behandling av LK/G-pasienter, og at flere ønsker mer kunnskap rundt denne pasientgruppen. Disse studiene har satt lys på hvordan allmennpraktiserende tannleger best skal ivareta spaltepasienter, og når det er mest hensiktsmessig å henvise eller samarbeide med spesialister for å forbedre omsorgen og hjelpen disse pasientene mottar.

En ser at kjeveortopedisk behandling av LK/G-pasienter kan gi flere utfordringer enn blant andre pasientgrupper (28-31). Spaltepasienter trenger ofte mer omfattende kjeveortopedisk

behandling i tillegg til kirurgiske inngrep og taletrening (32). Dette gir større behov for retensjon for å unngå residiv av behandlingsresultat (Fig 5). Mange av spaltepasiertene bruker ofte avtagbare plater eller limte retensjonstråder resten av livet for å bevare resultatet. Særlig de limte retensjoner som står i mange år kan medføre økt risiko for tannkjøttsbetennelse og/eller karies (26). Studier viser at kariesprevalensen målt i DMFT/DMFS generelt er høyere hos pasienter med spalte, både i det primære og det permanente tannsettet (30). De ulike utfordringene og risikofaktorene som følger med spaltepasiertene, gjør det spesielt viktig med god dialog og tett samarbeid mellom de sentraliserte spalte-teamene og lokal tannhelsetjeneste for å ivareta en best mulig oral helse og omsorg til denne pasientgruppen (29).



Fig 5 Før og etter kjeveortopedisk behandling av pasient med LK/G. Foto Paul K.Sæle

Vår studie ønsker å avdekke om tannhelsepersonell i offentlig sektor i Norge besitter en slik kunnskap om problemstillinger som finnes blant pasienter med LK/G-spalte.

1.3 Patogenese

Orale spalter skyldes manglende sammensmelting av det laterale og det mediale nesefremspring og maksillærfremspringene, som til vanlig finner sted mellom 5. og 11.fosteruke. Spalter kan deles inn tre hoveddeler; 1. leppespalte 2. ganespalte og 3. leppe-kjeve-ganespalte. Leppespalter (LK) innebærer spalte i den primære gane, som kan være leppe og kjevekam inntil foramen incisivum. Ved ganespalte (G) er det spalte i den sekundære gane, som kan innebære både den harde og bløte gane. Leppe-kjeve-ganespalter (LKG) er dermed spalte både i den primære og sekundære gane. En kan ha både enkelt- og dobbeltsidige spalter. Samtidig kan det innenfor de ulike gruppene være store variasjoner i størrelse og utstrekning. Et eksempel på dette er at leppespalter kan begrense seg til kun leppen, men også involvere kjevekammen i tillegg (Fig 6).



Fig 6. Isolert leppespalte og LK/G spalte

1.4 Det norske system vedrørende oppfølging av spaltepasienter.

Spaltepasienter i Norge blir fulgt opp fra fødselen til voksen alder av et tverrfaglig LKG-team i Oslo eller i Bergen. Det tverrfaglige teamet er satt sammen av kjeveortoped, plastikk-kirurg, øre-nese-hals-lege, barnelege, logoped, psykolog, sosionom og sykepleier. Samtlige pasienter som blir operert i Bergen blir kalt inn informasjonsmøte for foreldre i første levemåned og til fellesklinikk ved 6- og 16-årsalder. Da blir pasientene undersøkt av de fire spesialistene som er mest involvert i behandling av spaltepasienter. Kjeveortopeden undersøker tenner, tannstilling og ansiktets vekstforhold. Plastikk-kirurgen undersøker ansiktets estetikk, grad av arrdannelser, orale slimhinnens tetthet og ganens funksjon. Logopeder undersøker talens kvalitet vedrørende uttale og grad av hypo- og hypernasalitet. Øre-nese-hals-legen undersøker hørsel og nasal luftpassasje. Ved disse fellesklinikker legges plan for videre oppfølging som da enten vil skje ved klinikken i Bergen eller lokalt ved hjemsted. Alvorlighetsgrad av spalten vil avgjøre hyppighet av konsultasjoner og omfang av behandling.

1.5 Tannhelsetjenesten i Norge

Det følger av Tannhelsetjenestelovens formålsparagraf at tannhelsetjenesten i Norge har som mål å fremme den orale helsen i befolkningen og sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Samtidig skal tannhelsetjenesten spre opplysning om og øke interessen for hva enkeltpersoner og samfunnet kan gjøre for å fremme oral helse, jf. Tannhl. § 1-2.

Tannhelsetjenesten har hatt en positiv utvikling gjennom årene. På midten av 1800-tallet var det 7 tannleger i Norge som fikk løyve fra Regjeringen til å drive virksomhet. I 1928 ble Tannlegehøyskolen opprettet. Deretter kom universitetene; først i Oslo og deretter i Bergen i 1962. De første tannlegene som jobbet i Norge, jobbet privat, men det ble allerede fra begynnelsen av 1900-tallet etablert en offentlig tannpleietjeneste. Den økte interessen rundt tannpleien førte til at det etter hvert ble behov for lover som regulerte virksomheten. Fra den gang, til den dag i dag, har det vært en stor utvikling i tannhelsen.

