

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
135. ÅRGANG · #5 · 2025



32

grunner til å kjøpe
Varios Combi Pro2

Oppgrader til nyeste Varios Combi Pro2 – med 10.000 kr i innbytterabatt!

Nå har du mulighet til å bytte inn ditt eksisterende scaler og/eller airpolish-utstyr – uansett modell, merke eller alder – og få 10.000 kroner* i innbytterabatt på markedets mest avanserte profylaksesystem: Varios Combi Pro2 fra NSK.

Som en ekstra bonus inkluderer vi også et halvdagskurs i moderne, minimalinvasiv perio- og profylaksebehandling – for én person – for en komplett oppgradering av både utstyr og kompetanse.

Om Varios Combi Pro2

Med forbedret sub- og supragingival pulverterapi, trådløs Bluetooth®-fotkontroll og intuitivt smart-display, løfter Varios Combi Pro2 din behandling til et nytt nivå. Takket være automatiske rengjøring, oppvarmet vann for økt pasientkomfort og et ultralydhåndstykke i titan, blir arbeidet smidigere enn noensinne – uten unødvendige avbrudd.

Høy ytelse, enkel bruk og minimalt vedlikehold – Varios Combi Pro2 er din daglige partner for effektiv og skånsom behandling!



Kontakt oss
for mer
informasjon



353–432**354** Siste nytt først**357** Leder

Takk for hjelpen

359 Presidenten har ordet

Prioritering: Å sette noe foran noe annet

360 Kasuistikker**360** Helga Foldnes og Ewa J. Rodakowska: Grenselandet mellom yrkesetikk og god klinisk praksis – en kasuistikk**368** Karoline Sørensen og Knut N. Leknes: Kirurgisk behandling av en gingival retraksjon resulterte i tykt Bløtvevsdekke. En kasuistikk**377** Bivirkningsskjema**380** Kronikk**380** Sivakami Rethnam Haug og Marit Øilo: Generativ kunstig intelligens og store språkmodeller i høyere utdanning**386** Fra tannlegekontor til merkevare**390** Aktuelt**390** Leserne har sagt sin mening**394** Samarbeider for økt bærekraft**398** Bygger bro mellom laboratoriet og kroppen**402** Kommentar og debatt**402** Før høstens valg: Etterlysning (Carl Christian Blich)**404** Gjør din stemme hørt (Heming Olsen-Bergem)**409** Fra NTF**410** Midnattssolsymposiet 2025**411** Digital fagdag**412** Har du fylt kravet om obligatorisk etterutdanning?**413** Verdens tobakksfrie dag**414** Håndhygiene forebygger**416** Arbeidsliv: IA og forebygging av sykefravær**418** Spør advokaten: Rett til redusert stilling**419** Oversikt over kollegahjelpere**420** Snakk om etikk: Kollegialitet - En kald skulder å gråte på?**422** Hva sier studentene? Søkelys på munnhelse i barnehagene**424** Kurs- og aktivitetsskalender**426** Notabene**426** Tilbakeblikk**426** Personalia**427** Boknytt**428** Minneord**428** Nina Wang**430** Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Vaksiner for voksne

Dekningen fra barnevaksinasjonene varer ikke livet ut. Snart kommer vokseenvaksinasjons-programmet. Høringsfristen for forslaget gikk ut i slutten av mars. Programmet er først og fremst for dem over 65 år og folk i risikogrupper. Alle andre må sørge for å passe på selv. Hvilke vaksiner voksne bør ta, handler om risikovurdering for den enkelte, og er et spørsmål om pris.

1. Kikhoste, difteri, stivkrampe og polio.
I denne vaksinen får du fire i én.
Det er stort sett folk som reiser, som tar den og Folkehelseinstituttet (FHI) anbefaler at alle friske opp denne vaksinen hvert tiende år. Av de fire sykdommene er det først og fremst kikhoste (også kalt hundredagershoste) som en del folk i Norge får. Hvis det er gått lang tid siden sist vaksinasjon, er det mer sannsynlig at du får kraftigere og mer langvarig sykdom. Kikhoste kan dessuten være svært alvorlig for spedbarn, så voksne bør være vaksinerte så vi ikke smitter de minste. Det er også lurt å være vaksinert mot difteri, stivkrampe og polio.
2. Helvetesild
Vaksine mot herpes zoster, også kjent som helvetesild, er en ny, dyr og moderne vaksine.
Helvetesild er et smertefullt utslett som utløses av vannkoppviruset varicella, som blir værende i kroppen etter vannkopper. Det er særlig folk med redusert immunforsvar som er utsatt for å få helvetesild, fordi immunforsvaret ikke klarer å holde viruset i sjakk.
3. Skogflåttencefalitt
FHI anbefaler at de som bor i områder der det er rapportert tilfeller av flåttviruset TBE, tar vaksinen mot skogflåttencefalitt (TBE). Også de som har hytte i utsatte områder, bør vurdere å vaksinere seg.
4. HPV-vaksine
HPV-viruset smitter hovedsakelig via seksuell kontakt. Hyppig partnerbytte kan gi økt risiko.

5. For deg over 65 år: Influensa, pneumokokk og covid
Vaksinene mot influensa, covid-19 og pneumokokk, altså lungebetennelse, anbefales i dag til alle over 65 år og risikogrupper. Det er disse vaksinene som blir med i vaksinasjonsprogrammet for voksne.

Influensavaksinen skal tas årlig.
Rundt 65 prosent følger anbefalingen.

Rundt 50 prosent følger anbefalingen om å friske opp covid-vaksinen.

Pneumokokkvaksinen skal tas hvert sjette år. Bare rundt 25-30 prosent følger denne anbefalingen.

I det nye programmet vil folk bli minnet om å ta vaksinene, men bare covid og pneumokokkvaksinen blir delvis subsidiert. Influensavaksinen må du betale helt selv, som før.

6. RS-vaksine
RS-viruset gir luftveisinfeksjoner, som kan utvikle seg til lungebetennelse hos små barn og de over 65 år. To vaksiner mot dette viruset ble tilgjengelig for salg i Norge i 2023 og anbefales hovedsakelig til folk over 60 år. Besteforeldre bør vurdere å ta RS-vaksine.

Er du over 65 år, bør du ta den uansett, barnebarn eller ikke.

Direktoratet for medisinske produkter, tidligere Legemiddelverket, har ikke gjort en såkalt metodevurdering av denne vaksinen ennå. Dette må på plass før FHI kommer med anbefalinger.

Tanntråd gir lavere risiko for hjerneslag



Foto: YWimages

Munnhygiene kan ha mer å si for hjernen enn vi har trodd, skriver forskning.no i samarbeid med Aldring og helse.

Å bruke tanntråd handler ikke lenger bare om å fjerne matrester og hindre hull i tennene.

– Vi har lenge visst at tannhelsen har betydning for hjernehelsen. Det nye nå er at forskere har funnet en mulig sammenheng mellom god munnhygiene og redusert risiko for hjerneslag.

Det sier professor Geir Selbæk i den nyeste episoden av Aldring og helse-podden.

I tillegg fant forskerne også lavere forekomst av atrieflimmer. Det er en vanlig form for hjerteflimmer, der hjertets forkammer slår uregelmessig. Atrieflimmer kan også føre til hjerneslag.

Ifølge forskerne hadde personer som brukte tanntråd minst én gang i uken: 22 prosent lavere risiko for hjerneslag på grunn av blodpropp i hjernen; 44 prosent lavere risiko for hjerneslag der proppen kommer fra hjertet, ofte på grunn av atrieflimmer; 12 prosent lavere risiko for atrieflimmer.

Selbæk viser til upublisert forskning presentert på en stor amerikansk hjertekongress.

Studien hadde data fra over 6 000 voksne i USA. Dataene er hentet fra en stor, nasjonal database. Den samler inn informasjon om kosthold, helse og livsstil.

I studien ble folks vaner koblet sammen med helseinformasjon. Da kunne forskerne finne ut hvor mye slag og hjerteflimmer folk fikk og se på det i sammenheng med tanntråddbruk.

Videre sjekket forskerne om det kunne være andre livsstilsfaktorer som lå bak forskjellene mellom de som brukte tanntråd og ikke. Tannpuss var også en faktor som ble sjekket.

– Det danner seg bakterier ned mot tannkjøttet, en slags bakteriefilm som vi må bryte. Det klarer vi ikke godt nok med tannbørsten alene, forklarer Selbæk.

Dårlig stell av tenner og tannkjøtt kan føre til betennelsestilstander i kroppen. I verste fall kan det bidra til at bakterier fraktes med blodstrømmen til hjernen.

– Å bruke tanntråd kan redusere denne betennelsen og også risikoen for hjerne-

slag, via både direkte og indirekte mekanismer, sier Selbæk.

Blant annet kan atrieflimmer føre til dårligere blodgjennomstrømming og økt risiko for små blodpropper. Dette kan i neste omgang kan føre til hjerneslag.

– Selv om denne forskningen ennå ikke er publisert i et vitenskapelig tidsskrift, er den verdt å merke seg, sier Selbæk.

– Mitt beste råd er å få inn en rutine: Bruk tanntråd om kvelden, eller både morgen og kveld. Det gjør jeg selv. Hvis tannkjøttet blør i starten er det et tegn på at det ikke har det bra. Når det slutter å blø, vet du at du er på rett vei, sier Selbæk.

– Vi snakker ofte om store medisinske inngrep og avansert behandling. Men dette er et eksempel på at enkle, daglige vaner faktisk kan ha stor betydning for helsen vår, sier han.

KILDE

1. Regular dental flossing may lower risk of stroke from blood clots, irregular heartbeats. American Stroke Association International Stroke Conference 2025 - Abstract 19

Slik spiser de som får en sunn alderdom



Folk som spiser en blanding av ulike matvarer – og spesielt plantebasert mat – er de sunneste når de blir eldre, viser en ny studie.

Frukt, grønnsaker, fullkorn, umettet fett, nøtter, belgfrukter, magre meieriprodukter og fisk.

Spiser du dette, øker sannsynligvis sjansen for at du holder deg sunn. Altså at du blir 70 år uten alvorlige sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft og Alzheimers – samtidig som du har god

kognitiv, fysisk og psykisk helse, skriver forskning.no.

Det er også lurt å få i seg lite rødt og bearbeidet kjøtt, sukkerholdige drikker, salt og raffinert korn. Det tyder i hvert fall en ny studie på. Den er publisert i Nature Medicine.

Å spise mye plantebasert mat og en moderat mengde sunn animalsk mat, kan fremme sunn aldring, sier en av studiens forfattere, Marta Guasch Ferre. Hun mener studien kan være et bidrag til fremtidige kostholdsråd.

– Og så er det interessant at studien peker på at en slik diett ikke bare er bra for mennesker, men også for miljøet. Det har ikke blitt studert før, sier Guasch til den danske forskningsavisen Videnskab.dk.

Hun er førsteamanuensis ved Institutt for folkehelse og Novo Nordisk Foundation Center for Basic Metabolic Research ved Københavns Universitet.

Forskerne har undersøkt åtte typer kosthold, deriblant EAT-Lancet-dietten, middelhavsdietten og ultrabearbeidet mat. De har sett etter sammenhenger mellom disse og sunn aldring.

Mer enn 100 000 amerikanske kvinner var med i studien, og de ble fulgt i 30 år.

Tre kostholdsmønstre ble studert.

EAT-Lancet-dietten: En gruppe forskere anbefaler at vi bør spise mye mer frukt, grønnsaker, nøtter og belgfrukter – og samtidig halvere forbruket av kjøtt og sukker.

Middelhavsdietten: Hovedvekt på ferske, sesongbaserte råvarer, inkludert grønnsaker, frukt, hele korn, nøtter, belgfrukter, magre meieriprodukter og hjertesunne fettkilder som olivenolje, avokado og fet fisk.

Ultrabearbeidet mat: Overvekt av industriprodukter med mange ingredienser. Inneholder tilsetningsstoffer som fargestoffer, emulgatorer og fortykningsmidler. Dette omfatter brød, kjeks, kaker, brus, müslibarer, noen plantebaserte produkter, noen frokostprodukter, kjøttpålegg og ferdige sauser.

Forsker Daniel Ibsen har lest den nye studien for Videnskab.dk. Han har ikke selv vært med på studien.

– Studien antyder at vi ikke skal fremheve ett kosthold framfor andre, og det er likhetene, ikke forskjellene, vi bør se på. Det er dette – at det er flere ulike måter å leve sunt på – som ser ut til å være gunstig for aldring, sier forskeren ved Institutt for folkehelse og Steno Diabetes Center Aarhus i Danmark.

Ibsen legger til at studien står sterkt fordi forskerne i løpet av de 30 årene den har pågått, spurte deltakerne hvert fjerde år om hva slags mat de spiste.

– I mange andre studier måler man vanligvis bare én gang og ser så 20-30 år frem i tid, sier han.

Du kan altså ikke bare spise frukt, fullkorn og magre meieriprodukter og dermed sikre deg en sunn aldring, ifølge den nye studien. For forskerne kan ikke konkludere med at det er en direkte årsakssammenheng mellom kosthold og sunn aldring.

Korrelasjon betyr at det er sammenfall mellom to faktorer. Når den ene øker, gjør den andre det også.

Men at ting skjer samtidig eller rett etter hverandre, kan være tilfeldig og betyr ikke nødvendigvis at det ene forårsaker det andre – det kan være mange andre forklaringer.

Men slik er det med denne typen studier, påpeker Daniel Ibsen.

– Det er veldig vanskelig å gjøre forsøk med folk og få dem til å leve etter en bestemt diett fra de er 39 år til de dør. Så denne studien er nok noe av det nærmeste vi kan komme et svar på hvordan vi oppnår en sunn aldring, sier han.

Ibsen påpeker at forskerne har tatt hensyn til mye annet som kan påvirke resultatene, slik som sosioøkonomisk status, røyking og mosjon.

KILDE

1. "Optimal dietary patterns for healthy aging", Nature Medicine (2025), DOI: 10.1038/s41591-025-03570-5



Er du medlem i Den norske tannlegeforening?

Husk at du har gode priser og betingelser

- Du får **30 prosent rabatt** på skadeforsikringer
- Samler du minst tre forsikringer, øker rabatten til **35 prosent**
- Kjøper du på nett, får du i tillegg **10 prosent nettrabatt**

Scan QR-koden
for å lese mer





FORSIDEILLUSTRASJON

Wenche Hellekås/wenche.hellekas.com

REDAKSJON

Ansvarlig redaktør:

Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:

Asbjørn Jokstad

Dipak Sapkota

Redaksjonssjef:

Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:

Linda Z. Arvidsson, Karin Goplerud Berge,

Jostein Grytten, Anne M. Gussgard, Gro Eirin Holde,

Bo Wold Nilsen, Torbjørn Østvik Pedersen,

Tine M. Søland, Marit Øilo

Redaksjonskomité:

Malin Jonsson, Eli-Karin Bergheim, Odd Bjørn Lutnæs

ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 500,-

ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,

Tlf: 977 58 527

e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Christiania torv 5, 0158 Oslo

PB 2073, Vika, 0125 Oslo

Tlf: 22 54 74 00

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no

www.tannlegetidende.no

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 000, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: Aksell AS

Grafisk design: Aksell AS

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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG



OPPLAGSKONTROLLERT

Trykksak
2041 0379

Takk for hjelpen



Foto: Kristin Adley Opdan

Tidendes leserundersøkelse 2025 er gjennomført. Et representativt utvalg lesere, trukket blant yrkesaktive medlemmer av NTF, har svart på en rekke spørsmål om ulike sider ved tidskriftet. Hva leser dere, hvor mye, og hva synes dere?

De som har ringt er blitt tatt godt imot. Tidendes lesere har vært mer enn villige til å sette av tid til å svare. Det tar vi som et tegn på at dere bryr dere om Tidende, og vil si hva dere mener – for å få et best mulig blad. Takk skal dere ha!

Resultatene av undersøkelsen ble presentert for NTFs redaksjonskomité rett over påske, og nå presenterer vi den her, i denne utgaven av Tidende, samtidig som hele rapporten ligger på Tidendes nettsted, tannlegetidende.no.

Resultatene av leserundersøkelsen er både interessante, oppløftende og tankevekkende for oss i redaksjonen. Et stort flertall, det vil si 76 prosent av Tidendes lesere, vurderer bladet som meget bra eller bra. Et enda større flertall, 93 prosent, vurderer bladets troverdighet som meget bra eller bra. Dette er som det pleier. Og det er et veldig godt resultat, som vi er glade for. Troverdighet er det viktigste av alt for et redaktørstyrt medium. Uten troverdighet er vi ingenting. Derfor: Tusen takk for tilliten.

89 prosent sier at bladet er oversiktlig og leservennlig, mens 80 prosent synes utforming og layout er meget bra eller bra. 72 prosent vurderer aktualiteten som meget bra eller bra. Bedre kan det nesten ikke bli.

Og det kan det. For til tross for fortsatt oppsiktsvekkende gode resultater, sammenlignet med andre redaktørstyrte medier, var resultatene for Tidende ennå bedre før.

Tiden dere bruker til å lese papirutgaven av Tidende er gått noe ned, og den positive vurderingen av de ulike stoffkategoriene er tilsva-

rende gått noe ned. At Tidendes papirutgave leses mindre gjenspeiler seg i at nettgaven leses mer, samtidig som papirutgaven fortsatt er den mest foretrukne. 76 prosent leser Tidende kun eller mest på papir. Og andelen som leser Tidende på nett fortsetter å gå opp, noe som ikke er overraskende. Det som kanskje er overraskende er at utviklingen i retning av mer lesing på nettet ikke går raskere.

De som er eldre leser mer enn de som er yngre – og de som er under 40 og leser minst, er også minst fornøyde med innholdet, sammenlignet med de som er over 40. Menn leser fortsatt litt mer enn kvinner, mens kvinnene er de som er mest fornøyd – og privatpraktiserende leser mer enn offentlig ansatte.

Dette kan bety at vi trenger å endre på noe. Og det gjør vi. Tidende publiserer nå digitalt først, fra og med denne måneden. Alt fagstoff blir nå publisert fortløpende, på nett – og vi har ikke lenger publiseringskø eller forfattere som trenger å vente på at deres artikkel skal bli publisert i påvente av en papirutgave. Så snart fagstoffet er godkjent av redaksjonen, vurdert av fagfeller og justert for publisering, kan vi publisere. Samtidig fortsetter vi med å publisere alt i papirutgaven. Det er bare blitt slik at det kommer på nettet først.

Til tross for en liten oppgang, både i antall debattinnlegg fra nettopp leserne – og i det leserne nå sier om hvordan de vurderer Tidende som et sted for debatt – ser vi at leserne fortsatt mener at Tidende kunne fungert bedre som debattforum. Der er vi fortsatt helt enige. Dere er velkomne, med alt dere måtte ha av meninger, som dere vil dele. Her får dere lesere, som bryr seg og er interessert. Det er ingen grunn til å nøle.

