
En helmax spesialitet

AKTUELT I FORENINGEN

STIG KRINGEN

stig.kringen@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

Maxillofacial kirurgi har tradisjonelt vært Norges lengste spesialistutdanning. Spesialistene har, som hovedregel, måtte avlegge både odontologisk og medisinsk embetseksamen. Senere får kirurgene bruk for sin utholdenhet og stayerevne under lange, ofte krevende, operasjoner.



EKSPERT: Even Mjøen er spesialist i maxillofacial kirurgi. Spesialiteten omfatter et bredt spekter av kirurgisk behandling av tilstander i kjever og ansikt. Foto: Stig Kringen

– Det kan fort gå ti til tolv timer på operasjonsstua, uten pause, forteller Even Mjøen. Han er spesialist i maxillofacial kirurgi. I tillegg er han leder for Norsk forening for maxillofacial kirurgi, som per dags dato har 28 medlemmer. Inntil

Veien til kirurg

Se for deg fem års odontologistudier for å bli tannlege. Deretter fem års medisinstudier for å bli lege. Så følger et spesialiseringssløp på seks og et halvt år. Til sammen nesten 17 år under utdanning. For å sette det i perspektiv: Et barn som blir født i dag, vil passere aldersgrensen for å øvelseskjøre med bil – og så smått gjøre seg klar for russetid, på tiden det tradisjonelt har tatt å bli maxillofacial-kirurg i Norge.

Mjøen startet på tannlegestudiet på tampen av 90-tallet, fulgte opp med å studere medisin og ble godkjent spesialist i 2015.

– Da jeg var ung student, visste jeg ikke helt hva som ventet. Det var lett å leve i et lite selvbedrag og bare flyte med studieløpene – for å se hvor man endte. Jeg tenkte ikke så mye på karriere og lengde på studier den gangen.

Da Mjøen gikk på medisinstudiet forsvant rettighetene til studielån ganske fort. Derfor arbeidet han som tannlege mens han studerte.

– Jeg var privilegert. Jeg jobba både som tannlege rundt omkring og på private klinikker. Etter hvert som jeg fikk midlertidig lisens som lege, jobba jeg også i psykiatrien – både i akuttpsykiatri og ved Gatehospitalet. Det var dannende erfaringer jeg aldri ville vært foruten, forteller Mjøen.

Variert og blandet hverdag

I dag arbeider han som overlege ved Kjeve- og ansiktsskurgisk avdeling ved Ullevål sykehus, OUS. Der har de Norges største miljø innen maxillofacial kirurgi. Avdelingen håndterer hele spekteret av kranio-maxillofaciale hard- og bløtvevsskader. I internasjonal sammenheng er dette synonymt med et Level One Trauma Center.

– Vi håndterer i praksis hele panoramaet, med alt fra ansiktsskader, kjeveskader og kraniebrudd til hals-skader. Vi deler sengepost med Nevrokirurgisk avdeling, som behandler hodeskader. Vi har ofte fellespasienter med dem.

Med ønske om én avdeling og én dør, flyttet OUS den store øre-, nese-, halsavdelingen for en del år siden. Fra Ullevål sykehus og opp til Rikshospitalet.

– Det er nok noe av årsaken til at vi også tar ansvar for kirurgiske luftveier og noen typiske øre-, nese-, hals-oppgaver. Som for eksempel neseblødninger, nesebrudd, neseskader, bihuleproblematikk, akutte øvre luftveier og larynxskader, forklarer Mjøen.

Ved Kjeve- og ansiktsskurgisk avdeling på Ullevål jobber det ti leger. Alle har i tillegg tannlegeutdannelse. Fire av legene har flere års fartstid fra øre-, nese-, hals- avdelinger, men uten å være ferdige spesialister. Mjøen forklarer at det

både er pasientvennlig og kostnadseffektivt at de kan håndtere hele pasientforløpet, uten å måtte sende til andre sykehus.

På gammel LIS-ordning var det et krav om å ha en sideutdanning. Mjøen fikk jobb og innpass på øre-, nese-, hals på Rikshospitalet og gjorde unna det som het gruppe 1-tjeneste i «gammel ordning».