Den offentlige tannhelsetjenesten, "DOT", blir i dag styrt av "Lov om tannhelsetjenesten" (tannhelsetjenesteloven), heretter tannhl. som er regulert av Helse-og omsorgsdepartementet. Det følger av tannhl. § 1-1 at det er fylkeskommunen som skal sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle som bor og oppholder seg i fylket. DOT har etter tannhl. § 1-3 en prioriteringsliste (A-E) som setter barn og ungdom fra fødsel til det året de fyller 18 år i første rekke (gruppe A). Neste i rekken er psykisk utviklingshemmende. Deretter kommer C-gruppen med eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Disse nevnte gruppene får all nødvendig tannbehandling dekket. Prioriteringsgruppe D innehar ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. Disse må betale 25% av utgiftene selv. Resten betaler det offentlige. Sist kommer andre grupper som fylkeskommunen har valgt å prioritere. Et eksempel her kan være rusmiddelbrukere. Det står skrevet i tannhelsetjenesteloven at "Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud" til disse gruppene, jf. tannhl § 1-3 første ledd. Dersom det er kapasitet i klinikkene kan en velge å behandle andre voksne, men disse blir da prioritert sist. Denne andelen utgjør bare 5% av befolkningen. Når voksne har fylt 18 år må de selv sørge for å tilkalle en klinikk, ofte da privat, for oppfølging og behandling. Disse må da betale behandlingen selv. Det finnes likevel såkalte innslagspunkt som gjør at dersom en har en av 15 ulike sykdommer, tilstander eller skader, kan man ha krav på støtte fra HELFO etter folketrygdens regler (Folketrygdloven). Beløpene kan dekkes med enten refusjonstakst eller honorartakst. En av disse tilstandene er LKG-spalte, og utgiftene dekkes etter honorartakster. Da er det en forutsetning at dersom behandling utført av tannlege utenfor sykehus skal skje, at pasienten er henvist fra sentraliserte LKG-team og at behandling har direkte relasjon til spalteproblematikken.

2. Materialer og metode

2.1 Innsamling av data

Vår studie er en tverrsnittsundersøkelse som inkluderer alle tannpleiere og tannleger som jobber i den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. Et informert samtykke og et elektronisk spørreskjema ble sendt til alle mottakerne for å undersøke deres kunnskap, erfaringer og utfordringer ved å behandle pasienter med LK/G-spalte. SurveyXact, et digitalt verktøy for spørreskjema utviklet av Ramboll (Surveyxact.com) distribuerte og samlet inn data fra oktober 2019 til februar 2020. Påminnelser ble sendt 3 ganger til ikke-responderer etter den

første utsendingen av spørreskjemaet. Veileder (PKS) hadde ansvaret for kommunikasjonen med SurveyXact og transkripsjonen av dataene til Excel og videre til SPSS.

2.2 Etikk og etisk godkjenning

Studien ble forelagt regional etisk komite og det ble konkludert at studien ikke var fremleggingspliktig for REK (vedlegg 1). Godkjenning ble deretter innhentet fra NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD i 2017, id#53108)(vedlegg 2). Konfidensialiteten til deltakerne ble opprettholdt ved å oppbevare personopplysninger i en egen fil, og bare prosjektlederen har tilgang til disse dataene.

Alle ble tilsendt et samtykkeskjema sammen med spørreskjema. Ved å besvare spørreskjema ble dette regnet som aksept for å delta. Deltakernes svar på spørreskjema ble kodet etter nummer. Spørreskjema og kommunikasjon mellom avsender og mottaker ble formidlet gjennom SurveyXact. Data lagres på server med dobbel autentiseringskode som kun veileder har tilgang til. På grunnlag av nye GDPR regler må arbeidsgiver gi tilgang til ansattes epost adresser. Alle fylkestannleger ble derfor informert om studien i en forelesning holdt av veileder (PKS) i april 2019 på Gardermoen på et fylkestannlegemøte. Tilgang til eposter til alle landets offentlige tannleger og tannpleiere ble deretter gitt av hver enkelt fylkestannlege.

2.3 Studiens spørsmål

Studiens spørsmål ble adaptert fra et eksisterende validert instrument utviklet for å vurdere tannhelsepersonellens erfaring med å behandle pasienter med ulike særlige behov (33). Spørsmål ble oversatt og revidert for å passe den aktuelle pasientgruppen. Et ekspertpanel bestående av erfarne tannklinikere og akademikere gikk gjennom alle spørsmål sin relevans. Mindre revisjoner av antall spørsmål, ordlyd og design ble foretatt basert på tilbakemeldingene. Spørsmålene ble deretter videreutviklet etter en pilotstudie på 15 tannhelsepersonell, blant dem 10 tannleger og 5 kjeveortopedene. Tre av de fem kjeveortopedene var medlemmer av et nasjonalt LK/G-team. Dataene som ble samlet inn fra deltakerne i pilotstudien ble senere ekskludert fra studien. Spørreskjemaet hadde en utkrysningsdesign, og var konstruert med lukkede spørsmål besvart enten ja-nei eller flervalgssvar. Responsen på noen av spørsmålene ble gitt som ja (1) og nei / jeg vet ikke (0), og noen elementer ble målt på en fempunkts Likert-skala fra 1, er helt enig, til 5, veldig uenig.

Deltakerne hadde mulighet for å legge til skriftlige kommentarer. Anslått tid til å svare på spørreskjemaet var 15 minutter.

2.4 Demografisk informasjon

Spørreskjemaet karakteriserte deltakerne basert på utdanning og demografisk karakteristika som inkluderte kjønn, alder og uteksaminerings år.

2.5 Kunnskap, erfaring og utfordringer ved LK/G-pasienter

Kunnskap blant tannhelsepersonell om leppe-kjeve-gane-patogenesen, utvikling av spalter og forskjellige tannavvik som er spesifikke for denne pasientgruppen sammenlignet med pasienter uten spalter, ble undersøkt. Kunnskapen om utvikling av en spalte, ulike andre tann- og medisinsk diagnose knyttet til LK/G ble scoret som ja, og nei/jeg vet ikke. Videre ble kjennskap til det norske LK/G-systemet undersøkt, samt hyppigheten av kontakt med LK/G-teamet eller andre helseinstitusjoner.

Spørreskjemaet samlet data om erfaringene, inkludert antall år som tannlege/tannpleier, totalt antall pasienter som ble behandlet per år, og hvor mange spaltepasienter de har behandlet i løpet av sin karriere.