Ellen Beate Dyvi
Sjefredaktør

admetec Norge

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

**Gratis demonstrasjon
på klinikken din.**

For å booke møte, gå inn på:

www.admetec.no



Prioritering: Å sette noe foran noe annet

Nylig var jeg på Helsekonferansen 2025, arrangert av Kommunenes sentralforbund (KS). Konferansen var preget av de utfordringer helsesektoren står overfor. Utfordringsbildet ble godt beskrevet av kommunedirektøren i Færder kommune: Det er ikke bare eldrebølgen som er krevende, men også økende helseutfordringene blant de unge, og en stadig raskere overføring av mer alvorlig syke innbyggere fra spesialisthelsetjenesten. Personellmangel, beredskapsutfordringer og en tøff kommuneøkonomi kommer i tillegg. Listen er lang. Likevel var ikke konferansen preget av uro, utmattelse og resignasjon, men tvert imot av en gjennomgående vilje til å finne løsninger. Det var inspirerende.

Beredskap var selvsagt et viktig tema på konferansen. Beredskap handler ikke bare om å ha planer for hvem som gjør hva i en krise, eller om hvordan tilgang til nødvendig utstyr sikres, vaksiner og legemidler inkludert. Beredskap er også å organisere seg slik at vi «fungerer i fred slik vi skal operere i krise og i krig». Representantene fra Troms gikk langt i å antyde at vi har dårligere tid på å få på plass en slik organisering og et slikt virke enn vi tror. Det haster å få etablert et planverk og en god organisering. Kanskje trenger vi også utstyrslagre og norsk/nordisk/europeisk produksjon av nødvendige ressurser. Skal vi få til alt vi er nødt til å få til, kreves prioritering. Ressurser må brukes riktig. Prioritering og ressursbruk gjelder også tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenesten består i dag av en offentlig, fylkeskommunal helsetjeneste og en helprivat helsetjeneste. Tjenestene er uløselig knyttet til hverandre for sammen å sikre at innbyggerne i Norge har tilgang på helsetjenester av høy kvalitet gjennom hele livet. Samhandlingen og samarbeidet om å tilby munnhelsetjenester til befolkningen kunne slik jeg ser det derimot vært betydelig bedre. Beredskapsarbeidet som pågår, har vist tydelig at samarbeidet ikke er tilfredsstillende. Hvis befolkningen og eventuelle stridende skal sikres god munnhelsehjelp, er vi nødt til å få med de næ-



Foto: Kristin Aakres.

Skal vi få til alt vi er nødt til å få til, kreves prioritering. Ressurser må brukes riktig.

ringsdrivende tannlegene. NTF har løftet frem behovet for helhetlig planlegging for beredskapsgruppen i Helsedirektoratet og til statsforvaltere.

God beredskap krever godt planverk, nok ressurser og nok personell. Fremfor alt krever tilstrekkelig beredskap en god situasjonsforståelse. God beredskap krever også evne og vilje til prioritering.

Prioritering i alle helsetjenester baserer seg på vurderingene av kostnader opp mot nytte. Hvilke tiltak og behandlinger gir best nytte for våre pasienter individuelt og for samfunnet generelt? Hvilken ressursbruk er mest effektiv? Hvilke helsetilstander skal prioriteres? Hva er godt nok?

Slike spørsmål, og tilsvarende kriteriene, må utgjøre grunnlaget for diskusjoner om hvilken beredskap vi skal ha innen munnhelse. Spørsmålene må også tas med når vi snart skal diskutere hva som er den «nødvendige tannbehandling» som staten skal gi økonomisk dekning av. Som fagpersoner er det naturlig at vi mener at tilnærmet alt vi gjør er nødvendig behandling. Høye ambisjoner skal vi fortsatt ha. Et overordnet mål er at alle har en frisk munn uten smerter og infeksjoner, og som fungerer til de oppgaver munn og tenner har. Alle bør også kunne ha et smil som ikke oppleves hemmende sosialt sett.

Hvor grensen for nødvendig behandling går, vil være gjenstand for uenighet og diskusjoner. Det vil være uenigheter med tanke på hva staten skal finansiere. Å legge prioriteringskriterier til grunn, vil være nyttig når diskusjonene skal tas og beslutninger fattes. Skal tannleger delta i diskusjonene, vil det være avgjørende med forståelse for hva prioritering innebærer og hvilke kriterier vi må forholde oss til. For mange vil slike diskusjoner være nye og ukjente, men jeg er trygg på at kolleger både i offentlig og privat sektor vil tilegne seg den kunnskap som trengs for å delta i debatten på en konstruktiv måte. Etter min erfaring er tannleger nytenkende, læringsvillige og innstilt på å finne gode løsninger.

Heming Olsen-Bergem
President i NTF

FORFATTERE

Helga Foldnes, masterstudent, Institutt for klinisk odontologi, Universitet i Bergen

Ewa J. Rodakowska, førsteamanuensis, Institutt for klinisk odontologi, Universitet i Bergen

Korresponderende forfatter: Ewa J. Rodakowska, Institutt for klinisk odontologi, UiB, Postboks 7804, 5020 Bergen ewa.rodakowska@uib.no

Akseptert for publisering 01.04.2025. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som:
Foldnes H, Rodakowska EJ. Grenselandet mellom yrkesetikk og god klinisk praksis – en kasuistikk. Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 360-5.

Norsk MeSH: kasusrapport, etikk, økonomi og unødvendig behandling.

Grenselandet mellom yrkesetikk og god klinisk praksis

En kasuistikk

Helga Foldnes og Ewa J. Rodakowska

Sammendrag: Forfatterne beskriver en kasuistikk der en ung pasient oppsøkte tannlegebehandling med ønske om estetisk korreksjon av asymmetrisk midtlinje, kantmisfarging proksimalt (11, 21) og tannform i overkjevens front. Forfatterne presenterer behandlingssituasjonen fra fire perspektiver, det vi si basert på pasientens egen opplevelse, vurderinger utført ved Spesialistutdanningsklinikken på IKO, UIB som utførte revisjonsbehandling, vurderinger gjort av sakkyndig tannlege i NPE og vurdering etter behandlet tilsynssak hos Statsforvalteren i Vestland. Det ble utført omfattende irreversibel behandling med preparering og permanent sementering av konvensjonelle fullkroner på åtte tenner (14–24). Røntgenbilder ble ikke tatt før eller etter behandling. Resultatet oppfylte ikke pasientens estetiske eller funksjonelle ønsker. Kasuistikken viser hvordan mangel på yrkesetikk og god klinisk praksis kan få konsekvenser for pasientens helse, velvære og økonomi.

Yrkesetikk og kunnskap forteller oss tannleger hvilken tilnærming vi bør ha ved pasientbehandling. For å sikre at tannbehandling samsvarer med samfunnets forventninger om rettferdighet, respekt og ansvarlighet, må praksis være forankret i et solid etisk rammeverk. Dette rammeverket bygger på lover, forskrifter, kliniske retningslinjer og profesjonelle veiledere som guider tannhelsepersonell i ulike situasjoner (1). Det presenterte kasuset er et eksempel på en behandling som verken samsvarer med forsvarlig klinisk

praksis, oppdatert faglitteratur eller anbefalte retningslinjer. Formålet med denne artikkelen er å belyse konsekvensene som brudd på «god klinisk praksis» kan medføre.

Kasusbeskrivelse

Kasuistikken som presenteres baserer seg på fire vurderinger av behandlingssituasjonen:

1. Pasientens egen opplevelse
2. Kliniske funn ved revisjonsbehandling ved Spesialistutdanningsklinikken på IKO, UiB
3. Sakkyndigvurdering i NPE
4. Avgjørelse i tilsynssak hos Statsforvalteren i Vestland

Bakgrunn

En kvinnelig pasient i 20-årene oppsøkte tannlege i Norge med ønske om estetisk forbedring av overkjevens front. Hun ønsket å korrigere midtlinjeasymmetri og misfarging, samt forbedre formen på tennene 12-22 (figur 1). Tennene var tidligere behandlet med «non-prep»-kompositt, disse var nå preget av kantmisfarginger. Pasienten var frisk og brukte ingen medisiner.

1. Pasientens opplevelse av behandlingssituasjonen

På konsultasjonsdagen henvendte pasienten seg til tannlegen med sitt behandlingsønske. Tannlegen anbefalte konvensjonelle fullkroner på seks tenner (13–23) for å oppnå midtlinjeforskyvning og en varig estetisk løsning. Revisjon av komposittfasettene ble frarådet, da tannlegen mente at materialet var utsatt for slitasje og misfarging.

Ingen alternative løsninger ble diskutert. Pasienten uttrykte bekymring for «Tyrkia-tenner», men tannlegen forsikret henne om at behandlingen var «risikofri» og ville gi et naturlig og symmetrisk resultat. På behandlingsdagen foreslo tannlegen å inkludere tann 14 og 24, for å oppnå en større forskyvning av midtlinjen og en bedre estetisk balanse. Dette økte behandlingskostnaden, men pasienten aksepterte forslaget. Deretter startet behandlingen som skulle slutt-



Figur 1. Pasientens tenner før kronebehandling. Bildet ble tatt med pasientens sin mobiltelefon og bildekvaliteten er ikke optimal.



Figur 2. Bilde av preparerte tenner tatt hjemme hos pasient på behandlingsdagen. Bildet ble tatt med pasientens sin mobiltelefon og bildekvaliteten er ikke optimal.

føres i løpet av bare ett besøk. Ingen pre- eller postoperative røntgenbilder ble tatt. Etter å ha preparert pasientens tenner ble hun sendt hjem i fem timer uten midlertidig bro/kroner festet til pilarene (figur 2). Senere samme dag ble permanente kroner prøvd inn. Ifølge pasienten var kronene klumpete og asymmetriske (figur 3–6), og langt unna «inspirasjonsbildene» som pasienten og tannlegen sammen hadde diskutert i forkant av behandlingen. Pasienten uttrykte tydelig at hun ikke ønsket sementering, og etterspurte fremstilling av nye kroner. Tannlegen informerte da om at fremstilling av nye kroner var utelukket uten fullt vederlag. Videre mente hen at prosessen ville ende i en «katastrofe» dersom pasienten ikke fullførte behandlingen. Grunnet dette utsagnet ble pasienten engstelig og følte seg presset til å akseptere sementeringen av kronene. Kronene ble sementert og pasienten ble sendt hjem. Hun ble ikke tilbudt midlertidig sementering for betenkningstid. I ettertid kontaktet pasienten klinikken gjentatte ganger og informerte om komplikasjoner i form av ømhet i tenner (figur 7), dårlig tilpasset okklusjon, følelse av fylde i overleppen og misnøye med estetikk. Hun ønsket reklamasjon på behandlingen, men kravet ble avvist. På kontrolltimer like etter behandlingen ble små justeringer gjort på kronene ved å redusere dimensjonen. Pasienten var fremdeles ikke fornøyd og etterspurte ytterligere reduksjon av kronene. Ifølge pasienten sa tannlegen at «hvis du maler på et Rembrandt-bilde, er det ikke lenger Rembrandt sitt kunstverk. Dette arbeidet er mitt kunstverk, og justeringer jeg ikke ønsker, vil jeg ikke stå inne for.» Pasienten ble deretter oppfordret til å oppsøke en annen tannlege da behandlingen var ferdigstilt fra deres side.

2. Kliniske funn ved revisjonsbehandling i Spesialistutdanningsklinikken på IKO, UiB

Pasienten fikk revidert hele arbeidet ved Spesialistutdanningsklinikken på Institutt for klinisk odontologi ved UiB. Revisjonsarbei-



Figur 3. Klinisk foto av resultat fra siden. Bilde tatt ved Spesialistutdanningsklinikken ved IKO, UiB.



Figur 6. Viser dimensjonen av kronene i bucco-palatinal retning. Bilde tatt ved Spesialistutdanningsklinikken ved IKO, UiB.



Figur 4. Klinisk foto av resultat i front, papiller er fraværende. Bilde tatt ved Spesialistutdanningsklinikken ved IKO, UiB.



Figur 7. Viser preparerte tenner umiddelbart etter fjerning av kroner. Pulpaeksponering på tann 11, 12 og 14. Bilde tatt ved Spesialistutdanningsklinikken ved IKO, UiB.



Figur 5. Viser resultatet ved smil. Gjennomgående dårlig estetikk. Feil fargeuttak, asymmetri, maskulin og lang form, samt overdimensjonerte kroner. Bilde tatt ved Spesialistutdanningsklinikken ved IKO, UiB.



Figur 8. Resultat etter revisjonsbehandling. Bildet viser nye sementerte kroner fra 14 til 24. På enkelte tenner sees irritasjon i gingiva etter nylig fjerning av sementoverskudd. Bilde tatt ved Spesialistutdanningsklinikken ved IKO, UiB.

det inkluderte tre rotfyllinger (tann #11,12,14) og fremstilling av åtte nye kroner (figur 8). Ved konsultasjonstimen fant behandlende tannlege indikasjoner for revisjon av kronene. Ifølge journalnotat beskrives funnene slik: «Kronene 14-24 er voluminøse, lange og maskuline. Tennene står ikke i stil til resttannsettet. Dårlig estetikk

og fargevalg. Tette approximalrom, vanskeligheter med renhold. Papiller interdentalt er borte. Akseretning på kroner er skjev i forhold til ansiktet. Kronene bør revideres. Gingivale forhold bør prøves å formes ved hjelp av midlertidige kroner».

Etter konsultasjonstimen innledes en revisjonsbehandling, som strekker seg over et halvt år. Åtte nye kroner ble fremstilt med best mulig funksjon og estetikk (figur 8). Pasienten beskrives som svært fornøyd med resultatet.

Totalt har behandlingene nå ført til kostnader for pasienten som overstiger hundre tusen kroner. Saken ble meldt inn til Norsk Pasientskadeerstatning.

3. Sakkyndigvurdering i NPE

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) tilkjente pasienten erstatning som følge av behandlingen.

Sakkyndigvurderingen konkluderte med at kronebehandlingen ikke var i tråd med god tannmedisinsk praksis, basert på fraværende journalføring, manglende røntgenbilder, mangel på informasjon om alternative løsninger, skade av pulpa på tre tenner og manglende oppfølging av pasient.

Vurderingen slår fast at det ikke forelå grunnlag for konvensjonelle kroner ut fra mottatt dokumentasjon. Videre mener sakkyndig at kronebehandlingen ikke var utført i tråd med god praksis. Forhold ved behandlingen er beskrevet som følgende:

«Tenner er blitt slipt ned for å kunne få nok plass til et kunstig materiale og ikke motsatt. Det foreligger ikke i journalen en vurdering av tann-nervene («pulpa») og rotpisser og det er ikke mottatt røntgenbilder før behandlingsstart. Pasienten har ikke blitt presentert alle alternative løsninger for å forbedre sin estetikk og spesifikt ikke den mest skånsomme metoden. Tannprepareringene som fremstår på mottatte digitale avtrykksbilder er ujevne. Det er notert skade på tann-nerven på tann 14 der det blir lagt på flytende plast. Imidlertid kommer det frem tydelig på avtrykksbildet at også på tann 12 og tann 11 er det slipt inn på tann-nerven (figur 9). Dette er ikke journalført, og det ser ikke ut til at pasienten er blitt gjort oppmerksom på forholdene.»

Oppfølgingen av pasienten var også mangelfullt bedømt ut fra mottatt dokumentasjon. «Et løp som baseres på å forberede og fremstille åtte permanente kroner i løpet av en konsultasjon gir lite tid og rom for endringer og korreksjoner underveis og det oppstår lett risiko for at pasientens betenkeligheter og synspunkter underveis blir devaluert. Egenopplevelsen gjengitt i journalnotat fra spesialistutdanningsklinikken i tillegg til dokumentert skade påført under tannsliping som ikke blir meddelt pasient gir dessverre grunnlag for å stille spørsmål om profesjonalitet på innklaget tannlege.»

4. Avgjørelse i tilsynssak hos Statsforvalteren i Vestland

I tilsynssaken har Statsforvalteren i Vestland undersøkt om innklaget tannlege har brutt kravet til forsvarlig virksomhet i helseperso-



Figur 9. Kronefragment tatt av under revisjonsbehandling. Størket blod på innsiden fra pulpaeksponering. Bilde tatt ved Spesialistutdanningsklinikken ved IKO, UiB.

nelloven §4, og kravet til journalføring etter helsepersonelloven § 39 jf. 40. Slik beskrives konklusjonen i rapporten:

«Statsforvalteren har kome til at tannlegen har brote kravet til forsvarleg verksemd etter helsepersonellova § 4 og kravet til journalføring etter helsepersonellova § 39, jf. § 40.

Utført behandling med tannkroner på åtte tenner er ikkje i samsvar med tilrådd praksis. Vi vurderer vidare at det er stor sannsyn at pasienten har hatt unødvendig smerte og ubehag under og etter behandlinga som vart gjennomført. Det kjem heller ikkje fram at du har vurdert alle tilgjengelege og forsvarlege behandlingsmetodar som samsvarer med god klinisk praksis. Informert samtykke kan då vere gjort på feil grunnlag.

Utført behandling er ikkje journalført i tråd med god klinisk praksis.

Statsforvalteren ber om at verksemda går gjennom saka med tanke på læring og forbedring av rutinar og praksis. Vi ber om tilbakemelding om verksemda si gjennomgang av saken.»

Diskusjon

Behandlingsforløpet som her er beskrevet av pasienten er bekreftet av uavhengige institusjoner gjennom kliniske funn og journalopplysninger.

God klinisk praksis handler om å tilby behandling som balanserer evidensbasert kunnskap, etiske prinsipper og individuell tilpasning for å oppnå best mulig resultat for pasienten (1). Fundamentale etiske prinsipper som pasientautonomi, velgjørenhet og ikke-skade danner



Figur 10. Behandlingen medførte betydelig tap av tannsubstans. Bilde tatt ved Spesialistutdanningsklinikken ved IKO, UiB.

grunnlaget for pasientrettigheter (2, 3). Behandlingen av denne pasienten var ikke bare mangelfull i sitt resultat, men også preget av manglende nødvendig informasjon, diagnostiske vurderinger, faglig forvarslighet og omsorg.

Pasientautonomi er et kjerneprinsipp innen odontologi, der pasienten skal ha rett til å ta egne beslutninger om sin helse og eventuell behandling. For å sikre selvbestemmelsesretten må pasienten motta tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand, den anbefalte behandlingen og alternative løsninger. Informert samtykke er derfor selve nøkkelen til å opprettholde autonomiprinsippet (4).

I tillegg er det «å gjøre godt» selve kjernen i samfunnsoppdraget for tannhelsepersonell, og dette er forankret i velgjørhetsprinsippet i etisk sammenheng. Prinsippet henger tett sammen med ikke skade-prinsippet (*primum non nocere*) som pålegger å ikke utføre behandling der risiko for skade overstiger nytteverdien (5, 6).

Anbefalingen om konvensjonelle kroner på åtte tenner, bryter også med prinsippet om minimalt inngripende behandling. Enhver behandling bør være så skånsom som mulig, samtidig som den oppfyller de estetiske og funksjonelle målene (1). Behandlingen

medførte betydelig tap av tannsubstans (figur 10). Med pasientens beste i fokus, burde behandlingsalternativer som kjeveortopedisk behandling, revisjon av komposittrestaureringer, skallfasetter eller skallkroner blitt fremlagt som gode løsninger. Informasjonen burde blitt gitt både muntlig og skriftlig slik at pasienten kunne gitt et informert samtykke på riktig grunnlag.

Fraværet av røntgenbilder både før og etter behandlingen er et alvorlig avvik fra kliniske retningslinjer og underminerer muligheten for en korrekt diagnostikk. Den manglende diagnostiske vurderingen kan ha bidratt til pulpaeksposering under preparering. I tillegg ble pasienten sendt hjem uten midlertidig restaurering i fem timer, med pulpaeksposering på tre tenner. Midlertidig restaurering er brukt for å gi pulpabeskyttelse, posisjonsstabilitet, bevaring av okklusal funksjon, hygienekontroll og estetikk (7).