– Det har absolutt komplementert og styrket kompetansen for å kunne øke faglig bredde. Deriblant håndtering av halsskader og noen temaer innenfor luftveisproblematikk, beretter Mjøen.

På morgenmøtet har de gjennomgang av siste døgns traumer og dagens elektive problemstillinger. Der gjennomgår de sengepost og forespørsler om tilsyn. Dagen går i samme struktur som i mange andre kirurgiske avdelinger med poliklinikk og operasjonsvirksomhet.

– Parallelt med dette veileder vi LIS-leger og gir supervisjon. Vi har en mestersvenn-modell på vår avdeling. Vårt fag har utviklet seg voldsomt de siste årene, når det gjelder digital planlegging, dataanimasjon og bruk av 3D-print. Vi jobber også med fusjonering av de digitale plattformene opp mot navigasjon og bruk av hologrammer, forteller kirurgen.

Foreningslederen forteller at det er flere av spesialistene ved avdelingen på Ullevål som i perioder hatt bierverv, og gjort småkirurgi på tannklinikker som en deltidsgeskjeft.

Tannlege og lege

Praktisk trening, kombinert med pasientnærhet og gode jobbutsikter var noen av årsakene til at han begynte på tannlegestudiet ved Universitetet i Oslo. Hans interesse for maxillofacial kirurgi kom underveis på studiet. Den daværende tannlegestudenten hadde en inspirerende foreleser som arbeidet på Ullevål sykehus. Foreleser og student ble gjenforent på sykehuset, da Mjøen hospiterte der som tannlegestudent i to perioder.

– Professor Per Skjelbred viste et sterkt engasjement for kombinasjonen odontologi og medisin. Da jeg fikk se og høre om innholdet i spesialiteten, var jeg solgt.

Mjøen mener at nyutdannede tannleger i Norge er godt rustet til å starte selvstendig pasientbehandling relativt raskt etter studiet. Medisinstudiet ser han mer som et fundament for å vokse videre inn i en trygg behandlerrolle.

– Det er krevende studier på hver sin måte. Jeg opplevde tannlegestudiet som smalere, mer praktisk og svært løsningsorientert. Men også at man kanskje la større vekt på frykten for å gjøre feil. På medisinstudiet var det mindre trening i praktiske prosedyrer og fordypning ut over de generelle prinsipper. Jeg opplever at det i mye større grad var lagt opp til å se muligheter, bruke tid til refleksjon og svekke skråsikkerheten.



MYE UTDANNING: Even Mjøen jobber ved Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling på Ullevål. Der jobber det ti leger. Alle har i tillegg tannlegeutdannelse. Foto: Stig Kringen

Kjennetegn

Mjøen beskriver en maxillofacial-kirurg som en spesialist som har god balanse mellom teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. En som kommer fra odontologien, som har, kanskje i overkant, sans for detaljer. I sum gir dette god bredde og stor handlingskraft.

Han tror inntrykket av maxillofaciale kirurger er todelt blant kollegaer på sykehuset.

– De som vi samarbeider mye med, i hele kjeden fra hjelpepersonell og til subspecialiserte kirurger, ser den faglige bredden og dybden i det vi faktisk gjør. På den annen side tror jeg også at de som ikke helt vet hva faget inneholder, og kanskje bare ser oss i gangene, har en mistanke om at vi er avanserte tanntrekkere som ser på et og annet munnsår, sier han og legger til:

– Det er en gammel setning som sier at maxillofacial kirurgi ikke er en spesialitet, men en diagnose. Det kan man jo tolke som man vil, sier han og humrer.

Selv om den offisielle tittelen er maxillofacial kirurgi, er det Kjevekirurgi som fortsatt brukes ved konferanser og i dagligtalen ved de norske sykehusene.

Henvisninger

Han anslår at det er en tredjedel tannleger, og to tredjedel leger, som henviser pasienter til Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling. Både fastleger, øre, nese-halsleger og plastikkirurger er eksempler på spesialiteter som henviser.

– Også hudleger henviser pasienter til oss. For eksempel basalcellecarcinomer i ansiktet, forteller firebarnsfaren Mjøen.