Tannhelsepersonell med erfaringer med LK/G pasienter ble deretter spurt om forskjellige utfordringer ved pasientbehandling. Dette ble spesifisert til utfordringer av teoretisk eller teknisk art, eller samarbeidsproblemer med mer tidsforbruk i tannlegestolen.

Tannleger uten erfaring med å behandle denne pasientgruppen ble spurt om mulige utfordringer de kunne komme til å møte med å behandle spaltepasienter sammenlignet med pasienter uten spalte.

2.6 Utdanning og klinisk trening

Spørreskjemaet fokuserte videre på om grunnutdanningen forberedte respondentene på å håndtere LK/G-pasienter. Studien undersøkte behovet for videre teoretisk undervisning eller klinisk trening med hensyn til behandling av denne pasientgruppen. Disse variablene ble rangert i en fempunkts skala fra helt enig (1), enig (2), usikker (3), uenig (4) til veldig uenig (5). Disse dataene ble så dikotomisert til 1 enig (1-2) og 2 uenig (3-5).

2.7 Dataanalyse

Prøvestørrelsen ble ikke betegnet fordi studien hadde som mål å inkludere alle tannhelsepersonell i offentlig tannhelsetjeneste i Norge. Dataene ble analysert ved bruk av SPSS versjon 24 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Beskrivende statistikk inkludert frekvens og prosentandel for kategoriske variable ble beregnet. Analyse ble gjennomført ved bruk av krysstabellering (*sammenligne funn, f.eks kjønn med erfaring, eller yrke /tannlege/tannpleier med kunnskap*)

3. Resultater

3.1 Demografi

Alle de 1670 tannpleierne og tannlegene som arbeider i offentlig tjeneste i Norge, fikk tilsendt et digitalt spørreskjema og fikk forespørsel om å delta i studien. Sekstini prosent (1152) svarte på undersøkelsen, og tretti prosent (518) responderte ikke selv etter 3 påminnelser (tabell 1). I den videre presentasjon av resultater har vi ekskludert de som ikke har respondert.

Tabell 1, 2 og 3 viser fordeling av respondenter på yrke, alder og kjønn. Blant respondentene var 768 (66.7%) tannleger, 335 (29.1%) var tannpleiere og 49 (4.3%) var spesialist utdannede tannleger. Respondentene hadde et klart flertall av kvinner (n=961 / 84,3%). Fordeling blant kvinnene var 63 % tannleger, 33.7% tannpleiere og 3.2% er spesialist utdannede. Blant menn (n=179) var kun 5 tannpleier og resterende var tannleger (n=157) eller spesialister (n=17).

Aldersmessig er de fleste respondentene i fra aldersgruppen i 30-39 år (37,1 %), 24,4 % mellom 40-49 år, 17 % av 50-59 åringer, 12,2 % av 20-29 åringer og lavest andel respondenter var fra gruppen 60-69 åringer med en svarprosent på 9,4 %.

Det mannlige tannhelsepersonellet (n=179) har størst svarandel med 38% (68) i alderen 30-39 år, 19,6% (35) av respondenter i aldersgruppen 60-69 år, 17,9% (32) i aldersgruppen 40-49 år, 15,6% (28) i aldersgruppen 50-59 år, og 8,9% (16) respondenter i gruppen 20-29 år.

For kvinner var det flest respondenter i gruppen 30-39 (som for menn), 243 respondenter i gruppen 40-49 år, 163 i aldersgruppen, 50-59 år, 124 i aldersgruppen 20-29 år og 71 respondenter i aldersgruppen 60-69 år.

Tabell 3 viser av at tannleger er flest respondenter i aldersgruppen 30-39 år (43%) og med færrest respondenter i aldersgruppen 60-69 år.

Tannpleiere har flest respondenter i alderen 40-49 år (27,1 %) og har færrest respondenter i alderen 20-29 år.

Spesialister har flest respondenter i aldersgruppen 40-49 år (36,7%) og færrest respondenter i aldersgruppen 20-29 år.

3.2 Erfaring

Tabell 4 og 6 beskriver antall år med yrkeserfaring for tannhelsepersonell i den norske offentlige tannhelsetjenesten og antall pasienter med LK/G spalte gjennom yrkeskarrieren. Totalt var 404 (35%) tannhelsepersonell utdannet før 2000, mens 746 var utdannet i år 2000 og senere (65%). Tabell 4 viser at det blant tannleger (n=765) var 29,4% (225) utdannet før 2000 og 70% (540) utdannet i år 2000 eller senere. Blant tannpleier var 46,8% (156) utdannet før 2000 og 53,2% (177) utdannet etter år 2000. 42,8% (21) spesialister utdannet seg før år 2000 og 57% (28) spesialister etter år 2000.

21,3 % av tannhelsepersonell i undersøkelsen (243) behandler eller undersøker 1000 eller flere barn under 18 år i året. Mens 17,7% (202) tannhelsepersonell behandler mellom 0-249 barn under 18 år.

I forhold til antall LK/G pasienter har 203 (18,8 %) tannhelsepersonell i undersøkelsen aldri hatt en pasient fra denne pasientgruppen. 540 (50%) respondenter har sett 1-5 LK/G-pasienter, og det er kun 12 (1,1%) respondenter som har sett eller behandlet 50 eller flere pasienter med LK/G i deres yrkeskarriere.

Tabell 6 viser videre respondenter sin erfaring med LK/G pasienter fordelt på yrke. Av responderende tannleger har 168 (23 %) aldri sett en spaltepasient, 543 (74,8%) har sett 1-19 pasienter og 14 (2%) tannleger har sett 20 eller flere pasienter med LK/G- spalte.

Blant tannpleiere har 30 (9,8%) ingen erfaring, 260 (84,9%) respondenter har erfaring med 1-19 pasienter og 16 (5%) respondenter har erfaring med over 20 LK/G- spalte pasienter. 5 (10%) spesialister har ingen erfaring, 30 (65%) spesialister har erfaring med 1-19 pasienter og 11 (23%) har erfaring med over 20 eller flere pasienter med LK/G spalte.