Mangelfull oppfølging og avvisning fra tannklinikken representerer også et brudd på god klinisk praksis. Økonomisk sett har denne behandlingen påført pasienten en uforholdsmessig stor belastning. Den opprinnelige behandlingen var kostbar, og revisjonsarbeidet krevde ytterligere ressurser. Totalsummen for behandlingene oversteg hundre tusen kroner. Behandlingsvalget har også skapt et fremtidig behov for omfattende vedlikehold. Det er verdt å merke seg at gjennomsnittlig levetid for kroner er 10-15 år, noe som vil kreve ytterligere inngrep og kostnader sett i lys av pasientens unge alder (8).

Konklusjon

Kasuistikken viser hvordan mangel på yrkesetikk og god klinisk praksis kan få alvorlige konsekvenser for pasientens helse, velvære og økonomi. Den fremhever også viktigheten av en pasientsentrert tilnærming, der informert samtykke, minimalt invasive prinsipper og faglig forsvarlighet står sentralt.

Samtykke

Pasienten samtykker til publisering.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. (2011). God klinisk praksis i tannhelsetjenesten: En veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling (IS-1589). Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no>
2. Hofmann B, Moezzi M. Bruk av etisk refleksjonsmodell i klinisk praksis. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2023; 133: 972-8.
3. Olejarczyk, J. P., & Young, M. (2024). Patient Rights and Ethics. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. Hentet fra <https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/XXXXX>
4. Store norske leksikon. (n.d.). Selvbestemmelsesrett. Hentet 19. november 2024, fra <https://snl.no/selvbestemmelsesrett>
5. Gillon, R. (1985). *Primum non nocere* and the principle of non-maleficence. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 291(6488), 130–131. <https://doi.org/10.1136/bmj.291.6488.130>
6. Store medisinske leksikon. (2021, 20. november). De fire prinsipper. Hentet 16. november 2024, fra https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper
7. Gratton DG, Aquilino SA. Interim restorations. *Dent Clin North Am*. 2004 Apr;48(2):vii, 487-97.doi: 10.1016/j.cden.2003.12.007.
8. Nilner, K., Karlsson, S., & Dahl, B. L. (Red.). (2003). *A textbook of fixed prosthodontics: The Scandinavian approach*. Gothia Förlag.

ENGLISH SUMMARY

H Foldnes, EJ Rodakowska

The boundary between professional ethics and good practice

Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 360-5.

The authors describe a case in which a patient sought dental treatment for aesthetic correction of an asymmetric midline, proximal discoloration (11. 21), and tooth shape issues in the anterior maxilla. This case is presented from four perspectives: the patient's perception of the treatment situation, the specialist clinic at the Department of Clinical Dentistry at the University of Bergen that reviewed the treatment, the expert assessment from the Norwegian National Patient Complaint Board (NPE), and the decision made

by the Vestland County Governor, who oversees patient complaints. The dentist provided extensive irreversible treatment, preparing and cementing full crowns on eight teeth (14–24). No X-rays were taken before or after the treatment. The outcome failed to meet the patient's aesthetic or functional needs. This case study illustrates how a lack of professional ethics and adherence to sound clinical practice can adversely affect a patient's health, well-being, and financial stability.

Hva om... det var "noen" på klinikken som hadde ansvaret for:

1. pasienter som skulle ha blitt oppringt, men ikke ble oppringt,
2. pasienter som har mottatt kostnadsforslag men ennå ikke har akseptert dem,
3. pasienter som har kansellert, men ikke har ny bestilling,
4. alle henvisninger som venter på svar,
5. alle besøk som kan fremrykkes når du har mottatt avbestillinger,
6. dine pasienter som ikke har blitt booket til tross for identifiserte omsorgsbehov...

Hadde det vært lettere å fylle stolene da?

knowyn

Clinic Intelligence that fill your chairs

Les mer på knowyn.se



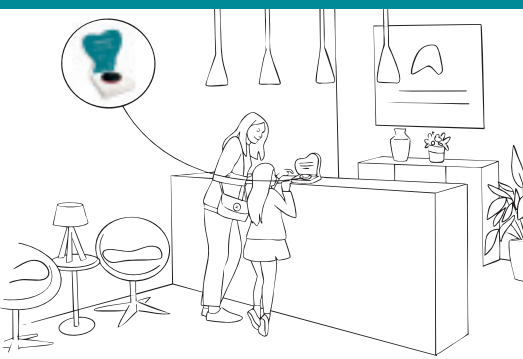
Ofte ligger det viktigste under overflaten

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

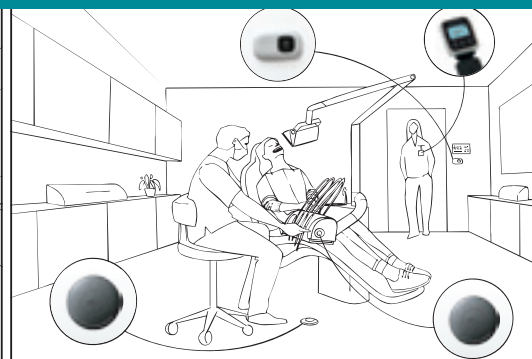
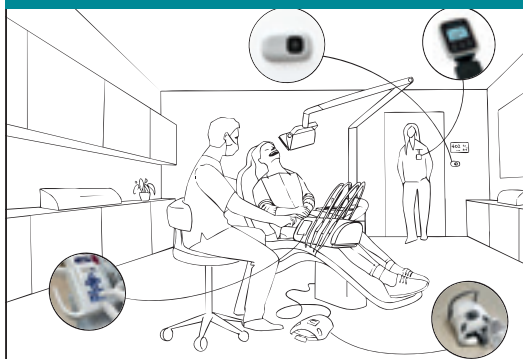
Se mer på fagpressen.no/dybde

Mer effektivitet – mindre stress og støy

RESEPSJON

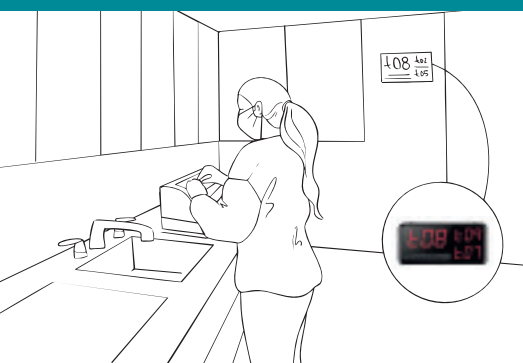


BEHANDLINGSROM

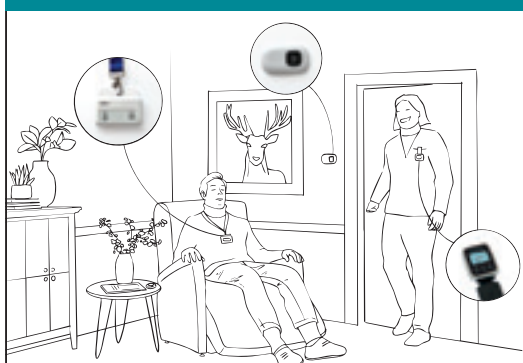


Trykk på knappen og rett person blir varslet

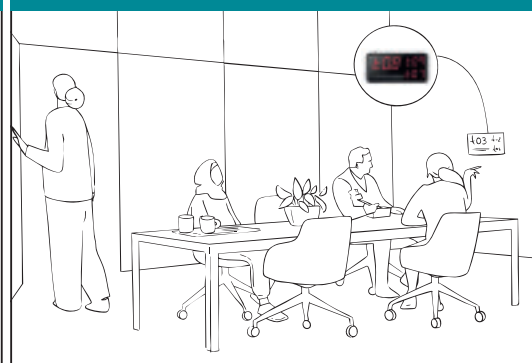
STERIL



PASIENT HVILEROM



SPISEROM / SKRIVESTUE



Passer alle klinikker – liten eller stor

TEST og bli kjent med DentalCall før beslutning om kjøp

- 1 Fyll inn skjemaet på dentalcall.no/test
- 2 Dere får forslag til system og tilbud
- 3 Test systemet i 3 uker uten kjøpsforpliktelser

Dere kan også sende e-post til hei@callsystems.no, eller ringe 950 888 73.

Bytt ut melodispillende
ringeklokker og roping!



Som kanskje ikke høres og
forstyrrer alle på klinikken

KLINISK BUDSKAP

Denne kasuistikken dokumenterer at kirurgisk behandling av labiale gingivale retraksjoner i front underkjeve kan gi fullt rotdekke og endring av gingival fenotype fra tynn til tykk. Før utarbeiding av endelig behandlingsplan må det utføres en grundig undersøkelse både av retraksjonsdefekten og omgivende bløt- og hardvev. Valg av kirurgisk teknikk må være basert på kunnskap om optimal sårtilheling og gode operatørferdigheter.

FORFATTERE

Karoline Sørensen, spesialist periodonti, Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Knut N. Leknes, professor emeritus, Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Knut N. Leknes, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Årstadveien 19, 5009 Bergen. E-post: knut.leknes@uib.no

Akseptert for publisering 17.03.2025. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som:
Sørensen K, Leknes KN. Kirurgisk behandling av en gingival retraksjon resulterte i tykt bløtvevsdekke. En kasuistikk. Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 368-74.

Kirurgisk behandling av en gingival retraksjon resulterte i tykt bløtvevsdekke

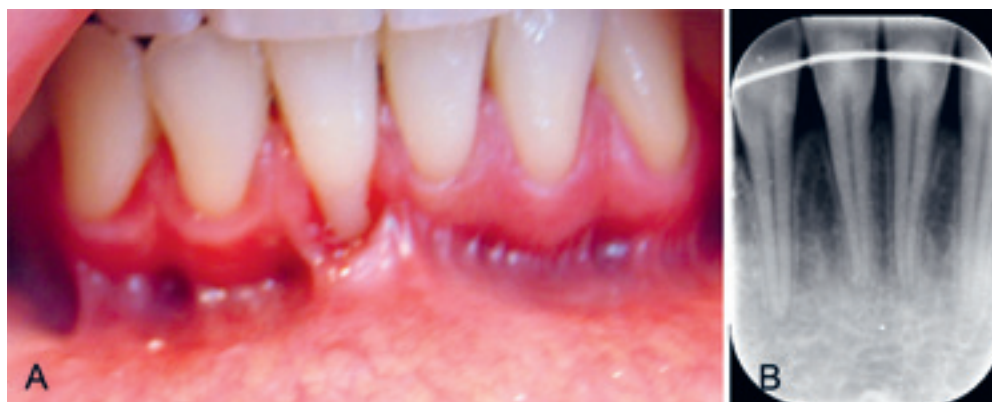
En kasuistikk

Karoline Sørensen og Knut N. Leknes

Gingivale retraksjoner defineres som en apikal forskyvning av margo gingiva fra en normal posisjon til et nivå apikalt for emalje-sementgrensen forårsaket av ulike tilstander eller patologier [1]. Tilstanden er assosiert med festetap og kan oppstå på alle tannflater, men påvises oftest labialt.

Traumatisk tannbørsting, røyking, snusbruk, gingival inflammasjon, perioral- og intraoral piercing, malokklusjon og dårlig tilpasset faste eller avtagbare proteser er alle faktorer som kan disponere for utvikling av gingivale retraksjoner. Ved lokale gingivale retraksjoner identifiseres traumatisk tannbørsting som den viktigste etiologiske faktoren [2]. Kjeveortopedisk behandling kan også være en medvirkende faktor til utvikling av gingivale retraksjoner. Særlig forflytning av tenner til posisjoner utenfor alveolarprosessen. Slik tannforflytning vil kunne føre til lokale beindehisenser og i enkelt-kasus fullstendig tap av labialt eller lingvalt/palatinalt alveolært bein. Kjeveortopedisk behandling vil i slike kasus være en predisponerende faktor, mens traumatisk tannbørsting ofte i kombinasjon med et høyt festet frenulum er den direkte utløsende faktoren for utvikling av gingivale retraksjoner [3].

Et høyt festet frenulum er en anatomisk struktur som via drag kan påvirke margo gingiva og bidra til utvikling av gingivale retraksjoner [4]. Frenulum er en mukosafold som inneholder kollagene



Figur 1, A-B. Gingival retraksjon labialt på tann 41 med lokalt fiberdrag mot margo gingiva uten keratinisert, festet gingiva koronalt for fiberfestet (A). Bildet er tatt ved henvisningstidspunktet. Røntgenbilde av tann 41 uten påvisbart approssimalt festetap (B).

fibre som fester leppe og kinn til alveolær mukosa, og/eller gingiva og periost. Frenulum kan være et problem dersom fibre fester for nær margo gingiva. Begrepene frenektomi og frenotomi beskriver kirurgiske inngrep med forskjellig kompleksitet. Frenektomi er total eksisjon av frenulum med tilhørende fiberfeste til periost og alveolært bein, mens frenotomi er en mer overflatisk eksisjon av frenulum uten fjerning av dypt festet kollagene fibre [5].

Gingival vevstype (fenotype) indikerer en dimensjon som er «site-spesifikk» og kan endres over tid ved påvirkning av miljøfaktorer og klinisk intervensjon. Periodontal fenotype er definert via gingival fenotype (gingival tykkelse og keratinisert vevsbredde) og alveolær beinform (tykkelse på labial beinplate) [1]. Gingival fenotype kan bestemmes via en standardisert og reproducerbar metode ved å plassere en periodontal sonde i gingival sulkus for å «måle» vevstykkelsen. Er sonden synlig, klassifiseres gingiva som tynn (≤ 1 mm), men er sonden usynlig, defineres vevet som tykt (> 1 mm) [1]. Tykk gingival fenotype viser større grad av stabilitet ved vevsremodellering og er mer motstandsdyktig mot mekaniske traumer og videreutvikling av gingivale retraksjoner [6, 7]. Siden gingival fenotype er en viktig prognostisk faktor, bør denne parameteren identifiseres og vurderes postoperativt ved kirurgisk behandling av gingivale retraksjoner.

I denne kasusrapporten vil vi presentere kirurgisk behandling av en labial gingival retraksjon i underkjevens front på en ung pasient samt beskrive resultatet 13-måneder postoperativt. Graden av bløtvevsdekke og endring i gingival fenotype og pasientens symptomtilstand, ble brukt til å vurdere behandlingsresultatet.

Bakgrunn

Kasuset er en kvinne på 26 år, frisk uten kjente sykdommer eller allergier. Pasienten bruker minipille. Hun har aldri røykt eller brukt andre nikotinholdige stimulantia. Pasienten fikk utført kjeveortopedisk behandling med fast apparatur i begge kjever i ung-

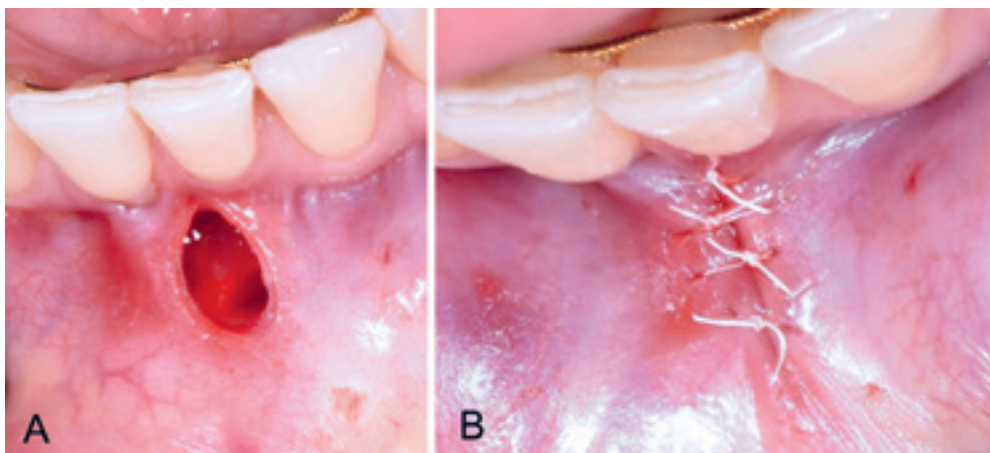
domsårene (2013/2014) der tann 14 og 24 ble ekstrahert på grunn av uttalt horisontalt overbitt. Etter avsluttet kjeveortopedisk behandling ble det i front overkjeve og underkjeve pålimt en palatinal/lingval retensjonstråd. I februar 2022 ble pasienten henvist fra offentlig tannlege til Spesialistutdanningsklinikken, UiB, for vurdering og eventuell behandling av gingival retraksjon labialt 41. Ifølge henvisningen har pasienten den siste tiden merket en rask utvikling av en labial retraksjon 41 som opplevdes betent og øm. Ved henvisningstidspunktet ble retraksjonen målt til 5 mm i vertikal, 4 mm i horisontal retning og med en labial sulkusdybde på 2 mm (figur 1A). Den gingivale fenotype ble generelt vurdert som tynn, men vurderingen labialt 41 var vanskelig på grunn av manglende keratinisering og ett aktivt lokalt fiberdrag mot margo gingiva. Ved aktivt strekk fra frenulum ble den marginale delen av gingiva dradd bort fra tannoverflaten som kan gi økt plakkakkumulering i sulkusområdet (figur 1A). Vevstykkelsen labialt 41 ble ikke vurdert med periodontal sonde i sulkus. Akseretningen på 41 ble karakterisert som nøytral. Basert på kliniske og røntgenologiske funn ble retraksjonen klassifisert som Miller klasse II: Retraksjon til eller apikalt for den mukogingivale grense uten periodontalt festetapp approssimalt [8]. Etter Cairos klassifisering ble defekten klassifisert som en RT 1: Labial retraksjon uten festetapp approssimalt (figur 1A og 1B; [9]).

Utredning og behandling

Målet for behandlingen var å optimalisere hygien, gjøre pasienten symptomfri og oppnå fullstendig rotdekke med et tykt bånd av keratinisert gingiva ved hjelp av et ganetransplantat. Pasienten ble instruert i adekvat munnhygiene; myk vanlig børste med rulleteknikk, solo-børste (myk) og mellomromsbørste. Etter avsluttet periodontal behandling, trinn 1 og 2, ble det oppnådd redusert inflammasjonsgrad (figur 2A og B). Likevel merket pasienten fortsatt lett ømhet og blødning ved daglig reinhold. Med drag fra frenulum mot



Figur 2, A-B. Gingival retraksjon tann 41 etter periodontal behandling trinn 1 og 2. Inflammasjonsgraden i gingiva er redusert (A), men fortsatt frenulum-drag mot margo gingiva. Akseretningen på 41 ble karakterisert som nøytral (B).



Figur 3, A-B. Frenektomi med eksisjon av mesiale fiberdrag (A) og deretter lukning av incisjonene med fem enkle suturer (B).



Figur 4. Tilheling etter frenektomi; fjerning av suturer 14 dager postoperativt.