Maxillofacial-kirurgene utfører for eksempel sykehusbehandling på pasienter, når de ikke kommer videre ved en tannklinikk eller en spesialisttannklinikk. Dette er ofte risikopasienter for narkose. I tillegg har de noe undervisning for tannleger, både i regi av Tannlegeforeningen og ved odontologiske fakulteter.

– Jeg vil si at samarbeidsklimaet med tannlegene er godt. Men vi har ikke betydelige ressurser til å utføre tannrelatert behandling, så vi må være veldig selektive.

På Ullevål sykehus samarbeider maxillofacial-kirurgene mye med nevrokirurgene i relasjon til traumer, skader og tumor-kirurgi.

– Ofte gjelder det craniofaciale tilstander, altså tilstander som strekker seg fra ansiktskjelettet og opp mot skallebasis og involverer hjernen. I tillegg jobber vi med øyeavdelingen gjennom de subspecialiserte kirurgene der, innenfor okkulooplastisk kirurgi. I andre sammenhenger samarbeider vi med plastikkirurgene og øre-, nese-, -halsavdelingen. Vi er også representert i craniofacialt team ved Rikshospitalet og deltar i behandlingen og oppfølging av syndromale og non-syndromale barn med tilstander i hode, ansikt og svelg, opplyser Mjøen.

Spesialitet i vekst

De siste årene har Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling på Ullevål utvidet antall utdanningsstillinger. Den har nå fem LIS-er. Mjøen forteller at de har godt med søkere til LIS-stillingene, og at de opplever stor pågang av henvendelser og nysgjerrighet rundt spesialiteten.

Pasientene på poliklinikken blir henvist fra alle helseregioner i hele landet. Foreningslederen opplever at han får bruk for sin erfaring fra psykiatri og allmennmedisin, særlig når han snakker med smertepasienter.

– For min del kompletterer det de kliniske ferdighetene. Jeg opplever at vi ofte hjelper pasienter med behandling og oppfølging som ikke nødvendigvis innebærer å bruke kniv og narkose.

Ville det vært mulig å operere inn en stålkjeve, som Jaws fra James Bond? Er det noe en maxillofacial-kirurg kan fikse?

– Jeg jobber mye med pasientspesifikke implantater. Det er en fusjon av det beste teknologien har å tilby. Det fungerer slik at vi gjør en digital plan, der vi, vi sammen med produsentene, fremstiller tilnærmet hele underkjeven i titan. Underkjevene er basert radiologiske data. Dette gjør at datamaskinen kan utforme det som sannsynligvis var pasientens opprinnelige anatomiske kjeve, og implantere den. Tilnærmet hele kjeve er det nå mulig å implantere, med eller uten tillegg av mikrovaskulære lapper som støtte. For inntil få år siden var jo dette et humoristisk spørsmål, men teknologien går altså dithen at vi nå kan implantere hele kjeven. Og det er det jo noen få av oss som driver med. Men i skandinavisk sammenheng er det ikke så utbredt.

Norges lengste utdanning?

Maxillofacial kirurgi har de senere år blitt en ren medisinsk spesialitet. Formalkravet til tannlegeutdanning har nå bortfalt. Det betyr at man kan ta inn LIS-leger som ikke har tannlegebakgrunn.

– Hos oss har vi løst det sånn at de to siste kandidatene har gått på tannlegestudiet fulltid og hatt en deltidsjobb ved avdelingen. Da har de gått vakter som leger. Både på foreningsnivå, og gjennom vår paraplyforening EACFMS (den europeiske foreninga), er vi helt tydelige på at vi mener det er viktig med dobbeltutdanning. Dette for å få komplette klinikere som kan håndtere hele pasientforløpet.

Det finnes imidlertid flere måter å gjøre ting på. Ved St.Olavs hospital har de løst det annerledes. Der har man de siste årene bygget oppe en meget robust og kompetent avdeling med enkeltutdannede legespesialister.

– I praksis er maxillofacial kirurgi trolig fortsatt den lengste utdanningen. Men på papiret kan man begynne i en LIS-3-stilling direkte etter LIS1. Det er ikke krav om generell kirurgi, altså LIS2. Det betyr at man i teorien kan ha like kort løp som gastrokirurgi eller øre-nese og hals, som heller ikke har krav om LIS2, avslutter Mjøen.

Publisert: 8. mai 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.07.12

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. juni 2026.