3.3 Kunnskap

Tabell 7 beskriver svar på spørsmål om kunnskap om pasientgruppen med LK/G spalter. Majoriteten av respondentene (82%) er enig i at spaltepasienter har spesielle dentale avvik sammenlignet med pasienter uten spalte.

Blant tannlegene var 82,4% (n= 593) enig om at det var spesielle dentale problemer, blant tannpleiere svarte 79,5% (n=241) ja og blant spesialistene svarte 95,7% (n=44) ja til spørsmålet om LK/G pasienter har spesielle dentale avvik.

En stor andel (52.4%) av tannhelsepersonell i undersøkelsen opplyste at de ikke kunne svare på årsaken til utvikling av en spalte hvis de fikk spørsmål om dette av foresatte eller pasienter med spalte.

Inndeling av yrkesgrupper viser at 55% tannleger, 25% av tannpleieren og 82.6% av spesialistene rapporterte om kunnskap om årsaken til utvikling av spalte.

Mer enn halvparten av respondentene (59,6%) mente at denne pasientgruppen har behov for hyppigere innkallinger til kontroll av tenner. Tabell 5 viser fordeling mellom yrkesgrupper og 56,3 % tannlegene, 66,3 % tannpleierne og 66,7 % spesialistene ja til dette spørsmålet.

3.4 Utfordringer

Mer enn halvparten (59,4 %) av tannhelsepersonell svarte at det er utfordringer med pasienter med LKG- spalte sammenlignet med pasienter uten spalte..

Tabell 8 viser at fordelt på yrkesgrupper svarte 60% tannleger, 53,3% tannpleier og 86,6% av spesialistene ja på dette spørsmålet.

I spørreundersøkelsen ble det stilt spørsmål om hva slags utfordringer tannhelsepersonell opplever med LK/G-pasienter. Problemstillinger som gjentok seg var plassmangel og feilstilling av tenner som vanskeliggjorde renhold, og økt risiko for karies grunnet

utfordringer med renhold. Det ble også nevnt at flere i denne pasientgruppen hadde angst og vegret seg for behandling grunnet omfattende behandlingshistorikk. Utfordringer med spalte som ikke er lukket, var en kommentar som ble gjentatt flere ganger. Å ta røntgenbilder, avtrykk, få tilgang grunnet liten munn og arrvev, var andre kommentarer som ble nevnt av tannhelsepersonell.

3.5 Behov for ytterligere utdanning innen LK/G behandling

Tabell 9 viser behovet for ytterligere utdanning, både som teoretisk undervisning og som praktisk trening. Flere enn halvparten av respondentene (52,7 %) rapporterte om et behov for mer klinisk trening for behandling av LK/G-pasienter. Blant tannleger var det 50,3% (n=354) , blant tannpleiere 58,6% (n=171) og blant spesialistutdannede tannleger var det 53,3% (n=24) som har svart ja på dette spørsmålet.

Fordelt på yrkesgrupper var det 568 (81,4%) tannleger, 246 tannpleier (83,7%) og 28 spesialister (62,2 %) som rapporterte at de hadde behov for mer teoretisk undervisning.

4. Diskusjon

4.1 Material og metode

Vår tverrsnittsundersøkelse inkluderte alle tannleger og tannpleiere som jobber i den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. Sekstini prosent (1152) svarte på undersøkelsen som gir en akseptabel styrke av funn fra vår studie. De resterende, 518 responderte ikke selv etter 3 påminnelser (tabl 1) og kan selvfølgelig ha avvikende svar som kunne ha gitt andre konklusjoner fra vår studie. Studiens varighet var fra oktober 2019 til februar 2020 med 3 påminnelser, og gav dermed respondentene tilstrekkelig tid å svare på undersøkelsen. Blant respondentenes kjønn var majoriteten kvinner og blant yrke var det flest tannleger. Konfidensialiteten til deltakerne ble opprettholdt ved å oppbevare personopplysninger i en egen fil, og bare prosjektlederen hadde tilgang til disse dataene. Data ble lagret på server med dobbel autentiseringskode som kun veileder hadde tilgang til, og personopplysninger og anonymitet ble på denne måten ivaretatt.

4.2 Demografi

Med funn fra vår studie kan en konkludere med at kvinneandelen utgjør majoriteten av de ansatte i offentlig tannhelsetjenesten i Norge. Tannpleiere er i hovedsak kvinner, majoriteten tannleger er kvinner, men en større andel av tannhelsepersonell som spesialiserer seg er menn. Haslach (34) bruker i sin studie fra 2018 begrepet «feminization of the dental field» som beskriver utvikling opp mot 70% kvinneandel på tannlegeskoler rundt i verden. Historisk sett har det alltid vært majoritet av kvinnelige tannpleiere, men nå er det en utvikling mot økt kvinneandel også blant tannleger, som også reflekteres i vår studie fra den offentlige tannhelsetjenesten i Norge.

Vår studie har et utvalg som viser en jevn aldersfordeling av offentlig tannhelsepersonell. Det er en arbeidsplass bestående av både unge nyutdannede og eldre som nærmere seg pensjon. Majoriteten er i en alder som har erfaring og samtidig mange yrkesaktive år igjen.

4.3 Erfaring

Demografisk analyse (pkt 4.2) beskriver en jevn aldersfordeling av respondentene der hoveddelen av de ansatte i den offentlige tannhelsetjenesten er i aldersgruppen 30-49 år. De aller fleste respondentene i undersøkelsen har behandlet 1-19 LKG-pasienter i sin yrkeskarriere. Antall tannhelsepersonell med erfaring med 20 eller flere pasienter er lavt. Tallene viser at flertallet av tannhelsepersonell har hatt ingen eller relativt begrenset mengde erfaring med LKG-pasienter i deres yrkeskarriere. Dette er funn både blant tannleger og tannpleiere, og en konsekvens av at det er relativt få individer som er født med spalte. Majoriteten tannleger og tannpleiere vil likevel ha en eller flere spaltepasienter i tannlegestolen i løpet av sin karriere, og da er det viktig å være forberedt.