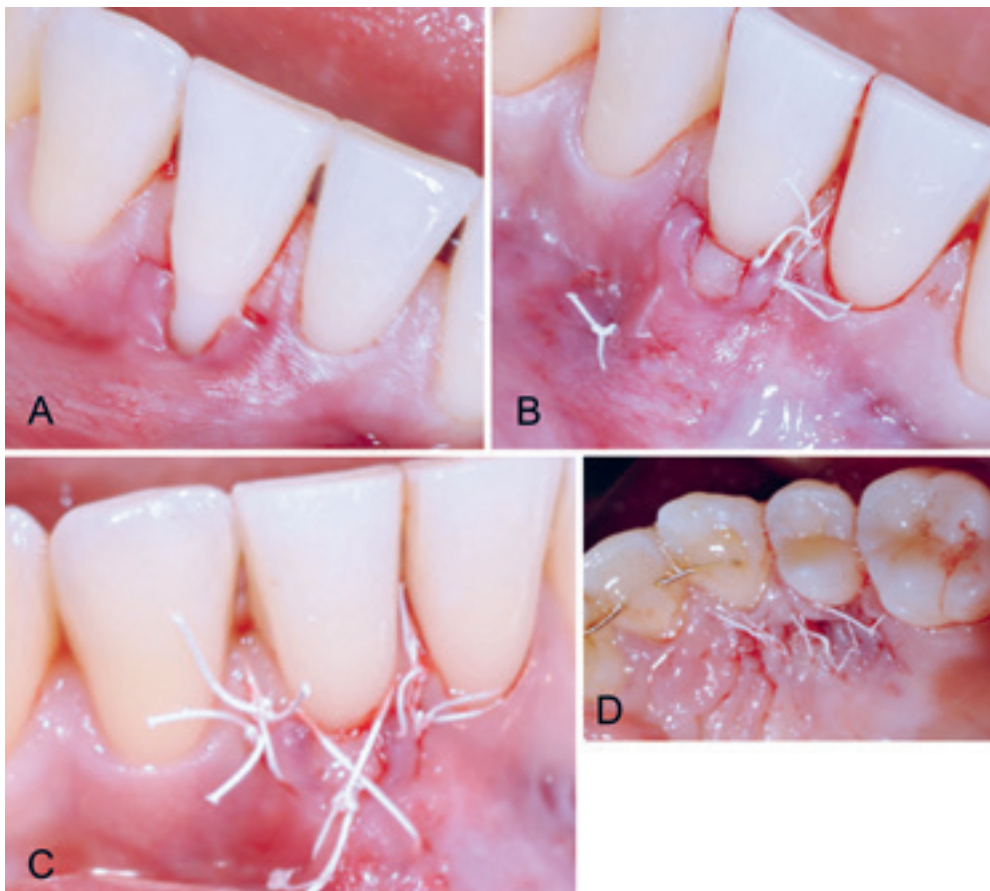
margo gingiva og manglende bånd av keratinisering marginalt, var sannsynligheten stor for at defekten kunne øke i størrelse. Etter ønske fra pasienten ble derfor følgende behandlingsplan lagt: Frenektomi for å fjerne labialt fiberdrag og deretter dekke defekten med et gingivalt transplantat for å stimulere til utvikling av en tykk gingival fenotype labialt 41 [10].

For å redusere risikoen for mulig eksponering av beindehisens labialt 41 under det kirurgiske inngrepet, ble det bestemt å bare eksidere mesiale hovedfiberdrag (figur 2A). Frenektomi med eksisjon av fiberdrag og deretter lukking av incisjonene med fem enkle suturer ble utført oktober 2022 [figur 3A og B]. For å sikre fullstendig lukking, ble primære incisjoner lagt i bevegelig mukosa. Suturene ble fjernet 14 dager postoperativt [figur 4].

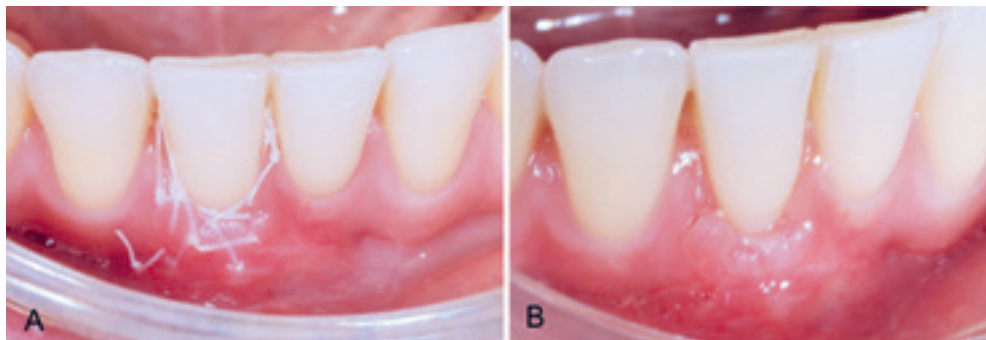
For å dekke retraksjonen ble det 16 uker seinere utført en kirurgisk korreksjon ved bruk av «konvolutt-teknikk» med ganetransplantat [11]. Etter å ha planert rotoverflaten på 41, ble marginalt vev mobilisert og lommen utvidet apikalt og lateralt (figur 5A). Bindevevstransplantat fra ganene ble så plassert og suturert i bløtvevslommen i nivå med emalje-sementgrensen, men uten å være fullstendig dekket av bløtvevslappen (B og C). Ganeepitelet ble replasert og primær sårlukking sikret med enkle suturer (D).

deretter to vertikale snitt mot midten av ganen med en lengde som tilsvarer høyden på transplantatet. Det underliggende bindevevslaget ble fridissekert med en tykkelse på ca. 1,5 mm og plassert i bløtvevslommen labialt 41 slik at det dekket hele retraksjonen (figur 5A og B). Transplantatet ble så stabilisert med ikke-resorberbare suturer i nivå med emalje-sementgrensen, men med ca. 2 mm eksponering koronalt (figur 5B og C). Ganeepitelet ble replasert og primær sårlukking sikret med enkle suturer (figur 5D). Suturene ble fjernet 15 dager postoperativt (figur 6).

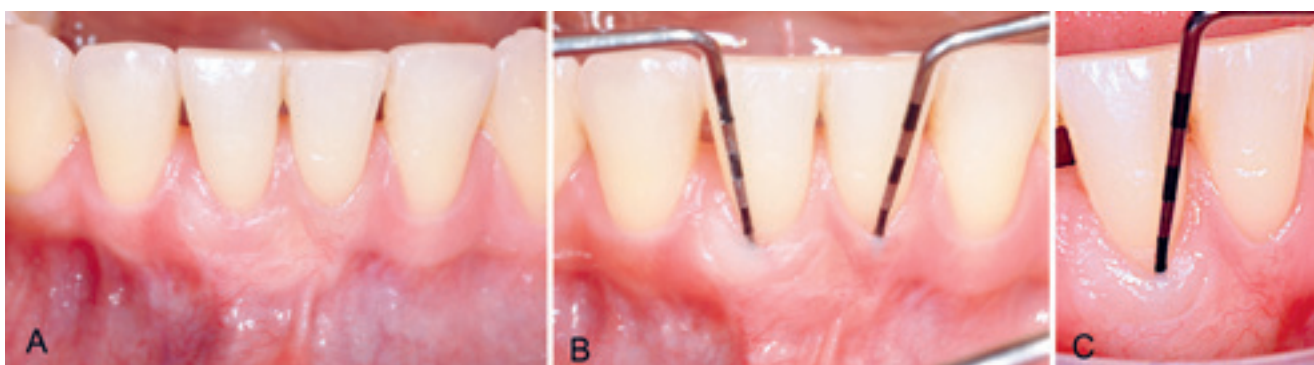
Kontroll 13 måneder postoperativt viste tilnærmet fullt rotdekke til emalje-sementgrensen labialt 41 (figur 7A) og gingival fenotype ble ved sonde i sulkus karakterisert som tykk (figur 7B og C). Båndet av keratinisert gingiva labialt ble målt til 5 mm (figur 7A) og sulkusdybden til 2 mm. Margo gingiva framstår som mer robust og uten kollagent fiberdrag. Fra å oppleve defekten som betent og øm ved henvisningstidspunktet, var pasienten postoperativt symptomfri og uten ubehag eller blødning ved daglig reinhold. Gingival fenotype labialt 31 ble fortsatt vurdert som tynn (svakt gjennomskinn



Figur 5, A-D. Marginaltvev ble mobilisert og lommen utvidet apikalt og lateralt (A). Bindevevstransplantat fra ganene ble så plassert og suturert i bløtvevslommen i nivå med emalje-sementgrensen, men uten å være fullstendig dekket av bløtvevslappen (B og C). Ganeepitelet ble replasert og primær sårlukking sikret med enkle suturer (D).



Figur 6, A-B. Ved suturfjerning 15 dager postoperativt (A). Etter suturfjerning (B).



Figur 7, A-C. Kontroll 13 måneder postoperativt; fremdeles med tilnærmet fullt bløtvevsdekke til emalje-sementgrensen (A), tykk fenotype (B og C) og med et 5 mm bånd av keratinisert gingiva labialt 41. Gingival fenotype 31 ble vurdert som tynn (gjennomskinn av sonde i sulkus; B).



Figur 8. Fullstendig tilheling palatinalt 13 måneder postoperativt regio 24–26. (til digital versjon).

av sonde i sulkus; figur 7B). Ganeepitelet regio 24 -26 viste fullstendig tilheling (figur 8).

Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra pasienten for eventuell publisering av denne kasusrapporten.

Diskusjon

Behandlingsresultatet for 41 ble 13 måneder postoperativt karakterisert som vellykket. Klinisk ble det oppnådd tilnærmet full dekning til emalje-sementgrensen med et bløtvevsdekke av tykt gingivalt vev og med et bånd av keratinisert gingiva på om lag 5 mm.

Langtidsoppfølging av individer med god hygiene viser at ubehandlede retraksjoner med stor sannsynlighet forverres over tid [8]. En slik utvikling kan resultere i mindre tilfredsstillende estetikk, økt hypersensitivitet og redusert langtidsprognose for tannen. Gingivale retraksjoner med tynn fenotype har økt risiko for videreutvikling av retraksjonsdefekter sammenlignet med tykk fenotype uavhengig om behandling blir utført eller ikke [6]. Tykk gingival fenotype er dessuten identifisert som en positiv prediktor for et vellykket resultat etter kirurgisk behandling og postoperativ vevsstabilitet [6, 12]. For denne pasienten var målsetningen ikke bare å dek-

ke retraksjonen, men også å endre gingival fenotype fra tynn til tykk for å oppnå langvarig stabilitet.

Vellykket behandling av gingivale retraksjoner er basert på tre grunnleggende prinsipper. Først må behandler identifisere og korrigere etiologiske faktorer. Deretter må det utføres kliniske og røntgenologiske undersøkelser av defekt karakteristika og omgivende vev. Disse forundersøkelsene danner så basis for å kunne velge og utføre en best mulig individtilpasset behandling. Hovedmålene med transplantatkirurgi er å flytte gingiva til den opprinnelige posisjon ved emalje-sementgrensen og om mulig øke båndet av og tykkelsen på keratinisert gingiva. Bindevevstransplantat i kombinasjon med koronaforskjøvet lapp har i lang tid blitt betraktet som gullstandard ved behandling av gingivale retraksjoner [13]. Siden gingivalt bindevev inducerer epitelial differensiering i mottakerområdet [14], vil bruk av bindevevstransplantat øke sannsynligheten for fullt rotdekk og fremme gingival keratinisering og økt vevstykkelse. Transplantat med størst mulig innhold av tett bindevev fra lamina propria syntes å gi best klinisk resultat [15]. Orale biopsier viser at sammenlignet med bindevevstransplantater fra ganen var mengden av lamina propria tykkere ved tuber maxillaris. Dette området synes derfor å være særlig godt egnet til høsting av bindevevstransplantat [15]. På grunn av manglende tilgang til vev ved tuber

maxillaris ble det for denne pasienten bestemt å høste transplantat fra ganen. Maksimal keratinisering postoperativt oppnås dersom bindevevstransplantatet ikke blir fullstendig dekket av bløtvevslappen [16]. Transplantatet ble derfor suturert på plass i bløtvevslommen i nivå med emalje-sementgrensen, men med ca. 2 mm koronal eksponering.

Manglende vevsdimensjon i ganen kan skape problemer for høsting av bindevevstransplantat med tilstrekkelig tykkelse. Resultater etter innlegg av bindevevstransplantat med henholdsvis 1 og 2 mm tykkelse har vist liten forskjell 3-måneder postoperativt [17]. Antall mm med keratinisert gingiva og gingival tykkelse var tilnærmet identisk for begge gruppene. For denne pasienten ble det hentet ut et transplantat med tykkelse på ca. 1,5 mm. Med strukturert oppfølging og kontinuerlig motivasjon i atraumatisk børsteteknikk er langtidsprognosen god for behandling av gingivale retraksjoner med bindevevstransplantat [18].

Takk

Takk til professor emeritus Einar Berg for gjennomlesing og kommentering av manuskript og til professor emeritus Nils Roar Gjerdet for redigering av figurer.

REFERANSER

1. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop J Clin Periodontol. 2018;45(S20):S219-S29. DOI: 10.1111/jcpe.12951
2. Loe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. J Periodontol. 1992;63(6):489-95. DOI: 10.1902/jop.1995.36.3.177
3. Hage K DM MM, Bunæs DF, Arnesen R, Ibrahim S, Leknes BO, Leknes KN. Gingivale retraksjoner - er kjeveortopedisk behandling en risikofaktor? Nor Tannlegeforen Tid. 2015;125:244-52.
4. Breault LG, Fowler EB, Moore EA, Murray DJ. The free gingival graft combined with the frenectomy: a clinical review. Gen Dent. 1999;47(5):514-8.
5. Takei HH AR. Periodontal Plastic and Esthetic Surgery. 9th ed 2002. DOI: 10.1016/B978-1-4377-0416-7.00063-9.
6. Chambrone L, Tatakis DN. Long-Term Outcomes of Untreated Buccal Gingival Recessions: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Periodontol. 2016;87(7):796-808. DOI: 10.1902/jop.2016.150625.
7. Kao RT, Pasquinelli K. Thick vs. thin gingival tissue: a key determinant in tissue response to disease and restorative treatment. J Calif Dent Assoc. 2002;30(7):521-6.
8. Miller PD, Jr. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent. 1985;5(2):8-13.
9. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. J Clin Periodontol. 2011;38(7):661-6. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x.
10. Carbone AC, Joly JC, Botelho J, Machado V, Avila-Ortiz G, Cairo F, et al. Long-term stability of gingival margin and periodontal soft-tissue phenotype achieved after mucogingival therapy: A systematic review. J Clin Periodontol. 2024;51(2):177-95. DOI: 10.1111/jcpe.13900.
11. Larsen OI, Alvestad TG, Dalbak ETG, Bunæs DF, Leknes KN. Gingivale retraksjoner. Nor Tannlegeforen Tid. 2018;128(5). DOI: 10.56373/2018-5-3.
12. Couso-Queiruga E, Barboza EP, Avila-Ortiz G, Gonzalez-Martin O, Chambrone L, Rodrigues DM. Relationship between supracrestal soft tissue dimensions and other periodontal phenotypic features: A cross-sectional study. J Periodontol. 2023;94(8):944-55. DOI: 10.1111/jcpe.13781.
13. Chambrone L, Botelho J, Machado V, Mascarenhas P, Mendes JJ, Avila-Ortiz G. Does the subepithelial connective tissue graft in conjunction with a coronally advanced flap remain as the gold standard therapy for the treatment of single gingival recession defects? A systematic review and network meta-analysis. J Periodontol. 2022;93(9):1336-52. DOI: 10.1002/JPER.22-0167.
14. Karring T, Cumming BR, Oliver RC, Löe H. The origin of granulation tissue and its impact on postoperative results of mucogingival surgery. J Periodontol. 1975;46(10):577-85. DOI: 10.1902/jop.1975.46.10.577.
15. García-Caballero L, Gándara M, Cepeda-Emiliani A, Gallego R, Gude F, Suárez-Quintanilla J, et al. Histological and histomorphometric study of human palatal mucosa: Implications for connective tissue graft harvesting. J Clin Periodontol. 2023;50(6):784-95. DOI: 10.1111/jcpe.13800.
16. Di Domenico GL, Di Martino M, Arrigoni G, Aroca S, de Sanctis M. Multiple coronally advanced flap with a selective use of connective tissue graft: A 3-year prospective clinical and histological study. J Periodontol. 2023;94(10):1200-9. DOI: 10.1002/JPER.22-0632.
17. Moisa DH, Connolly JA, Cheng B, Lalla E. Impact of connective tissue graft thickness on surgical outcomes: A pilot randomized clinical trial. J Periodontol. 2019;90(9):966-72. DOI: 10.1002/JPER.18-0741.
18. Midtbo M, Daehlin MS, Hage K, Bunæs DF, Berg E, Leknes KN. Interdisciplinary Treatment of Gingival Recession. J Clin Orthod. 2016;50(2):97-102.

ENGLISH SUMMARY

K Sørensen, KN Leknes

Surgical treatment of a gingival recession resulted in thick soft tissue coverage

A case report

Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 368-74.

This case report documents that full root coverage is obtainable following surgical treatment of a labial gingival recession in the lower front area of a young patient. The 13-month postsurgical outcome demonstrated also a conversion of gingival phenotype from thin to thick. Thick phenotype increases the probability of enhanced gingival tissue stability. Treatment of gingival recession requires a

thorough pre-examination of the recession defect and the surrounding soft and hard tissues to secure an optimal customized treatment plan. Most of the surgical approaches to treat gingival recessions are technique sensitive. Successful outcomes are therefore dependent on choosing a surgical technique grounded on evidence-based knowledge and proficient surgical skill.

Tidendes pris for beste kasuistikk

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

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

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

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

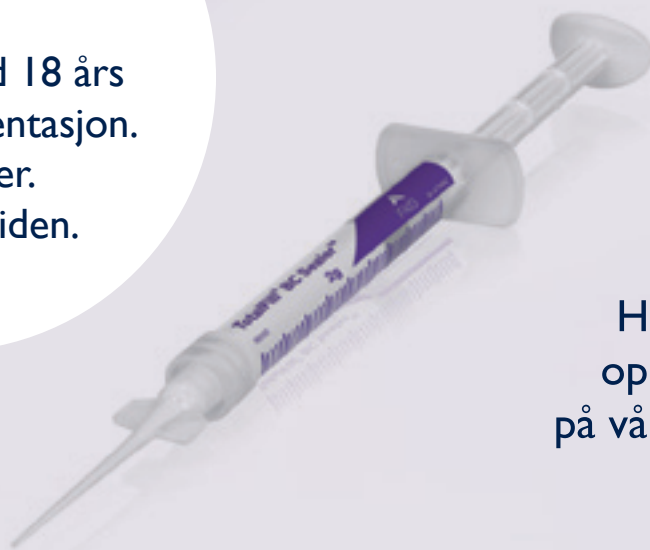
Hvorfor velge Race EVO?

- ✓ Ekstrem fleksibel
- ✓ Ekstrem effektiv
- ✓ Minimal invasiv



TotalFill BC Sealer

Biokeram med 18 års
klinisk dokumentasjon.
Ingen over.
Ingen ved siden.



Hold deg
oppdatert
på våre kurs:



TECHNOMEDICS

Tlf.: 69 88 79 20
www.technomedics.no

VISSTE DU AT GROVE KORNPRODUKTER HOLDER DEG METT LENGER?