4.4 Kunnskap

Majoriteten av tannhelsepersonell var enige om at det var spesielle dentale problemer hos LK/G-pasienter, sammenlignet med en pasient uten spalte. I en tidligere studie blant 1000 pasienter ved senter for LKG i Bergen (19) ble det rapportert betydelig flere kvalitative og kvantitative tannavvik blant spaltepasienter enn hos befolkningen ellers. Tidligere studier (19, 26, 35, 36) beskriver at en pasient med spalte har behov for betydelig mer tannbehandling og

må følges rutinemessig fra ung alder. Mer enn halvparten av respondentene i vår studie var enig i dette, og anbefalte hyppigere innkallinger enn hos pasienter uten spalte.

Halvparten av respondentene hadde kunnskap om utvikling av en spalte og kunne forklare dette for foreldre og for pasienten. Det er et vanskelig og ikke avklart tema om den eksakte årsak til utvikling av spalte, og det trenger derfor ikke være en svakhet i kunnskapsnivå blant respondentene.

4.5 utfordringer

Majoriteten av tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten i Norge rapporterte at det er større og andre utfordringer å behandle pasienter med LK/G- spalte sammenlignet med pasienter uten spalte.

Respondentene hadde mulighet til å beskrive utfordringer hos denne pasientgruppen sammenlignet med pasienter uten spalte. Problemstillingene som ble beskrevet gjentatte ganger var utfordringer med renhold grunnet feilstilling, bittavvik, plassmangel og trangstillinger. Dette fører videre til økt kariesaktivitet hos flere pasienter i denne pasientgruppen sammenlignet med pasienter uten spalte. Det blir også nevnt at perioder med mye behandling, kan være årsaken til at renhold blir neglisjert. Dette er barn som har gjennomgått mye behandling fra tidlig alder og er noe en må ta hensyn til ved behandling av LK/G-pasienter. «Behandlings- trøtthet», vegring for behandlingssituasjon grunnet mange sykehusopphold er faktorer som må tas til etterretning og som ble beskrevet av flere av respondentene som en utfordring når pasienten satt i tannlegestolen.

En annen utfordring som blir tatt opp er håndtering av vann for kjøling hos pasienter som ikke har lukket spalte eller hos pasienter med åpning mellom munn til nese (oronasal fistel).

Avtrykk til protetisk erstatninger vil også være vanskelig i en slik situasjon.

Pasienter som har gjennomgått lukking av spalte kan ha arrvev, som skaper utfordringer for pasient og behandler i en behandlingssituasjon. Det er derfor viktig å tilrettelegge behandling på en forsvarlig og skånsom måte som gjør pasienten trygg.

4.6 Pasientgruppens behandlingsbehov

Flertallet av respondentene i vår studie, uavhengig av utdanning mener det er behov for hyppigere innkalling av pasienter med LKG-spalte enn andre pasientgrupper. Årsak til dette behovet for tettere oppfølging er respondentenes kjennskap til at pasienter med spalter har

flere dentale problemstillinger som gir et behov for mer tannbehandling sammenlignet med normalbefolkningen (17, 19, 20). Ved agenesier kan dette løses på flere behandlingsmåter. Tidligere ble løsningen oftest protetik, men siden behandlingsprotokoller og den orale helse har endret seg, har også behandlingstilbudet endret seg (25). I dag er det mulighet å løse utfordring med agenesi kjeveortopedisk lukkelukking som vist i figur 7 eller implantatbehandling (figur 8, 9). Når pasientene har kvalitative tannavvik, for eksempel med tapptenner, kan dette løses med konserverende eller protetisk behandling (Figur 10, 11, 12).



Fig 7 Pasient med ganespalte og agenesi av 12 og 25. Problemstilling løst med kjeveortopedisk lukkelukking. (foto Paul K. Sæle)



Fig 8 Pasient med LKG-spalte og agenesi av 12. Problemstilling løst med kjeveortopedi, implantat og protetik. (foto Paul K. Sæle)

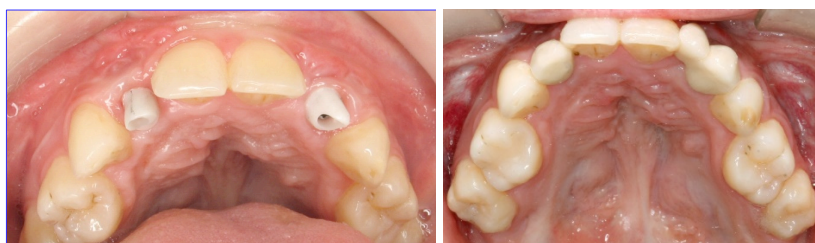


Fig 9 Pasient med LKG-spalte og agenesi av 15,14,12,22,24,25. Problemstilling løst med kjeveortopedisk lukkelukking, implantat og protetik. (foto Kjell Størksen / Paul K. Sæle)



Fig 10 Pasient med ganespalte og tapptenner 12 og 22. Problemstilling løst med kompositt. (foto Paul K. Sæle)



Fig 11 Pasient med LKG-spalte og agenesi av 12,22, og dårlig kvalitet 11 og 21. Problemstilling løst med kjeveortopedisk lukelukking og protetik. (foto Kjell Størksen / Paul K. Sæle)



Fig 12 Pasient med LKG-spalte, opprinnelig underbitt og agenesi av 12, og dårlig kvalitet 11 og 22. Problemstilling løst med kjeveortopedi, implantat og protetik. (foto Kjell Størksen / Paul K. Sæle)

4.7 Behov for mer utdanning

Resultatene våre viser tydelig et behov for mer utdanning innad dette feltet av odontologien. De fleste tannleger, tannpleiere og spesialister var enige om at de så behov for mer utdanning for å behandle denne pasientgruppen da de har et større og ofte mer omfattende

behandlingsbehov. Gallagher (26) beskriver i sitt studie fra 2020 behovet for økt kunnskap og ferdighet blant tannleger i behandlingen av pasienter med LK/G spalte. Utvalget i vår studie bekrefter dette, og har samtidig ønske om ytterligere forbedring av teoretisk kunnskap og tekniske ferdigheter for å yte best mulig behandling til pasienter med LK/G.