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep



Helsedirektoratet

BIVIRKNINGSSKJEMA

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

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

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

TEL:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

☐ Tannlege, offentlig ☐ Tannlege, privat
Spesialist i:

☐ Tannpleier, offentlig ☐ Tannpleier, privat

☐ Lege, sykehus ☐ Lege, primær/privat
Spesialist i:

Pasientdata

Kjenn: ☐ Kvinne ☐ Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overfølsomhetsallergi:

Var det pasienten som gjorde deg oppmerksom på reaksjonen(e)?

☐ Ja ☐ Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?

Umiddelbart innen 24 timer innen 1 måned 1 år ukjent

Symptomer og funn

Pasientens symptomer

☐ Ingen

Intraoralt:

☐ Svie/brennende følelse
☐ Smerte/irritasjon
☐ Smakforstyrrelser
☐ Slurvnummen
☐ Tørrhet
☐ Øket spytt/slimmengde

Lepper/lansett/ljever:

☐ Svie/brennende følelse
☐ Smerte/irritasjon
☐ Slurvnummen
☐ Hudreaksjoner
☐ Kjøleledsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

☐ Muskler/ledd
☐ Mage/tarm
☐ Hjertesirkulasjon
☐ Hud
☐ Øymer
☐ Øre/hansel, nese, hals

Øvrige symptomer:

☐ Tretthet
☐ Svimelighet
☐ Hodepine
☐ Hukommelsesforstyrrelser
☐ Konsentrasjonsforstyrrelser
☐ Angst
☐ Uro
☐ Depresjon

Annet:

Rapportens funn

☐ Ingen

Intraoralt:

☐ Hevelse/ødem
☐ Hvilte forandring
☐ Sår/blemer
☐ Rødt
☐ Ålt
☐ Impresjoner i tungen/kinn
☐ Amalgamtaboveringer
☐ Linea alba

Annet:

Lepper/lansett/ljever:

☐ Hevelse/ødem
☐ Sår/blemer
☐ Erytem/hud
☐ Utslettelse
☐ Palpable lymphknuter
☐ Kjøleledsfunksjon
☐ Nedsett sensibilitet

Annet:

Angi lokalisasjon:

Øvrige funn:

☐ Hevelse/ødem
☐ Urtikaria
☐ Sår/blemer
☐ Eksentrikkelt
☐ Erytem/hud

Annet:

I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjon(e)? ☐ Fyllinger (åndske teknikk) ☐ Imleg, basaler ☐ Faste protetiske erstatninger ☐ Avagbare protetiske erstatninger ☐ Biologisk behandling ☐ Midlertidig behandling ☐ Rotbehandling (rotfylling) ☐ Tannkjøttbehandling ☐ Oral kirurgi ☐ Tannregulering ☐ Forbyggende behandling Annst.	Hvilke materialer mistenkes å være årsak til reaksjon(e)? ☐ Amalgam ☐ Komposit ☐ Komposit ☐ Gassdionomer ☐ Kjemisk ☐ Iyberdende ☐ Bindingsmaterialer (primertbinding) ☐ Isolerings- fôringsmaterialer ☐ Fastsattingsforingsmaterialer ☐ Iyberdende limmer (f.eks. varnish, lernass, fôrings) ☐ Pulveriseringsmaterialer ☐ Endodontiske materialer ☐ Semerlingsmaterialer ☐ Metallkeram (MK, PG) ☐ Metalllegning ☐ Keram ☐ Materialer for koronert/innlegg ☐ Metalllegning ☐ Keramisk ☐ Materialer for autoklav prosess ☐ Metalllegning ☐ Metalllegning ☐ Metalllegning ☐ Materialer for elektronisk/teknisk apparatur ☐ Metalllegning ☐ Metalllegning ☐ Materialer for biomedisinsk apparatur ☐ Materialer for implantater ☐ Avhengighetsmaterialer ☐ Hydrokollid ☐ Elastomer ☐ Midlertidige materialer – faste protoser ☐ Midlertidige materialer – avtagbare protoser ☐ Andre midlertidige materialer ☐ Forbruksmaterialer (f.eks. harmler, kaffedam) ☐ Andre materialer	Hvor sikker bedømmes relasjonen mellom materialet og reaksjon(e)? Tannlege/annet faglig: ☐ Sikker ☐ Mulig ☐ Usikker Pasient: ☐ Sikker ☐ Mulig ☐ Usikker	Produkt navn og produsent Er aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjon(e): Logg gjerne ved i HUS-datablad	Hvem har behandlet? Er pasienten henvist for utredning/undersøkelse/ behandling av reaksjon(e)? ☐ Nei ☐ Ja Ja til: ☐ Tannlege ☐ Odontologisk spesialist ☐ Allmennlege ☐ Medisinsk spesialist eller på tjukehus ☐ Alternativt tjukehus Annst.	Hvem har behandlet? Er pasienten henvist for utredning/undersøkelse/ behandling av reaksjon(e)? ☐ Nei ☐ Ja Ja til: ☐ Tannlege ☐ Odontologisk spesialist ☐ Allmennlege ☐ Medisinsk spesialist eller på tjukehus ☐ Alternativt tjukehus Annst.
--	--	---	---	--	--



Hvitere tenner
kan gi pasientene
dine selvtillit til å
smile mere.

Ett hvitere smil kan gjøre livet ditt lysere

Opalescence bleking er ute på et oppdrag for å gi pasientene dine lysere, hvitere smil slik at de kan vise seg fra sin beste side og få en god følelse, og gjøre gode dager enda bedre. Som verdensleder i profesjonell tannbleking,¹ har Opalescence gjort over 100 millioner smil lysere.¹ Det er mange bedre dager.

Opalescence™
tooth whitening systems



Lær mere om våre blekeløsninger
på ultradent.eu/brighterworld,
og gi pasientene dine flere gode
grunner til å smile.

1. Arkiverte data.



eu.ultradent.blog

ULTRADENT.EU

© 2025 Ultradent Products, Inc. Alle rettigheter forbeholdt.



Generativ kunstig intelligens og store språkmodeller i høyere utdanning

✍ **SIVAKAMI RETHNAM HAUG, FØRSTEAMANUENSIS, PROGRAMUTVALGSLEDER, INSTITUTT FOR KLINISK ODONTOLOGI, UNIVERSITETET I BERGEN**

MARIT ØILO, PROFESSOR, VISEDEKAN FOR UTDANNING, INSTITUTT FOR KLINISK ODONTOLOGI, UNIVERSITETET I BERGEN

Kunstig intelligens (KI) og Store Språkmodeller (Large Language Model, LLM) er de siste mye omtalte buzz-ordene. Generativ kunstig intelligens (gen KI), refererer til en klasse av KI-modeller som er i stand til å generere eller skape nytt innhold, som tekst, bilder eller lyd, som ligner på dataene de ble trent på [1, 2]. LLM er en type gen KI spesielt designet for å forstå og etterligne menneskelig språk. Dette kan potensielt gi mange nye hjelpemidler for studenter, forskere og også klinikere. Brukt riktig kan KI være et effektiviserende hjelpemiddel. Tilgjengeliggjøringen av KI kan potensielt få stor betydning for både forskning og høyere utdanning.

Hva er kunstig intelligens

En organisasjon (OpenAI) som har som mål å fremme og utvikle KI og maskinlæring (ML) til beste for menneskeheten ble grunnlagt i desember 2015 av blant annet Elon Musk. Den første versjonen av deres samtalebaserte KI modell (GPT-1, Tabell 1) ble lansert i juni 2020. Denne modellen markerte begynnelsen på ChatGPT-serien, som siden har utviklet seg med påfølgende versjoner som GPT-2 til GPT-4. Siste oppdatering ble integrert i ChatGPT-produktet i mars 2023. Det finnes mange eksempler på generativ KI. Andre eksempler inkluderer StyleGAN, DeepDream, Pix2pix, WaveGen, og denne listen utvides stadig. ChatGPT ble offisielt lansert for offentligheten den 30. november 2022. Det var første gang en GPT-basert samtale-KI ble gjort bredt tilgjengelig for daglig brukere via et nettgrensesnitt. Lanseringen fikk raskt stor oppmerksomhet, og millioner av brukere begynte å samhandle med den, noe som utløste enorm interesse for KI-drevne samtalemodeller. Disse er designet for å delta i samtaler på naturlig språk med brukere, og gi svar som er kontekstuellt relevante og sammenhengende. De kan forstå og generere menneskelignende tekst på et bredt spekter av emner og oppgaver, noe som gjør dem egnet for ulike bruksområder

der som kundeservice, språkopplæring, støtte for kreativ skriving og mer. Den er trent på et mangfoldig datasett som inneholder en stor mengde tekst fra internett, noe som gjør at den kan fange opp og etterlikne mange nyanser av menneskelig språk og samtale.

Generative	Den genererer tekst basert på input.
Pre-trained	Den er forhåndstrenet på store datasett før den finjusteres for spesifikke oppgaver.
Transformer	Den bruker Transformer-arkitekturen, en dyp læringsmodell utviklet for naturlig språkprosessering (NLP).

Et KI-drevet akademisk søkeverktøy som bruker ML og naturlig språkprosessering (NLP) for å analysere tekst og anbefale relevante forskningsartikler ble utviklet av et norsk oppstartsselskap (Keenious AS), som har base i Tromsø, Norge. Selskapet ble grunnlagt i 2019 av et team av forskere og ingeniører med mål om å forbedre akademisk forskning ved hjelp av KI. Det finnes flere andre tilsvarende verktøy. Disse er ikke en LLM som ChatGPT, men analyserer en gitt tekst og søker etter relevante akademiske kilder. Dette effektiviserer litteratursøk. Keenious er tilgjengelig som en plugin for Microsoft Word. Det integreres direkte i Word for å hjelpe brukere med å finne relevante akademiske artikler mens de skriver. Selv om både Keenious og ChatGPT bruker KI, er Keenious spesialisert for akademisk forskning, mens LLM-er er mer generelle språkmodeller.

Copilot i Microsoft Edge er en innebygd KI-assistent som bruker Microsofts teknologi og Bing AI for å forbedre nettleseropplevelsen. Den hjelper med oppgaver som tekstskriving, oppsummering av artikler, søk med kontekst, og produktivitetsverktøy som oppgavestyring og innholdsopprettning. Copilot er integrert i sidepanelet og fungerer som en personlig assistent for både arbeid og

daglige aktiviteter, og tilbyr smartere og mer effektive løsninger sammenlignet med tradisjonelle verktøy.

Hvordan virker LLM?

En LLM fungerer ved å utnytte en dyp lærings-arkitektur kalt transformer. Her er en forenklet forklaring på hvordan den opererer:

Inndatakodning: Når du gir en LLM en ledetekst eller en oppføring (*prompt på engelsk*), koder den først inn inndataene ved hjelp av tokenisering (oppdeling), og konverterer ord eller delord til numeriske representasjoner. Bearbeiding med transformerlag: De kodede inndataene blir deretter bearbeidet gjennom flere lag med transformerblokker.

Generering av utdata: Etter å ha bearbeidet inndataene gjennom transformerlagene, genererer modellen én utdatatoken om gangen. Den forutsier den mest sannsynlige token som skal komme etter den forrige basert på konteksten gitt av inndataene og dens innlærte kunnskap fra forhåndstreningen.

Gjentakelse og diversifisering: Under genereringsprosessen kan modellen noen ganger gjenta seg selv eller produsere generiske svar.

Scoring og utvalg: Når modellen genererer flere mulige fullføringer, tildeles hver fullføring en sannsynlighetsscore basert på hvor sannsynlig den er i henhold til modellens parametere.

Finjustering: LLM-er blir ofte finjustert på spesifikke datasett eller oppgaver for å tilpasse dem til bestemte bruksområder, og dermed forbedre ytelsen og relevansen deres for spesifikke kontekster.

Kunstig intelligens og høyere utdanning

KI har allerede gitt Universitets- og høyskolesektoren i Norge mye hodebry. Noen institusjoner gikk raskt ut med forbud, mens andre heller forsøkt å gi studentene en trygg arena for bruk av KI. Samtli-

ge institusjoner har strevd med å gi tydelige og gode retningslinjer for studentene. For ansatte har situasjonen vært annerledes og litt mer «fritt frem» politikk. Det er flere grunner til at dette har vært vanskelig. For det første, har de som skulle eller burde laget retningslinjer ikke hatt nok kompetanse på området. For det andre, er det vanskelig å lage retningslinjer for noe som er konstant i endring. Resultatet blir dermed at noen studenter er kjappe med å teste ut og skaffe seg kompetanse på dette området, mens mange ikke tør benytte hjelpemidlene av frykt for å felles for fusk.

UiBchat er en tjeneste tilgjengelig fra chat.uib.no tilsvarende ChatGPT som gjøres tilgjengelig for UiBs studenter og ansatte. Det gir et grensesnitt der du kan ha en samtale med en robotassistent drevet av den gen KI-modellen GPT-4. I denne versjonen av tjenesten lagres ingen data. Chat-logger lagres kun i brukerens nettleser og enhet. UiBchat er godkjent for gule og grønne data. Gule data representerer ofte begrenset eller sensitiv informasjon som krever forsiktighet ved deling, men som ikke er like konfidensielle som «røde data». Eksempler kan være interne e-poster, prosjektfiler eller dokumenter som inneholder ikke-kritisk bedriftsinformasjon. Grønne data: Refererer til offentlig eller lavrisikoinformasjon som kan deles fritt uten betydelige sikkerhets- eller personvernshensyn. Eksempler kan inkludere markedsføringsmaterie, offentlige rapporter eller generell kontaktinformasjon. Denne godkjenningen sikrer at plattformen oppfyller nødvendige sikkerhets- og personvernkrav for håndtering av ulike typer data innenfor universitetet eller organisasjonen.

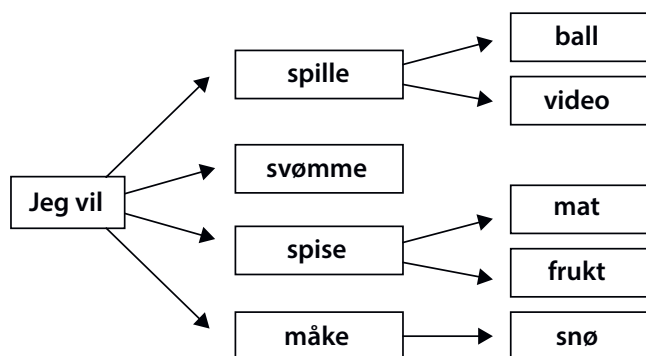
En undersøkelse utført i april 2024 på kull 3 tannlegestudenter viste imidlertid at studentene ikke var så kjent med KI eller LLM som forventet. For eksempel rapporterte kun en tredjedel av kull 3 tannlegestudentene at de hadde noen erfaring med ChatGPT og/eller annen LLM. Ingen av studentene var klar over UiBchat (Figur 2).

LLM fungerer veldig bra på engelsk. Når det gjelder andre språk, avhengig av bruken, kan det gi begrensede svar. Språkskjevhet oppstår fordi KI-modeller ofte trenes på datasett dominert av engelskspråklig informasjon. Dette betyr ofte at en modell vil prestere bedre på en engelskspråklig oppgave enn den vil på andre språk, og utilsikt begrenser nytten for folk som ikke har engelsk som førstespråk.

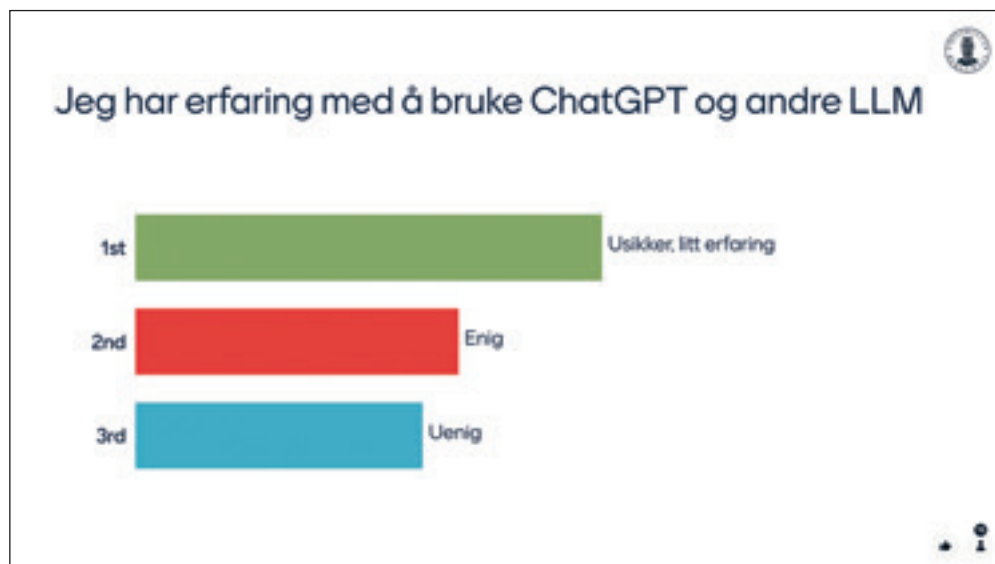
Interessant nok, når du stiller et spørsmål på norsk, for eksempel, hva er suksessraten for revisjonsbehandling i endodonti, får du følgende referanser:

[3] Hvorfor blir ikke alltid rotfylling vellykket? - Institutt for klinisk odontologi (uio.no)

[4] Når bør rotfyllingen revideres? | Den norske tannlegeforenings Tidende (tannlegetidende.no)



Figur 1. Flytskjema viser hvordan LLM genererer sannsynlige ord. Jeg vil svømme for eksempel har ingen fortsettelse, men jeg vil spille genererer ord som ball eller video.



Figur 2: Fordelingen av tannlegestudentenes svar på spørsmålet «Jeg har erfaring med å bruke ChatGPT og andre LLM».

Når du stiller det samme spørsmålet på engelsk, «What is the success rate for retreatment in Endodontics?» oppgis disse referansene i stedet.

[5] Dental_Update_2004. _Root_Canal_Retreatment.1._ Case_Assessment_and_Treatment_Planning.pdf (exodontia.info)

[6] Dental Update - Theoretical considerations for root canal re-treatment (dental-update.co.uk)

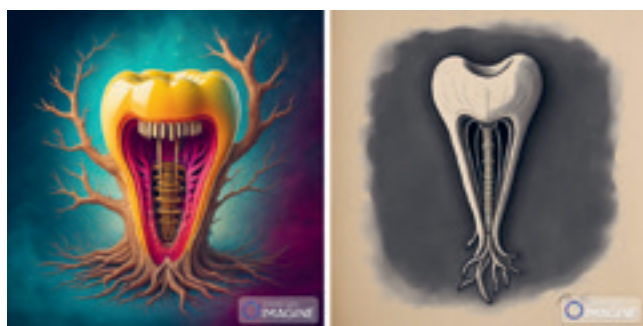
Surgical endodontic retreatment | Periodontal and Implant Research (springer.com)

En av disse referansene handler ikke om revisjonsbehandling da den omhandler endodontisk kirurgi. Imidlertid blir endodontisk kirurgi ofte referert til som «surgical retreatment» på engelsk, mens revisjonsbehandling kalles «non-surgical retreatment». Så denne referansen er ikke langt fra virkeligheten. Imidlertid har LLM vært

kjent for å «hallusinere» eller gi ikke-eksisterende referanser som bøker og artikler. Dette skjer fordi modellen er trent opp til å tilfredsstille deg og dine spørsmål. Om den ikke finner et svar, vil den dikte opp det som virker mest troverdig for å i hvert fall levere noe. Om du er misfornøyd med svaret, vil den som regel beklage seg og komme opp med en nytt alternativ.

Det er mange programmer som kan tegne bilder eller illustrasjoner på bestilling Du kan til og med velge hva slags illustrasjon du vil ha og hvilken stil og egenskaper (Figur 3-5).

Det finnes svært mange betalingsbaserte KI-baserte tegne- eller bildegenereringsprogrammer som er mye bedre og som kan gi bilder og illustrasjonen som er naturtro eller feilfrie. Dette er også avhengig av hvor god man er på å skrive en god beskrivelse av hva man vil ha. Det er likevel verd å merke seg at tannlegen og profes-



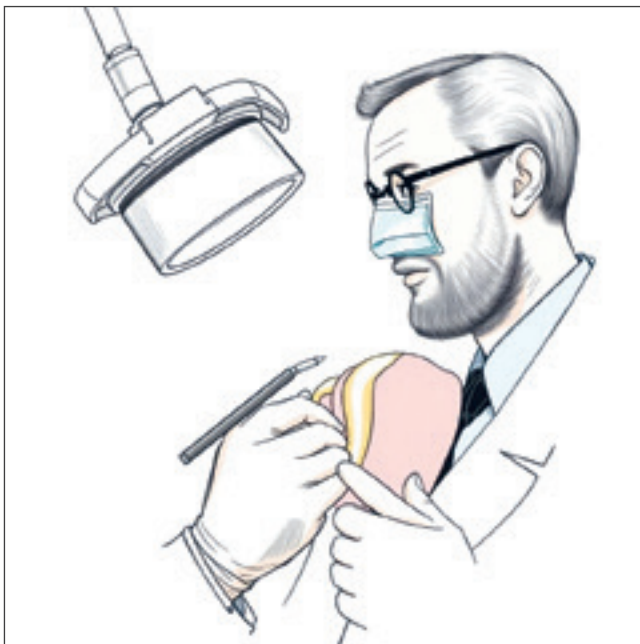
Figur 3A og B. Viser to ulike bilder laget av et gratis KI program (Imagine, <https://www.imagine.art/dashboard/image>) etter oppfordringen «draw me a root canal».



Figur 4A og B. To illustrasjoner laget av KI basert på oppfordringen «tegn en tannlege som utfører en rotbehandling». (Imagine)

soren er en hvit mann i alle våre resultater. Det har vært mye kritikk om at KI-programmer diskriminerer. Kjønnsskjevheter er et spesielt gjennomgående problem i landskapet til LLM, som ofte forsterker stereotypier innebygd i de underliggende dataene. Dette kan sees i ordinnleiringer, en prosess der ord blir representert av hvor semantisk like de er 7. Fordi KI som regel er trent på engelskspråklige kilder produsert i den vestlige verden og valgt ut av unge vestlige dataingeniører, gir utdataene ofte et skjevt bilde av verden og kan dermed underbygge stereotyper og gamle fordommer. For eksempel vil setningen «Min kjæreste er lege», som regel oversettes til «My boyfriend is a doctor», mens setningen «Min kjæreste er sykepleier», oversettes til «My girlfriend is a nurse».

KIs tendens til å generalisere sykdomsmønstre og prevalens kan bli et stort problem når disse brukes i det medisinske feltet for diagnostisering og behandling. KI-algoritmer kan variere i ytelse på tvers av demografiske grupper, spesielt i grupper som er underrepresentert eller feilrepresentert i opplæringsdatasett. Flere kilder til skjevhet kan kulminere i KI-algoritmeskjevhet, definert som systematiske og gjentatte feil som gir urettferdige resultater og kan forsterke eksisterende ulikheter i helsevesenet. Disse typer skjevheter kan oppstå på ethvert trinn i KI-algoritmutviklingen eller implementeringsprosessen og resultere i helseulikheter eller diskriminering i helsevesenet 8.



Figur 5. Illustrasjonen er laget etter oppfordring «tegn en professor som utfører rotbehandling». (Imagine).

KI bør ikke forveksles med ML. KI er det overordnede konseptet for å skape intelligente systemer, mens ML er en spesifikk metode innen KI som hjelper systemer med å lære og ta beslutninger basert på data. ML er en underkategori av KI som fokuserer på å utvikle algoritmer som gjør det mulig for systemer å lære av data og forbedre ytelsen over tid uten å bli eksplisitt programmert. Målet er å gjøre systemer i stand til å lære og tilpasse seg autonomt basert på data. Eksempler er søppelpostfiltrering i e-post, prediktiv analyse innen helse, tolkning av røntgenbilder og annet.

KI-modeller blir kraftigere med mer data – men det er en grense for hvor mye data av høy kvalitet som finnes. AI forventes nå å gå tom for treningsdata om omtrent tre år, rundt 2028. Samtidig strammer dataeiere, som avisutgivere, inn på hvordan innholdet deres kan brukes, noe som begrenser tilgangen ytterligere 9. Selv om det er usannsynlig at AI fullstendig vil «gå tom» for treningsdata, vil tilgangen på varierte og høykvalitets datasett bli en utfordring. I fremtiden kan økt bruk av lavkvalitets eller syntetiske data føre til AI-tilbakemeldingsløyker, noe som gradvis kan svekke både nøyaktighet og kreativitet.

Tannlegeutdanning

Hvor trekker vi grensen for bruk av KI i tannlegeutdanningen. Slik det er nå, er ikke tannlegestudenter så godt kjent med bruken. Noen studenter kan imidlertid være flinkere enn andre studenter og ha god nytte av hjelpemidlene. Videre kommer fremtidige studenter til å være godt kjent med bruk av KI. Hvordan skal vi forholde oss til lærere som kanskje ikke er godt bevandret som sine studenter.

KI kan i prinsippet skrive en masteroppgave, med referanser og det hele. Om disse er korrekte eller hallusinerte eller bare populærvitenskapelige tidsskrifter, må kontrolleres. Ulempen med dette er selvfølgelig at studenten får svært begrenset læringsutbytte og hele poenget med masteroppgaven faller bort. Muntlig eksaminasjon av masterprosjektet kan motvirke dette til en viss grad, men det krever mer ressurser til sensur. På den andre siden kan KI benyttes som hjelpemiddel og beslutningstøtte ved sensurering. Det kan også benyttes til å lage utkast til tilbakemeldingstekster som studentene kan få etter både formative (underveis-) og summative (slutt-) vurderinger. Dette vil være et godt hjelpemiddel for både undervisere og studenter. Det er viktig at dette gjør riktig og forsvarlig slik at personvern og rettsikkerheten til studentene ivaretas.

KI kan også skrive et forslag til et forskningsprosjekt. Du kan be ChatGPT om å designe et forskningsprosjekt du ønsker ved å skrive det du ønsker å studere. Be for eksempel om «design en outcome studie om revisjonsbehandling i endodonti». Du kan spørre hvilke metoder du kan bruke for å studere ulike egenskaper mellom to materialer. Den kan også lage utkast til en artikkel eller forbedre

teksten. (Det er ikke KI som har skrevet denne teksten!). Chatte programmene kan også benyttes til studiestøtte på mange ulike måter, som diskusjonspartner, til å forklare komplekse problemstillinger, til å lage øvingsoppgaver før eksamen. Bare fantasien setter begrensinger her. KI være med på å utjevne forskjeller mellom de som er gode og dårlige i skriftlige norsk, men ulik datakompetanse kan derimot bidra til økte forskjeller på andre måter.

Det er imidlertid en rekke risikoer forbundet med KI. Fordi ingen riktig vet hva som skjer når KI skaper sine svar eller produkter, er det vanskelig å etterprøve disse og man risikerer at man tar beslutninger på feilaktig grunnlag (black box problematikk). Om man belager seg på at KI skal lage en oppsummering av artikler eller lærebøker for å sette seg inn i et nytt fagfelt, risikerer man å ikke forstå alt som ligger til grunn for kunnskapen. Dette gir bare en overfladisk innsikt og sjelden varig kunnskap. Dette er spesielt uheldig for studenter.

Det er viktig å merke seg at det er store forskjeller i amerikanske og skandinaviske verdier, regelverk og prosedyrer innen odontologi. På spørsmålet «What type of filling material is best suited for a decayed molar?» kommer amalgam opp som første alternativ selv når spørsmålet stilles på norsk.

Studenter trenger både opplæring og gode retningslinjer for bruk av generativ KI, slik at de kan bruke det riktig. En student eller forsker er ansvarlig for det de leverer eller publiserer. De må selv være klar over begrensningene, inkludert skjevheter og unøyaktigheter, ved verktøyene de bruker. Dette er et stort ansvar.

Konklusjon

KI kan, brukt riktig, gjøre oss mer effektive og presise. Brukt feil, kan de gjøre oss både dummere og mer upålitelige og bidra til opprettholdelse av diskriminerende holdninger og praksis. KI kan bidra til å løse mange oppgaver som i dag stjeler mye av vår tid, men

som ikke egentlig krever human intelligens. Det kan effektivisere arbeidsoppgavene våre, lage referater, rapportutkast og administrere oppgaver. Det kan brukes til å oppsummere artikler og lage en kunnskapsinnhenting også fra vitenskapelige kilder. Man kan få hjelp til å lage et forslag til oppsett eller formuleringer på en oppgave eller artikkel, språkvask og oversettelser. Man kan også få hjelp til mer hverdagslige formål som reiseplaner, treningsopplegg eller en plan for å lese til eksamen og til å unngå prokrastinering.

Avslutningsvis er mulighetene for å bruke KI opp til fantasien vår. Her er et dikt basert på oppfordringen «Write a poem about Endodontics» og så «translate to Norwegian»

I den mørke hulen, en tann står svak,
Med smerte som en kvelende jakk.
Men frykt ei, for endodontisten er nær,
Med visdom og styrke, fjerner de sår.

Gjennom kanalenes labyrint de går,
Med filer og sonder, de utforsker og når.
I rotenes dyp, et mikroskopisk land,
Der hemmeligheter vever, i et tannlegesand.

Med kunst og vitenskap, de leger sårt,
Fra rot til krone, de helbreder med hårt.
Endodonti, en kraft av renhet og flid,
Gjenoppretter smil, i livets blide skjær.

Så la oss takke disse mestre i tann,
Som gir oss glede, der smerten forsvann.
For i endodontiens verden, finner vi fred,
Der tenners helse blomstrer, uten smerteled.

REFERANSER

1. Ethan Mollick. 2024. *Co-intelligence: Living and Working with AI*. Portfolio/Penguin; ISBN: 9780593716717.
2. Goodwin, M. KI-skole: Hvordan kunstig intelligens kan forenkle hverdagen. Kronos. Publisert 12.02.2025 (siste besøk 19.3.2025)
3. Hvorfor blir ikke alltid rotfylling vellykket? - Institutt for klinisk odontologi (uio.no). Aktuelle forskningssaker 2021. Siste besøk 19.3.2025.
4. Når bør rotfyllingen revideres? | Den norske tannlegeforenings Tidende (tannlege Tidende.no). Siste besøk 19.3.2025.
5. Dental_Update_2004_Root_Canal_Retreatment_1_Case_Assessment_and_Treatment_Planning.pdf (exodontia.info). Siste besøk 19.3.2025.
6. Dental Update - Theoretical considerations for root canal re-treatment (dental-update.co.uk). Siste besøk 19.3.2025.
7. Bolukbasi, T. et al. Preprint at arXiv <https://doi.org/10.48550/arXiv.1607.06520> (2016).
8. Cho, M.K. Rising to the challenge of bias in health care AI. *Nat Med* 27, 2079–2081 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01577-2>. <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01577-2>
9. Jones N, Thompson B. The AI revolution is running out of data. What can researchers do? *Nature*. 2025 Jan 31. doi: 10.1038/d41586-025-00288-9. PMID: 39890906.



Vi støtter deg i hverdagen



Det skal føles trygt å henvise til spesialister i Oris Dental. Vi er her for å støtte deg i din kliniske hverdag, og hjelpe dine pasienter med det du ønsker bistand til. Vårt løfte er å sørge for at din pasient får trygg og god spesialistbehandling hos oss – og kommer tilbake til deg etterpå. Epikrise får du i posten – eller trygt, effektivt og digitalt via Konekta.

“Vi er tilhengere av et godt kollegialt samarbeid, og vi er alltid bare en telefon unna.”

*Hauk Øyri
Spesialist i oral kirurgi
og oral medisin*



Trygg henviser

Teknologi

Omsorg

Faglig forankring



Av tannleger – med tannleger
– for pasienten



ORIS DENTAL

Fra tannlegekontor til merkevare

– Au! Det gjør så vondt i tennene mine! Stakkars Jens trodde han gikk til velrennomerte Hauger Tannklinikk, som en venn hadde anbefalt ham. Ved en feil var han hos Hauger Tannlegesenter. Der skylder de bare på Karius og Baktus.

BERNT BOLDVIK, DIREKTØR, DESIGN- OG VAREMERKEAVDELINGEN, PATENTSTYRET.

Årsaker til tannpinen

Som tannlegepasient har jeg bare gode erfaringer med mine tannleger siste 30 årene. Men etter å ha jobbet med varemerker like lenge, har jeg lagt merke til at svært mange tannleger fremdeles bruker beskrivende navn på klinikkene sine. Det kan føre til en rekke utfordringer for både pasienter, leverandører og deg som tannlege.

Du utnytter heller ikke de mulighetene du har for å bygge et sterkere varemerke, som kan skape en større merverdi for virksomheten din. Med denne artikkelen ønsker jeg å bidra til at tannleger gjør mer bevisste valg når de bestemmer navnet på virksomheten sin.

Beskrivende navn på virksomheten

Svært mange tannleger bruker foretaksnavn som beskriver stedet virksomheten ligger, og innholdet eller egenskaper ved tjenesten de leverer. Typiske varianter er Hauger Tannlegekontor, Hauger Tannhelse, Hauger Tannlegesenter, Tannklinikken Hauger, Tann og kjeve Hauger, osv.

Det er i orden at du velger et beskrivende foretaksnavn, så lenge det *ikke* er identisk med en eksisterende virksomhet. Imidlertid skal du være oppmerksom på at slike navn da har liten beskyttelse mot konkurrenters bruk av liknende navn. Det er et *friholdelsesbehov* for ord som bare beskriver steder og tjenester, som betyr at andre aktører innen tannhelse også må kunne markedsføre hvor de har virksomhet og hva slags tjenester de leverer. Konsekvensen av å velge HAUGER TANNLEGEKONTOR som navn på virksomheten din, er at en konkurrent kan etablere seg i nabobygget med navnet HAUGER TANNLEGESENTER eller TANNLEGEKONTORET HAUGER.

Det kan av flere grunner være praktisk å velge et beskrivende foretaksnavn. Det kan for eksempel være tilfellet når det er flere tannleger som driver virksomhet i et kontorfellesskap. I så fall er det

kanskje pasientlisten som er din viktigste strategiske ressurs/verdi som tannlege. Likevel er det hensiktsmessig at tannlegen bygger seg selv som merkevare overfor pasientene sine, slik at kundene ikke foretrekker kontorfellesskapet hvis tannlegen flytter til et annet sted i nærheten. Hvis en tannlege i et kontorfellesskap kjøper en pasientliste til og ansetter en tannlege, blir spørsmålet om navn på virksomheten mer aktuelt. Hvis tannleger er ansatte i en virksomhet, er det i tannklinikkenes interesse at kundenes lojalitet knyttes til virksomheten. Og når en tannlege forlater et kontorfellesskap, bør en kontrakt regulere hvem som har retten til navnet.

Ønsker du å bygge et sterkt navn for virksomheten din, kan det være riktigere å velge en strategi der gamle og nye kunder kan assosiere kvaliteten de forventer med et mer unikt navn enn stedsnavnet.

Særpreget navn på virksomheten

Velger du et *særpreget* foretaksnavn, kan du hindre andre i å bruke navnet ditt og navn som er til forveksling like, for samme og liknende tjenester. Det betyr at du har mer enn bare et identitetsvern.

Dessuten er det to viktige fordeler ved å velge et særpreget navn. Den ene er at det blir lettere for kundene dine å oppfatte at tjenesten leveres av *din* virksomhet, noe som reduserer faren for forveksling med andres tannlegetjenester (opprinnelsesgarantien). Den andre fordelen er at kunden forbinder det gjenkjennbare navnet med en bestemt kvalitet (kvalitetsgarantien).

Eksempler på særpregede navn kan være fantasiord som BILBA, suggestive ord som LØVETANN og BLUTOOTH, og personnavn som BERNT BOLDVIK. Dette er sterke varemerker for tannlegetjenester, som det er vanskeligere for konkurrenter å etterligne uten at meningen også blir borte.

Har du registrert foretaksnavnet LØVETANN for tannhelsetjenester, og en konkurrent bruker navnet LØVETANNA eller LØVE-

TANNEN, kan du anføre at bruken er et inngrep etter varemerkeloven. Og bruker noen navnet LØVEBRØL eller TIGERTANN, så er det greit fordi det ikke er en umiddelbar fare for at kundene forveksler virksomhetene.

Navnet DENTALIS vil for eksempel gi et noe svakere vern. Det spiller på betydningen av ordet dental, som er et ord andre aktører også må kunne bruke om sin virksomhet.

Et enkeltpersonforetak må inneholde slektsnavnet ditt. Det er likevel mulig å registrere foretaket LØVETANN BERNT BOLDVIK og bruke LØVETANN som navn på klinikken i markedsføringen, på skilt, fakturaer osv.

Mange tenker at et beskrivende navn kan være fordelaktig fordi det er informativt og gir klare assosiasjoner til hva og hvem du er. Men et særpreget navn utelukker ikke at du i markedsføringen (nettsider, skilt, dokumenter) kan angi hvor du holder til og hva du driver med, slik at du dukker opp i søk på nettet når en kunde leter etter tannlege i Hauger. For eksempel på denne måten:

LØVETANN

Hauger Tannklinikk

Registrering av varemerke

Et foretaksnavn kan bare bestå av ord og skrifttegn. Hvis du søker om registrering av *varemerke* hos Patentstyret, har du flere muligheter. Et varemerke kan bestå av ord, figur eller en kombinasjon av ord og figur. Visuelle uttrykk kan forsterke identiteten til navnet og bidra til å styrke kundenes assosiasjoner knyttet til tjenestene du leverer. Her er et par eksempler som illustrerer hvordan du kan påvirke kundenes assosiasjoner:



Har du valgt et *beskrivendeforetaksnavn* der navnet ikke oppnår vern som kjennetegn, kan du registrere et kombinert *varemerke* (logo), for eksempel:



Konkurrenter kan fremdeles bruke ordene HAUGER og TANNKLINIKK, men du har eneretten til en logo som konkurrenter ikke kan bruke/etterligne for sine tannlegetjenester.

Alternativt kan du bare registrere figuren som varemerke for tannlegetjenester:



Da er det figuren som kjennetegner dine tannlegetjenester, og du kan knytte den til klinikker du har på flere steder, for eksempel Hauger og Sandvika. Ingen andre tannleger kan da bruke en figur som er til forveksling lik denne.

Hvis du velger en figur som beskriver den typen tjeneste du leverer, vil den ikke være egnet som et særlig kjennetegn for din virksomhet. En enkel, stilisert tann vil derfor ikke oppnå enerett som varemerke, fordi andre tannleger også må kunne vise bilder av en tann.