4.8 Sluttkommentar

Forekomsten av orale spalter er kun 1-2 av 1000 nyfødte per år(6), men likevel vil de fleste tannleger og tannpleiere få en eller flere av disse pasientene i sin tannlegestol gjennom sin yrkeskarriere. Spaltepasienter utgjør en heterogen gruppe med store individuelle forskjeller, men generelt sett er behandlingsbehovet mye større enn hos befolkningen uten spalte (19, 25). Det er ikke bare viktig for helsepersonell å vite hva pasientene har vært gjennom av operasjoner, inngrep og tannbehandling, men også hvilken psykisk påkjenning dette har vært. Pasientene har gjennomført minst én kirurgisk leppe-/ganeoperasjon, og medisinsk oppfølging fra fødsel. Oppfølging av tannhelsetjenesten vil ofte innebære omfattende kjeveortopedi samt konserverende og protetisk tannbehandling grunnet medfødte tannavvik. Kjeveortopedisk behandling kan det være lukelukning eller justering av trangstillinger eller feilstillinger av tenner. I tilfeller av tapptenner eller agenesiser kan tannbehandling være kunstige tannerstatninger med konserverende behandling eller implantater og protetik. Det er altså som følge av det medfødte tannavvik behov for betydelig mer tannbehandling sammenlignet med normalbefolkningen.

Det er viktig å vite om det totale helsebildet til spaltepasientene. Pust, hørsel og tale er problemstillinger som kan være affektert denne pasientgruppen, i tillegg behovet for kirurgiske justeringer. Den plastisk kirurgiske og behandlingen av tenner er viktige estetiske elementer som er viktig for livskvaliteten til flere av pasientene. Tverrfaglig samarbeid er således viktig for optimal behandling av LK/G-pasientgruppen.

5. Konklusjon

Vår studie avdekket at tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten i Norge har kunnskap om pasienter med LK/G, men halvparten av respondentene kunne ikke svare på grunnleggende spørsmål om utvikling av en spalte. Det er varierende grad av erfaring hos respondentene i vår studie, men undersøkelsen viser at majoriteten av tannhelsepersonell vil få 1-19 LK/G- pasienter i tannlegestolen i løpet av sin yrkeskarriere. Tannhelsepersonell i vår

studie rapporterte at det er dentale utfordringer med LK/G- pasienter, da denne pasientgruppen har et mer omfattende tannavvik og dermed økt behov for oppfølging og behandling sammenlignet med normalbefolkningen. Vår studie viser behov for ytterligere utdanning innen denne del av tannhelsetilbudet, som også bekreftes av at flertallet av respondentene ønsker ytterligere teoretisk undervisning og praktisk trening for å gi denne pasientgruppen best mulig behandling.

Tabell 1
Utdannelse, antall besvarelser fra hver av de tre gruppene

Utdannelse	Frekvens	Prosent	Valid prosent	Kumulativ prosent
Tannlege	768	46	66,7	66,7
Tannpleier	335	20,1	29,1	95,7
Spesialist	49	2,9	4,3	100
Totalt	1152	69	100	

Tabell 2
Kjønn og utdannelse

Utdannelse	Tannlege	Tannpleier	Spesialist	Totalt
Mann	157 (87,7%)	5 (2,8%)	17 (9,5%)	179 (100%)
Kvinne	604 (63%)	323 (33,7%)	31 (3,2%)	958 (100%)
Totalt	761 (66,9%)	328 (28,8%)	48 (4,2%)	1137 (100%)

Tabell 3
Utdannelse og aldersfordeling

Utdannelse	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Totalt
Tannlege	98 (12,9%)	327 (43%)	171 (22,5%)	105 (13,8%)	60 (7,9%)	761 (100%)
Tannpleie	42 (12,7%)	80 (24,1%)	90 (27,1%)	77 (23,2%)	43 (13%)	332 (100%)
Spesialist	0	17 (34,7%)	18 (36,7%)	11 (22,4%)	3 (6,1%)	49 (100%)
Totalt	140 (12,3%)	424 (37,1%)	279 (24,4%)	193 (16,9%)	106 (9,3%)	1142 (100%)

Tabell 4
Utdannelse og utdannet år

Utdannelse	Utd. før 2000	Utd .2000 og senere	Totalt
Tannlege	225 (29,4%)	540 (70,6%)	765 (100%)
Tannpleie	156 (46,8%)	177 (53,2%)	333 (100%)
Spesialist	21 (42,8%)	28 (57%)	49 (100%)
Totalt	402 (35%)	745 (65%)	1147 (100,0%)

Tabell 5
Hypigere innkallinger og utdanning

		Tannlege	Tannpleier	Spesialist	Totalt
Hypigere innkallinger	Ja	397 (56,3%)	195 (66,3%)	30 (66,7%)	622 (59,6%)
	Nei	308 (43,7%)	99 (33,7%)	15 (33,3%)	422 (40,4%)
Totalt		705 (100%)	294 (100%)	45 (100%)	1044 (100,0%)

Tabell 6
Antall pasienter med LK/G sett gjennom yrkeskarrieren

Erfaring	Tannleger	Tannpleier	Spesialister	Totalt
Antall LK/G pas behandlet				
0	168 (23,2%)	30 (9,8%)	5 (10,1%)	203 (18,8%)
1-19	543 (74,8%)	260 (85%)	30 (65%)	833 (77,3%)
>20	14 (2%)	16 (5%)	11 (23,9%)	41 (3,8%)
Totalt	725 (100%)	306 (100%)	46 (100%)	1077 (100%)

Tabell 7
Kunnskap om LK/G pasienter

Kunnskap	Tannleger	Tannpleier	Spesialister	Totalt
Har LK/G pas spesielle dentale avvik				
Ja	593 (82,4%)	241 (79,5%)	44 (95,7%)	878 (82,1%)
Nei	127 (17,6%)	62 (20,5%)	2 (4,3%)	191 (17,9%)
Totalt	720 (100%)	303 (100%)	46 (100%)	1069 (100%)

Tabell 8**Utfordringer med behandling av LK/G pasienter**

Utfordringer med LK/G pasienter	Tannleger	Tannpleier	Spesialister	Totalt
Ja	423 (60%)	158 (53,3%)	39 (86,6%)	620 (59,3%)
Nei	282 (40%)	138 (46,7%)	6 (13,3%)	426 (40,7%)
Totalt	705 (100%)	296 (100%)	45 (100%)	1046 (100%)

Tabell 9**Behov for ytterligere teoretisk undervisning og praktisk trening**

Behov for ytterligere utdannelse innen LK/G behandling	Tannleger	Tannpleier	Spesialister	Totalt
Teori: Ja	568 (81,4%)	246 (83,7%)	28 (62,2%)	842 (81,2%)
Teori: Nei	130 (18,6%)	48 (16,3%)	17 (37,8%)	195 (18,8%)
Totalt	698 (100%)	294 (100%)	45 (100%)	1037 (100%)
Praktisk trening: Ja	354 (50,3%)	171 (58,6%)	24 (53,3%)	549 (52,8%)
Praktisk trening: Nei	349 (49,7%)	121 (41,4%)	21 (46,7%)	491 (47,2%)
Totalt	703 (100%)	292 (100%)	45 (100%)	1040 (100%)

Takk

Vi ønsker å rette en stor takk til veilederen vår, Paul Kåre Sæle, for inspirasjon til denne prosjektoppgaven, og all hjelp vi har fått underveis. Han har vært tilgjengelig til enhver tid med støtte, motivasjon og oppfølging. Vi vil også takke ham for innhenting av data via SurveyXact, forskningsmaterieell og illustrasjoner som vi har fått god nytte av i vår studie ellers.

Ikke fremleggingspliktig

Frå post@helseforskning.etikkom.no
Til manal.mustafa@iko.uib.no
Dato 2016-12-05 10:55
Prioritet Normal

VÅR REF. NR.: 2016/2130

Prosjekttittel: "Oral helse blant barn med leppe- ganespalte: Foresattes tilfredshet og tannhelsepersonell i Vest-Norge sine erfaringer "

Prosjektleder: Manal I. Mustafa Sharafeldin

Til Manal I. Mustafa Sharafeldin.

Jeg viser til framleggingsvurdering innsendt 22.11.2016. REK vest ved sekretariatet vurderte saken. Formålet med studien er beskrevet som følger i vedlagt

prosjektplan:

"To investigate oral health status among Norwegian barn with CL/P and their parents' knowledge regarding oral care. Furthermore to study the parents satisfaction with dental health service provided to their children at their local clinics or centrally by the CLP team in Bergen. Moreover to evaluate the experience and the challenges that faced dentists/dental hygienist during treatment of CLP patients."

Vurdering

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf. hfl § 2. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. hfl § 4. Etter sekretariatet sin vurdering så er ikke formålet med dette prosjektet ny kunnskap om helse og sykdom, men heller foreldrene sin kunnskap om feltet og tilfredshet med tjenesten. Du trenger dermed ikke søke REK.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Vær også oppmerksom på at dersom du skal samle inn personopplysninger, så må prosjektet klareres med Personvernombudet for forskning.

Med vennlig hilsen
Øyvind Straume
seniorkonsulent

post@helseforskning.etikkom.no T: 55978497

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)
<http://helseforskning.etikkom.no>



Paul Sæle
Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vest
Årstad Veien 21
5009 BERGEN

Vår dato: 02.06.2017

Vår ref: 53108 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.02.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53108	<i>Oral helse blant barn med leppe- ganespalte: Foresattes tilfredshet og tannhelsepersonell i Vest-Norge sine erfaringer</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest (TK Vest), ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Paul Sæle</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.06.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

– Norsk senter for forskningsdata AS
– Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfågres gate 29
NO-5007 Bergen, NORWAY