Ved å bruke et særpreget foretaksnavn og/eller varemerke, er det lettere å ekspandere geografisk uten at all den innsatsen som er investert i navnet, enten går tapt eller ikke kan nyttiggjøres. HAUGER TANNKLINIKK fungerer ikke så godt i Sandvika. Og hvis du velger et nytt navn i Sandvika, har du liten nytte av det rennommément du har bygget deg opp i Hauger. Derfor er det mange gode grunner til å tenke nøyer gjennom hvilket navn du ønsker å bruke allerede ved oppstarten av din virksomhet. Valget av navn kan dessuten være en viktig faktor hvis du søker etter investorer, finansiering eller samarbeidspartener.

En tannklinikk kan eie flere varemerker, for eksempel hvis den tilbyr egne produkter eller leverer ulike typer tjenester som har andre navn enn foretaksnavnet. Det er særlig her at varemerkene kommer til sin selvstendige rett. Et eksempel kan være ORIS DENTAL HOLDING AS, som i tillegg til ordmerket ORIS, blant annet har registrert disse tre varemerkene for ulike varer og tjenester:



Reg.nr: 322750



Reg.nr: 333892



Reg.nr: 331857

Innarbeidelse av varemerker

Enerett til et varemerke kan etableres på to måter, enten ved *registrering* hos Patentstyret eller ved at varemerket *innarbeides* i markedet.

Hvis du kan dokumentere at et varemerke, som i utgangspunktet er beskrivende og/eller mangler særpreg, er godt kjent som noens

særlige kjennetegn i Norge, kan du *hevde enerett* til merket etter varemerkeloven.

For at Patentstyret skal kunne *registrere* et slikt varemerke, må merket være godt kjent *over hele Norge*. Dette må i så fall dokumenteres grundig, og vil sjelden være tilfellet for lokale tannklinikker. Grunnen til at innarbeidelsen av et beskrivende varemerke må være landsdekkende, er at en varemerkeregistrering gir enerett i hele Norge.

For tannleger vil det være mer vanlig at navnet er innarbeidet *lokalt*. Slik lokal enerett vil være tilstrekkelig når du ikke har ambisjoner om å ekspandere geografisk. Dette betyr at du *kan* hevde at du har lokal enerett til et beskrivende navn, selv om du ikke har registrert varemerket hos Patentstyret. Men ved en konflikt vil en opplyst motpart kunne kreve at du beviser dette med dokumentasjon. Dette kan du lese mer om på Patentstyrets nettsider. Det er domstolen som til syvende og sist bestemmer om vilkårene for innarbeidelse er oppfylt. Alternativt kan Næringslivets Konkurransetutvalg komme med en rådgivende uttalelse.

Oppsummert

Registrering av et beskrivende foretaksnavn hos Brønnøysundregistrene gir deg bare beskyttelse mot identiske foretaksnavn.

Hvis du velger et særpregt foretaksnavn, kan du hindre andre foretaksnavn som er til forveksling like. Et særpregt foretaksnavn

har samme type enerett/beskyttelse som ordmerker har etter varemerkeloven. Da er det ikke nødvendig å registrere det samme navnet som varemerke i tillegg.

Et varemerke gjør det mulig å få enerett til figurer og logoer, i tillegg til navnet på virksomheten. En tannklinikk kan også ha flere varemerker enn foretaksnavnet.

Fordelen med en varemerkeregistrering, er at Patentstyret under søknadsbehandlingen vurderer om det søkte varemerket er særpregt. Registreringen kan brukes som dokumentasjon hvis noen etterligner foretaksnavnet/varemerket ditt.

Har du spørsmål om varemerker, ta kontakt med Patentstyrets kundesenter på telefon 22 38 73 00. Patentstyret kan gi deg *generell veiledning*. Advokater og IP-rådgivere kan gi deg *konkrete råd*.

På nettsiden navnesok.no kan du undersøke om et foretaksnavn, domenenavn eller varemerke allerede finnes/er i bruk.

KILDER

1. Tannlegeforeningens Tidende 2025/3 om «Enerett på logo og klinikknavn».
2. Les mer om varemerker og hvordan du går frem for å registrere et varemerke på Patentstyrets nettsider.
3. Les mer om forskjellen på foretaksnavn, varemerker og domenenavn her.
4. Om vern for foretaksnavn, se foretaksnavneloven §§ 3-1 til 3-3. Se også varemerkeloven § 14.
5. Figurene i artikkelen er generert med bruk av ChatGPTs bildegenerator.

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Henvis til en av våre 110 spesialister

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

Velkommen til god erfaring.



Scan QR-koden
og bli kjent med
spesialistene våre



Leserne har sagt sin mening

Tidendes ellefte leserundersøkelse, som ble gjennomført i slutten av mars, stadfester at Tidende verdsettes av leserne. Og det er ting vi må passe på. At lesetiden går ned, og at eldre leser mer enn yngre er en trend som fortsetter.

 ELLEN BEATE DYVI

Menn leser fortsatt litt mer enn kvinner, men menn leser betydelig mindre enn ved leserundersøkelsen i 2022. Privatpraktiserende leser fortsatt mer enn offentlig ansatte. Eldre leser mer enn yngre. Og alle, uansett alder, leser fortsatt mye mer på papir enn på nett. 76 prosent av Tidendes lesere leser bare papirutgaven, eller mer i papirutgaven enn i nettutgaven.

Tidende er så å si det eneste fagtidsskriftet norske tannleger leser. Andre kilder til faglig utvikling oppgis å være internett, kurs og etterutdanning samt kolleger. Selv om det fortsatt er papirutgaven de aller fleste leser mest, øker nettlæsingen jevnt og trutt.

Et representativt utvalg av Tidendes lesere, trukket ut blant NTFs yrkesaktive medlemmer, har svart på hvordan de leser Tidende, og hvordan de vurderer ulike sider ved tidsskriftet.

Leserundersøkelsen ble gjennomført i slutten av mars 2025, av markedsanalyseinstituttet Signifikans, i form av telefonintervjuer gjennomført av Norstat.

Endringer på mindre enn syv prosent anses ikke som signifikante i undersøkelsen.

God samlet vurdering

I en samlet vurdering sier Signifikans at Tidende alt i alt skårer godt, og at det er høye lese- og bruksverdier. 76 prosent av de spurte svarer meget bra eller bra når de skal gi Tidende en helhetsvurdering. 37 prosent mener bladet har svært stor eller ganske stor nytteverdi i forbindelse med jobben, mens ytterligere 44 prosent sier at tidsskriftet gir noe nytte.

Troverdigheten, det aller viktigste for et redaktørstyrt medium, er helt på topp, med 93 prosent som rangerer den som meget god eller god. Utforming og layout er også helt på topp, med bakgrunn i at 80 prosent av de spurte gir karakteren meget bra eller bra på dette. 72 prosent gir Tidende god eller meget god skår på aktualitet. Alt i alt, en meget god samlet vurdering, konkluderer Signifikans.

Nettutgaven vinner terreng

Det er altså fortsatt i all hovedsak papirutgaven av Tidende leserne forholder seg til, og nettutgaven vinner terreng. 76 prosent leser Tidende kun eller mest på papir, noe som er en signifikant nedgang, fra 83 prosent, ved forrige leserundersøkelse. To prosent leser Tidende kun på nett, mens 22 prosent leser mest på nett – noe som er en

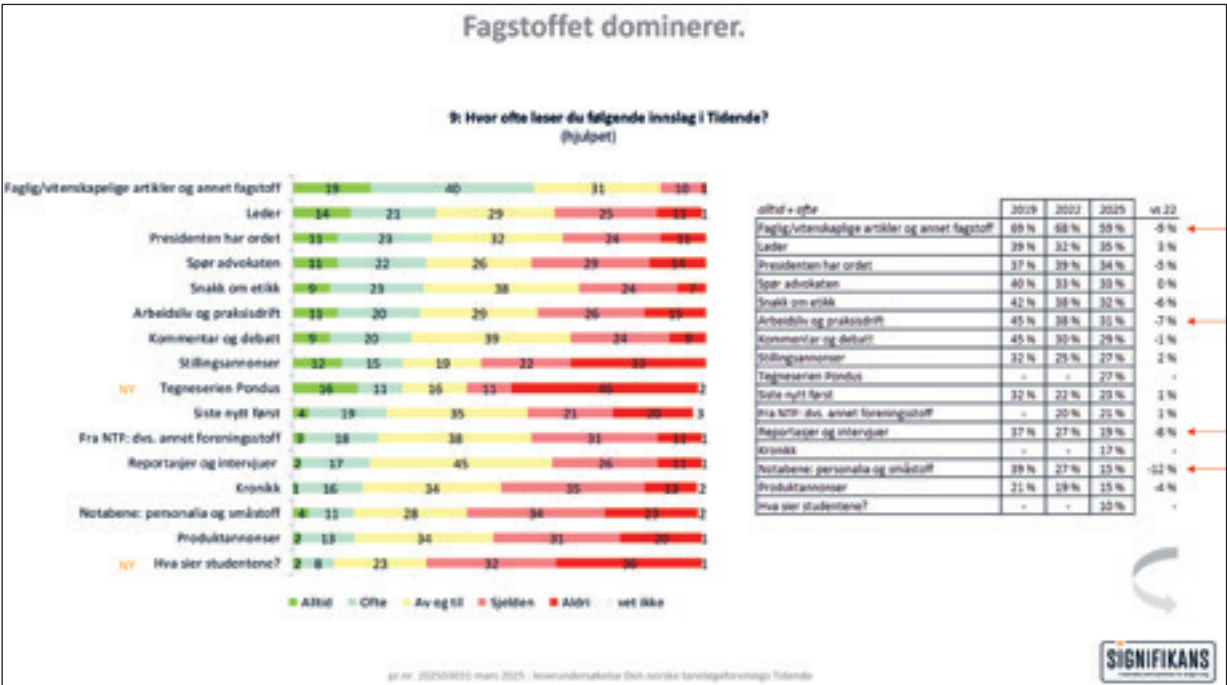
oppgang på hele 13 prosent fra 2022. 57 prosent er inne på Tidendes nettsted minimum månedlig, mens 54 prosent svarte det samme for tre år siden. Her er det altså ingen signifikant økning.

Menn leser mindre enn før

En mannlig leser bruker 39 minutter (ned fra 51 minutter i 2022) per utgave av Tidende, mens en kvinnelig leser bruker 38 minutter. Gjennomsnittlig lesetid er 39 minutter, og 44



Figur 1. Leserne gir Tidende en god helhetsvurdering. Andelen som vurderer nytteverdien som svært stor går ned, mens noe nytteverdi går opp. Totalt 81 prosent av leserne har noe nytteverdi av å lese Tidende.



Figur 2. Fagstoffet er det som leses mest, etterfulgt av redaktørens leder og Presidenten har ordet.



Figur 3. Lesernes vurderinger, på godt og vondt.

prosent av leserne leser cirka halvparten eller mer av innholdet. Privatpraktiserende leser mer enn offentlig ansatte, og de som er over 60 leser mer enn de som er under 60. Lesere over 40 år er mer fornøyde enn lesere under 40 år. Leserne tar frem bladet 1,5 ganger etter første gangs lesning, og 56 prosent har lest eller kikket i alle de seks siste utgavene. Alle de spurte har lest 4,8 av de siste seks utgavene.

Fagstoffet leses mest

De vitenskapelige artiklene og annet fagstoff er det som leses mest, og leserne ser fortsatt gjerne at det blir mer fagstoff i tidsskriftet. Samtidig er det signifikant nedgang både i andelen som sier at de leser fagstoffet og i andelen som vurderer det som godt. 59 prosent svarer at de alltid eller ofte leser vitenskapelige artikler eller annet fagstoff i Tidende, mot 68 prosent i 2022. 77 prosent av de spurte vurderer fagstoffet i Tidende som godt eller meget godt, mot 84 prosent i 2022.

Annen utvikling og endringer

Sammenlignet med leserundersøkelsen i 2022 er det syv prosent flere som vurderer Tidende som oversiktlig og leservennlig og 13 prosent flere som ikke har forslag til forbedringer og ønsker at Tidende fortsetter som nå. Det er ni prosent færre som sier at de leser halvparten eller mer,

og det er åtte prosent færre som leser 30 minutter eller mer av hver utgave. Det er ni prosent færre som vurderer nytteverdien som stor eller ganske stor, og det er syv prosent færre som mener at Tidende i stor grad fungerer som informasjonskanal fra NTF.

Undersøkelsen og respondentene

Årets undersøkelse er en oppfølging av åtte tilsvarende undersøkelser siden høsten 1999.

Spørsmålene omfatter lesernes synspunkter på det redaksjonelle innholdet og presentasjonsformen i både den trykte utgaven og internettversjonen av Tidende. De spurte ble også bedt om å kommentere hvorvidt de leser og har nytte av annonsene i bladet.

Totalt 200 personer er trukket tilfeldig blant NTFs yrkesaktive medlemmer. 55 prosent av de spurte er kvinner, og 45 prosent er menn, mens ingen oppga annen kjønnsidentitet. 58 prosent jobber som allmenntannlege privat og 25 prosent som allmenntannlege offentlig. 14 prosent er privatpraktiserende spesialist og ti prosent er offentlig ansatt spesialist. Gjennomsnittsalderen til de spurte er 47 år, og gjennomsnitts fartstid som tannleger er 20 år.

Les hele rapporten fra leserundersøkelsen på www.tannlegetidende.no under Om oss.

Stol på Tetric[®] plus

NYHET

Tetric[®] plus Forenklet universell kompositt

- 5 kavitetsklasser
- 4 fargenyanser
- 3 sekunders herdingtid
- 2 viskositeter
- 1 universell kompositt



Bestille
testpakke

ivoclar.com

Making People Smile

Product Consultant, Anita Moen, 95 16 39 00

ivoclar

Samarbeider for bærekraft

Tannhelsetjenesten i Danmark ønsker å redusere klima- og miljøpåvirkningen. Prosjektet «Bærekraftig tannklinikk» hjelper klinikker med råd og strategier for å kunne jobbe i en mer bærekraftig retning.

 JOHAN ERICHS, MERAMEDIA

Gjennom et bredt samarbeid, håper den danske tannhelsebransjen å finne nye tilnærminger og strategier for å bidra til redusert klimapåvirkning i det danske samfunnet.

– Gjennom initiativet får klinikker og tannleger tilgang til kunnskap, råd og konkrete verktøy for å kunne gjøre virksomheten mer bærekraftig – miljømessig, men også sosialt, sier Nina Helle Thulstrup, bærekraftsingeniør i Plandent. Thulstrup underviser også i bærekraft ved tannlegeutdanningene ved universitetene i København og Aarhus.

Initiativet "Sustainable Dental Clinic" startet i 2019 på initiativ fra den danske Tandlægeforeningen, Aalborg Universitet og Plandent Danmark.

– Et av de viktigste tiltakene har vært, og er, å lære de ansatte på klinikken om viktigheten av bærekraft. Andre tiltak for å redusere klimaavtrykket fra driften er systematisk bruk av klimadata, livsløpsvurderinger og å finne innovasjonsløsninger innen bærekraft.

Nina Helle Thulstrup understreker også viktigheten av samarbeid på tvers av bransjer.

– Et slikt samarbeid er helt avgjørende for å få til endring. Hele verdikjeden må involveres. Felles erfaringer gjør det lettere for den enkelte klinikk å trygt implementere løsninger og praktiske tiltak, som allerede er testet og validert, sier Nina Helle Thulstrup.

Tverrfaglig samarbeid gir også mulighet til å skape volum i etterspørselen etter produkter og tjenester innen bærekraft, og legger dermed et indirekte press på leverandørene til å utvikle bedre løsninger.

– Jo flere tannleger og klinikker som er involvert i bærekraftsinitiativet, jo lettere er det å skape lagånd og et oppdrag i bransjen. Prosjektet «Bærekraftig tannklinikk» har skapt interesse og bevissthet om viktigheten av å jobbe bærekraftig, sier Thulstrup.

Fortjeneste

Ved å integrere bærekraftstenkning og bærekraftsstrategier allerede nå, som en naturlig del av virksomheten, kan det



Den danske tannlegebransjen driver et prosjekt for å stimulere tannleger og klinikker til å jobbe bærekraftig. – Ønsket om å jobbe mot bærekraftig drift øker. Et sentralt verktøy er å utdanne og lære opp personalet, sier bærekraftsingeniør Nina Helle Thulstrup. Foto: Privat

være lettere for tannhelsepersonell å oppfylle fremtidige lovkrav til bærekraft.

Ifølge Nina Helle Thulstrup er gevinstene i forbindelse med prosjektet, i tillegg til styrket bærekraft og redusert klimapåvirkning, disse:

Redusert energiforbruk og mindre avfall, noe som har positive økonomiske effekter.

Forbedret image for klinikken, noe som skal gi enda sterkere pasientrelasjoner. Mulighet til å bruke i markedsføringen at klinikken jobber bærekraftig, noe som bør tiltrekke seg både yngre pasienter og yngre ansatte.

Bedre rekrutteringsmuligheter og også bedre muligheter for å beholde ansatte ved klinikken.

Muligheten for å knytte oral helse nærmere til folkehelsen, og dermed redusere risikoen for kroniske sykdommer som f.eks. diabetes – og på sikt bidra til at færre pasienter må legges inn på sykehus. Dette bidrar indirekte til redusert klimaavtrykk.

Økt interesse

Hvordan posisjonerer tannhelsebransjen seg i det grønne omstillingsarbeidet i forhold til andre innen helse- og omsorgssektoren?

– Bransjen ligger litt etter, spesielt hvis du sammenligner den med sykehusene og de større helseaktørene, hvor mange allerede har implementert store bærekraftsinitiativer. Det er ofte lettere å gjennomføre endringsarbeid i en stor organisasjon med felles regler.

Men tannhelsesektoren har også fordeler i omstillingsarbeidet.

– En fordel kan være at det er lettere for en mindre klinikk å sette i gang en endringsprosess når den først har bestemt seg, og jeg vil understreke at interessen for bærekraft er økende innen tannhelsetjenesten, spesielt blant de store kjedene, sier Nina Helle Thulstrup.

– Er det noen barrierer som er vanskelige å krysse som hindrer en bærekraftsinvestering i tannpleie?

– Strenge hygienekrav reduserer mulighetene for gjenbruk. Siden det hverken er reguleringer eller insentiver



– Vi ser det som nødvendig å jobbe bærekraftig. På sikt kan det være avgjørende både for rekruttering og for pasienttilfredshet, sier Susanne Kleist, tannlege ved Harald Tandlægerne. Foto: Tandlægeforeningen

til å tvinges til å jobbe i en bærekraftig retning, kan det ha en hemmende effekt, selv om vi merker en sterk medvind i bærekraftssynet, sier Thulstrup og fortsetter:

– I tillegg er det en oppfatning at det i utgangspunktet alltid er dyrere å velge et bærekraftig alternativ fremfor et konvensjonelt. Men dette er ikke alltid tilfelle. På kort sikt kan det imidlertid medføre ekstra kostnader økonomisk og innsatsmessig å investere grønt, men på lang sikt gir det økt lønnsomhet og merverdi på alle måter, sier Nina Helle Thulstrup.

Utdanning

I mange bransjer er det en boblende interesse for bærekraft, men noen ganger er det vanskelig å oppnå konsensus og motivasjon blant ansatte. Hva skal til for å stimulere interessen innenfor tannhelsebransjen?