Tel: +47-55 58 21 17
Faks: +47-55 58 96 50

nsd@nsd.no
www.nsd.no

Org.nr. 985 321 884

Vedlegg 2

6 Referanser

1. Bellis TH, Wohlgenuth B. The incidence of cleft lip and palate deformities in the south-east of Scotland (1971-1990). *Br J Orthod*. 1999;26(2):121-5.
2. Borno HT, Hussein EA, Dudin A, van Aalst JA. Incidence of cleft lip and palate in the palestinian territories: a retrospective study from the Makassed Hospital neonatal unit. *Cleft Palate Craniofac J*. 2014;51(4):472-5.
3. Coupland MA, Coupland AI. Seasonality, incidence, and sex distribution of cleft lip and palate births in Trent Region, 1973-1982. *Cleft Palate J*. 1988;25(1):33-7.
4. Sayetta RB. Incidence and prevalence of cleft lip and palate. *Cleft Palate J*. 1990;27(2):203.
5. Vanderas AP. Incidence of cleft lip, cleft palate, and cleft lip and palate among races: a review. *Cleft Palate J*. 1987;24(3):216-25.
6. Abyholm FE. Cleft lip and palate in Norway. I. Registration, incidence and early mortality of infants with CLP. *Scand J Plast Reconstr Surg*. 1978;12(1):29-34.
7. Sivertsen A, Wilcox A, Johnson GE, Abyholm F, Vindenes HA, Lie RT. Prevalence of major anatomic variations in oral clefts. *Plast Reconstr Surg*. 2008;121(2):587-95.
8. Loenarz C, Ge W, Coleman ML, Rose NR, Cooper CD, Klose RJ, et al. PPH8, a gene associated with cleft lip/palate and mental retardation, encodes for an Nepsilon-dimethyl lysine demethylase. *Hum Mol Genet*. 2010;19(2):217-22.
9. Viljoen DL, Smart R. Split-foot anomaly, microphthalmia, cleft-lip and cleft-palate, and mental retardation associated with a chromosome 6;13 translocation. *Clin Dysmorphol*. 1993;2(3):274-7.
10. Feragen KB, Stock NM. When there is more than a cleft: psychological adjustment when a cleft is associated with an additional condition. *Cleft Palate Craniofac J*. 2014;51(1):5-14.
11. Souza J, Raskin S. Clinical and epidemiological study of orofacial clefts. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(2):137-44.
12. Davies M. Excess vitamin A intake during pregnancy as a possible cause of congenital cleft palate in puppies and kittens. *Vet Rec*. 2011;169(4):107.
13. Khoury MJ, Gomez-Farias M, Mulinare J. Does maternal cigarette smoking during pregnancy cause cleft lip and palate in offspring? *Am J Dis Child*. 1989;143(3):333-7.
14. Pegelow M, Alqadi N, Karsten AL. The prevalence of various dental characteristics in the primary and mixed dentition in patients born with non-syndromic unilateral cleft lip with or without cleft palate. *Eur J Orthod*. 2012;34(5):561-70.
15. Brignardello-Petersen R. A high proportion of children with unilateral cleft lip and palate needed complex orthodontic treatment or orthognathic surgery. *J Am Dent Assoc*. 2017;148(12):e190.
16. Rizell S, Bellardie H, Karsten A, Saele P, Mooney J, Heliovaara A, et al. Scandcleft randomized trials of primary surgery for unilateral cleft lip and palate: dental anomalies in 8-year olds. *Eur J Orthod*. 2020;42(1):8-14.
17. Sa J, Araujo L, Guimaraes L, Maranhao S, Lopes G, Medrado A, et al. Dental anomalies inside the cleft region in individuals with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21(1):e48-52.
18. Sa J, Mariano LC, Cangucu D, Coutinho TS, Hoshi R, Medrado AP, et al. Dental Anomalies in a Brazilian Cleft Population. *Cleft Palate Craniofac J*. 2016;53(6):714-9.

19. Saele P, Osthus E, Adalen S, Nasir EF, Mustafa M. Pattern of clefts and dental anomalies in six-year-old children: a retrospective observational study in western Norway. *Acta Odontol Scand.* 2017;75(2):100-5.
20. Tereza GP, Carrara CF, Costa B. Tooth abnormalities of number and position in the permanent dentition of patients with complete bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2010;47(3):247-52.
21. Aasheim B, Ogaard B. Hypodontia in 9-year-old Norwegians related to need of orthodontic treatment. *Scand J Dent Res.* 1993;101(5):257-60.
22. Thilander B, Myrberg N. The prevalence of malocclusion in Swedish schoolchildren. *Scand J Dent Res.* 1973;81(1):12-21.
23. Menezes C, de Arruda JA, Silva LV, Monteiro JL, Caribe P, Alvares P, et al. Nonsyndromic cleft lip and/or palate: A multicenter study of the dental anomalies involved. *J Clin Exp Dent.* 2018;10(8):e746-e50.
24. Worth V, Perry R, Ireland T, Wills AK, Sandy J, Ness A. Are people with an orofacial cleft at a higher risk of dental caries? A systematic review and meta-analysis. *Br Dent J.* 2017;223(1):37-47.
25. Reisberg DJ. Dental and prosthodontic care for patients with cleft or craniofacial conditions. *Cleft Palate Craniofac J.* 2000;37(6):534-7.
26. Gallagher N. A general dental practitioner's role in treating patients with a cleft lip and/or palate. *Br Dent J.* 2020;228(1):19-21.
27. McDonagh S, Pinson R, Shaw AJ. Provision of general dental care for children with cleft lip and palate--parental attitudes and experiences. *Br Dent J.* 2000;189(8):432-4.
28. Brook PH, Shaw WC. The development of an index of orthodontic treatment priority. *Eur J Orthod.* 1989;11(3):309-20.
29. Khavanin N, Jenny H, Jodeh DS, Scott MA, Rottgers SA, Steinberg JP. Cleft and Craniofacial Team Orthodontic Care in the United States: A Survey of the ACPA. *Cleft Palate Craniofac J.* 2019;56(7):860-6.
30. Kuijpers-Jagtman AM. The orthodontist, an essential partner in CLP treatment. *B-ENT.* 2006;2 Suppl 4:57-62.
31. Lewis CW, Ose M, Aspinall C, Omnell ML. Community orthodontists and craniofacial care: results of a Washington state survey. *Cleft Palate Craniofac J.* 2005;42(5):521-5.
32. Figueroa AA, Polley JW, Cohen M. Orthodontic management of the cleft lip and palate patient. *Clin Plast Surg.* 1993;20(4):733-53.
33. Weil TN, Inglehart MR. Dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients with autism. *J Dent Educ.* 2010;74(12):1294-307.
34. Haslach SD, Aytepe Z, Kokkari A, Azrak B, Ehlers V, Herz MM, et al. Country and gender differences in the motivation of dental students-An international comparison. *Eur J Dent Educ.* 2018;22(4):e724-e9.
35. Fowler PV, Corbett A, Lee M, Thompson JMD. A retrospective nationwide study of the dental caries experience of New Zealand children with orofacial cleft. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020;48(1):42-8.
36. Rivkin CJ, Keith O, Crawford PJ, Hathorn IS. Dental care for the patient with a cleft lip and palate. Part 2: The mixed dentition stage through to adolescence and young adulthood. *Br Dent J.* 2000;188(3):131-4.