– Flere kurs og opplæringsmuligheter i bærekraftig drift i tannhelsebransjen, gjerne gjennom digitale plattformer, kurs og webinarer. Internt kan det handle om personalmøter og workshops. I tillegg ville det vært bra med

standardiserte retningslinjer for hvordan man skal drive bærekraftsarbeid i tannhelsebransjen, avslutter Thulstrup.

Øk tempoet

Susanne Kleist og hennes klinikk deltar i prosjektet «Bærekraftig tannklinikk».

– Det er viktig å jobbe metodisk, samle kunnskap og holde oversikt over hele produksjonskjeden hvis man vil satse troverdig på bærekraftsarbeid, sier Susanne Kleist, som er medeier i Harald Tandlægerne-klinikken i Roskilde.

Siden 2020 har Harald Tandlægerne jobbet for en gradvis omstilling til en bærekraftig virksomhet.

– Det handler dels om personlig interesse for å redusere klimapåvirkningen, og også om å skape en virksomhet med et bærekraftig image, for å gjøre det enklere å rekruttere medarbeidere.

I begynnelsen av et omstillingsarbeid identifiseres ofte en rekke områder hvor det er mulig å oppnå raske resultater. Dette kan innebære å endre belysning, effektivisere

transporter og ansette leverandører som minimerer emballasjematerialet.

– I dag går imidlertid arbeidet tregere, og jeg er litt skuffet over bransjen, som jeg synes burde være mer involvert i denne viktige saken, sier Susanne Kleist.

Mangler

Å bli med på den grønne bølgen og bærekraftig image kan gi kommersielle fordeler.

– Det er i dag leverandører som hevder at varene de selger er bærekraftig produsert. Men vi har oppdaget at dette ikke alltid er tilfelle. Derfor er det viktig at klinikkene og industrien har kunnskap og interesse for å virkelig undersøke hele produksjonskjeden for å se om et produkt eller materiale virkelig kan kalles bærekraftig, forklarer Susanne Kleist.

Sortering av plast, papir og metall er et annet tiltak som bidrar til redusert klimapåvirkning.

– Dessverre har vi ingen lov i Danmark som regulerer sortering av forskjellige typer plast på klinikken. Her vil jeg gjerne se at vi får et krav om å samle inn visse typer plast for resirkulering.

Harald Tandlægerne har åtte ansatte i tillegg til de to eierne.

– Interessen for bærekraft varierer. Derfor er det viktig med kurs og diskusjoner for å skape et bredt og godt forankret engasjement.

Susanne Kleist håper at leverandører av utstyr og materialer vil bli mer oppmerksomme på hvor varene de selger er produsert.

– Et ønske er å omdirigere produksjonen til Europa i stedet for som nå, hvor mye produseres i Kina, avslutter Susanne Kleist.

Fem tips for økt bærekraft:

1. Bytt til LED-belysning og grønn energi.
2. Hvis mulig, bruk gjenbrukbart utstyr i stedet for engangsartikler.
3. Oppretthold et godt nivå på vedlikehold og service av utstyret slik at det varer lenger.
4. Optimaliser innkjøp for å unngå sløsing.
5. Etabler en klimarapport for å veilede og målrette innsatsen for økt bærekraft.



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

**Alt innen oral
og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

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

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Tannlege
**Margareth Kristensen
Ottersen**
spesialist i kjeve- og
ansiktsradiologi

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

Bygger bro mellom laboratoriet og kroppen

Med et nytt bioaktivt materiale kan Øystein Øvrebø sammen med sine forskerkolleger være med på å forandre hvordan vi behandler alvorlige tannkjøttssykdommer.

 **ASTRID SKIFTESVIK BJØRKENG, UNIVERSITETET I OSLO**

Når vevet som holder tennene fast brytes ned, begynner tennene å løsne. Det skjer gradvis, men for mange pasienter med periodontitt, som er en kronisk betennelsessykdom, er konsekvensene alvorlige: tap av tannkjøtt, bein og til slutt tennene selv.

– Vi snakker om en av de vanligste årsakene til tanntap, sier Øystein Øvrebø.

Han har fullført doktorgraden ved Det odontologiske fakultet ved UiO, hvor han har vært med på å utvikle et nytt bioaktivt materiale som kan hjelpe kroppen å reparere nettopp støttevevet rundt tannen.

Et enklere alternativ

Det finnes produkter som brukes i behandlingen av periodontitt. Dagens beste behandling for å gjenskape støttevev er Emdogain.

– Det inneholder proteiner fra emalje i griser. Det fungerer godt, og det har også klare begrensninger, sier Øvrebø.

Det er dyrt, vanskelig å produsere i stor skala, og kommer fra dyrekilder – noe som byr på både etiske og regulatoriske utfordringer.

– Vi ønsket å utvikle noe som gir samme effekt, men som er enklere, billigere og mer bærekraftig, sier Øvrebø.

Løsningen ble en bioaktiv hydrogel – et gelé-lignende stoff, basert på hyaluronsyre, som er et naturlig molekyl som finnes i kroppen. Denne gelen ble kombinert med syntetiske peptider.

Peptider er små byggesteiner som kroppen bruker til å sende signaler og bygge vev. De består av aminosyrer, og når disse settes sammen i bestemte sekvenser (såkalte aminosyresekvenser), får de spesifikke biologiske funksjoner – omtrent som bokstaver danner ord.

Kjemiske broer

For at gelen skulle bli stabil nok til å fungere i kroppen over tid, måtte den «tverrbindes». Det betyr at molekylerne i gelen ble koblet sammen i et nettverk ved hjelp av såkalte tverrbindere.

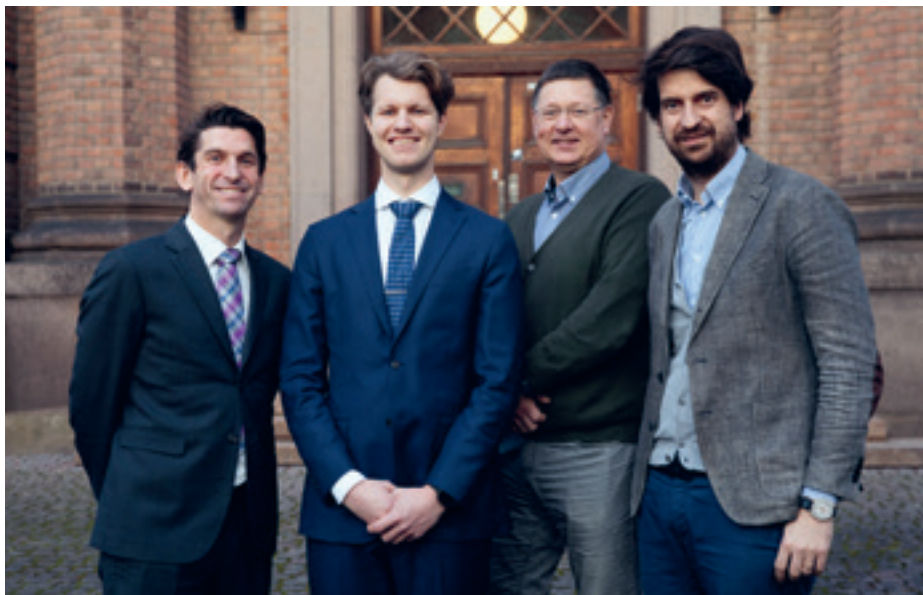
Øvrebø brukte to ulike tverrbindere: BDDE (1,4-Butanedioldiglycidyl ether) og PEGDE (Polyethylene glycol diglycidyl ether). Dette er kjemiske «broer» som binder hyaluronsyremolekyler sammen og gir gelen de ønskede fysiske egenskapene – som stivhet, nedbrytningstid og biokompatibilitet.

Etter at den tverrbundne gelen var utviklet og rensket for reststoffer, ble den kombinert med de bioaktive peptidene. Resultatet var et nytt materiale med både strukturelle og biologiske egenskaper.

Fysisk effekt – ikke bare kjemisk

Det mest interessante funnet var hvordan peptidene virket i dette nye materialet. I stedet for å stimulere celler kjemisk, ser det ut til at de fungerer fysisk: De gir mineraler et sted å feste seg og begynne å vokse.

Denne prosessen kalles nukleasjon – det vil si at peptidene fungerer som «frø» hvor kroppens egne



Øystein Øverbø, nr. to fra venstre, sammen med sine veiledere professor Håvard J. Haugen, professor Ståle Petter Lyngstadaas og Dr. Filippo Rossi. Foto: Marie Lindeman Johansen OD/UiO.

mineraler kan begynne å danne nytt bein. Dette ble dokumentert gjennom både eksperimenter og data-simuleringer (molekylærdynamikk), som viste hvordan mineralene vokste i strukturer som lignet naturlig bein.

Dette gir en viktig fordel fordi den strukturen som dannes, er mer biologisk gjenkjennelig og lettere for kroppen å integrere og bygge videre på, sier Øverbø

Fra laboratorium til dyremodell

Etter å ha vist at både gelen og peptidene fungerte hver for seg, testet forskergruppen det kombinerte produktet i en dyremodell for periodontitt. Her ble det laget en kunstig skade i tannens festeapparat, og gelen ble plassert i lommen mellom tann og bein.

– Vi så at vårt materiale ga lavere inflammasjon og bedre vevsintegrasjon enn både den rene gelen og Emdogain, sier Øverbø. Analysene viste redusert betennelse, økt celletilvekst og tegn til ny bendifferensiering, det vil si at kroppen begynte å danne nytt støttevev.

Slik fungerer materialet både som en slags vekststøtte og en signalplattform, det gir cellene et sted å vokse, samtidig som det setter i gang kroppens egne prosesser.

Translasjonsforskning

Et viktig aspekt ved Øverbøs arbeid er at det ikke bare handler om grunnforskning. Produktet er også utviklet for å kunne bli brukt klinisk. Det vil si at det kan produseres

i henhold til medisinske standarder, og brukes i mennesker.

– Neste steg er å gjøre kliniske studier, sier Øverbø.

Dette er translasjonsforskning i praksis, fra molekylnivå i laboratoriet, via prekliniske studier, og videre mot behandling i pasient. Et forskningsområde som er en viktig satsning for det Det odontologiske fakultet

En plattform for fremtiden?

Selv om teknologien er utviklet med tanke på tannhelse, kan den ha langt bredere anvendelser. Den underliggende ideen om å bruke bioaktive peptider i biokompatibel gel for å støtte kroppens egen reparasjon, kan brukes i alt fra ortopedi til sårbehandling.

– Vi har utviklet en plattform, men målet er å tilpasse teknologien til ulike behov, der kroppen trenger hjelp til å bygge nytt vev, sier Øverbø.

– Det har vært utrolig motiverende å jobbe med noe som faktisk kan tas i bruk, sier Øverbø avslutningsvis.

REFERANSER

1. Paper I: Characterisation and biocompatibility of crosslinked hyaluronic acid with BDDE and PEGDE for clinical applications. Reactive and Functional Polymers (2024)
2. Paper II: Towards bone regeneration: Understanding the nucleating ability of proline-rich peptides in biomineralisation. Biomaterials Advances (2024)
3. Paper III: A Comparative Study of Proline-Rich Peptide-Enhanced Hyaluronic Acid Gels Versus Conventional Regenerative Materials in a Porcine Model of Gingival Detachment (manuskript, 2024)

Omgjøring av en komposittfylling

Behandling av misfarget, tidligere traumatisert, vital tann øvre høyre kvadrant 1

En 30 år gammel pasient med en negativ sykehistorie gjør oppmerksom på seg ved å be om å få erstattet en rekonstruksjon av kompositt, utført 10 år tidligere etter et traume på øvre høyre kvadrant 1.

Under den kliniske undersøkelsen responderte øvre høyre kvadrant 1 på levedyktighetstesten, og viste ingen tegn til periapikale lesjoner på røntgenbildet som ble tatt samme dag (fig. 1).

Øvre høyre kvadrant 1 er misfarget og i en mer palatal posisjon enn den kontralaterale øvre venstre kvadrant 1 (fig. 2).

Den estetiske analysen fremhever en asymmetri for høyeste apikale punkt gingivalt mellom øvre høyre kvadrat 1 og øvre venstre kvadrat 1. Gjennom bruken av en periodontal sonde, etter anestesi av pleksus, ble den endrede passive erupsjonen av kontaktepotelet av type IA bekreftet iht. klassifiseringen til Coslet et al. (fig. 3).

Med et formål om å utføre en så konservativ restaurerende behandling som mulig på pasienten, i samsvar med det bevarte dentale elementets alder og

vitalitet, ble det besluttet å utføre en direkte restaurering med kompositt, etter en planlegging og diagnostisk innprøving av tilfellet.

På behandlingsdagen, etter lokal bedøvelse av pleksus, ble øvre høyre kvadrat 1 tørrlagt med kofferdam, og tørrleggingen ble utvidet til de første premolarene (fig. 4).

Deretter ble den frakturerte komposittrekonstruksjonen fjernet, og det ble utført en kort fasettsliping på den preparerte tannen, og hele overflaten på øvre høyre kvadrat 1 ble sandblåst med 27 µm aluminiumoksidpulver (fig. 5).

For å korrigere den endrede passive erupsjonen ble det besluttet å gjenopprette tannens opphavelige profil ved å aksentuere den vestibulære buen og søke å oppnå symmetri med

det kontralaterale elementet. Til dette formålet brukes en på forhånd utformet metallmatrise, og denne blokkeres med to kiler.

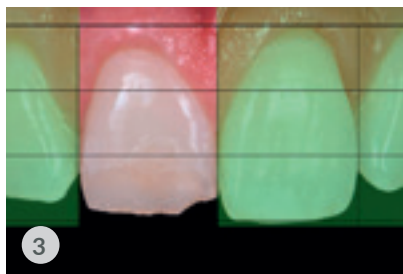
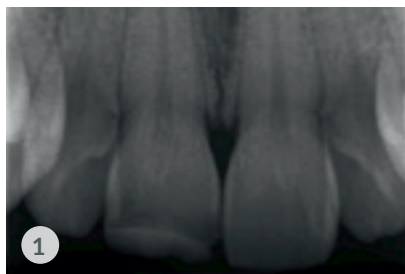
Så snart matrisen er tilpasset, utføres festeprosedyrene med et 3-trinns etse- og skyllesystem. Hvert trinn følges av polymerisasjon med UV-lys i 40 sekunder (fig. 6).

Den vestibulære opphavelige profilen gjenoprettes med en kompositt-emaljefarge (ESTELITE ASTERIA WE fra TOKUYAMA DENTAL) (fig. 7).

Etter at en silikonindeks av den diagnostiske innprøvingen er utført, rekonstrueres den palatine veggen med en kompositt-emaljefarge (ESTELITE ASTERIA WE fra TOKUYAMA DENTAL) (fig. 8).



Dr Nicolò Barbera,
Assisterende professor ved
Divisjonen for kariologi og
endodonti ved Universitetet
i Geneve; Privat klinisk
praksis i Lausanne





Deretter rekonstrueres den dentinale anatomen ved å reproducere mamelonene med en røntgentett dentinal komposittfarge (ESTELITE SIGMA QUICK OA2 fra TOKUYAMA DENTAL); denne fargen vil også være fundamental for å korrigere fargen på det dis-kromatiske elementet (fig. 9).

Lys blå og hvite effektfarger (ESTELITE COLOR fra TOKUYAMA DENTAL) brukes for å emulere opalescens innenfor det incisale området (Fig. 10).

Sjiktleggingen fullføres ved bruk av en emaljefarge (ESTELITE ASTERIA WE fra TOKUYAMA DENTAL) i det vestibulære området, med et enkelt lag. Den vestibulære overflaten utformes og kontrolleres i tredimensjonale volumer for at så få justeringer som mulig skal være nødven-

dige til slutt. Deretter polymeriseres det i 20 sekunder, og det polymeriseres i 40 sekunder vestibulært og palatinalt etter tildekking med glyseringel for å inhibitere komposittens hybride lag (fig. 11).

Prosedylene med pussing og polering utføres med forsøk på å emulere overgangslinjene for øvre venstre kvadrant 1 (fig. 12/13).

Pasienten kontrolleres på nytt etter 21 dager (fig. 14/15) og etter 12 måneder (fig. 16) for å evaluere det estetiske resultatet med tanke på form og farge.

Disse produktene ble brukt:



ESTELITE ASTERIA



ESTELITE SIGMA QUICK



ESTELITE COLOR



Før valget av representanter til NTFs representantskap er det viktig at den demokratiske debatten styrkes. Det nytter ikke å klage på sosiale medier.

Før høstens valg Etterlysning

 CARL CHRISTIAN Blich

Denne høsten står norske tannleger foran to valg. På makronivå skal først stortingsvalget avholdes. Der skal Stortingets sammensetning for fire nye år og hvilken valør den neste regjeringen vil få, avgjøres. På mikronivå vil representantskapet avgjøre hvem som skal danne foreningens nye ledelse, de tillitsvalgte som skal kjempe for medlemmenes interesser. Stortingsvalget har vi alle en ørliten påvirkning på. Resultatet vil påvirke om det blir lagt frem en stortingsmelding om det fremtidige tannhelsetilbudet til befolkningen, og hvilken retning denne vil ta. Nominasjonene til det nye representantskapet, og valget av ny ledelse i foreningen, har medlemmene betydelig større innflytelse på, gjennom aktiv deltakelse, ikke på sosiale medier men i lokalforeningene.

Dagens ledelse i NTF går inn for en universell tannhelsetjeneste. I den anledning etterlyses svar fra ledelsen på spørsmål som trenger mer utredning, og som må ha vært grundig behandlet før premisset om «en universell tannhelsetjeneste» ble valgt.

Spørsmål 1) Hvordan forventer tannlegenes forening at gode og forutsigbare rammebetingelser for tannlegene skal sikres? For de private eller for de offentlige?

Spørsmål 2a) Hvordan tenker foreningens ledelse at kun ett felles

frikort for helsetjenester, inkludert tannhelsetjenester, skal utformes?

Spørsmål 2b) Er ledelsen enig i at alle former for egenandeler bortfaller når taket i frikortet nås, slik som ved dagens frikortordning i helsetjenesten?

Spørsmål 2c) Er ledelsen enig i at et slikt felles frikort i helsetjenesten vil medføre høyere egenandeler for andre nødvendige helsetjenester? Ser ledelsen betenkeligheter ved dette?

Spørsmål 2d) Hvilke tjenester skal inngå i en universell ordning?

Spørsmål 2e) Vil det eksistere et privat marked utenom den universelle ordningen? – og hva tenker i så fall ledelsen skal foregå der?

Spørsmål 3a) NTF ønsker ingen prisregulering uten forutgående utredning. Hva forventer ledelsen vil komme ut av «en grundig utredning av innvendinger og konsekvenser»?

Spørsmål 3b) Dersom den grundige utredningen skulle vise seg å gå i medlemmenes disfavør, vil ledelsen likevel anbefale en universell tannhelsetjeneste?

Spørsmål 4) Ledelsen går inn for at tannhelsetjenesten skal forankres i egne regionale tannhelseforetak. På hvilken måte mener ledelsen at dette skal sikre bedre samhandling og integrering med kommunale helse- og omsorgstjenester?

Spørsmål 5) Helsepersonellkommisjonen anso, basert på tall fra SSB, at det i Norge vil være et sted mellom 400 og 1 000 overtallige tannlegeårsværk i 2040 (NOU 2023:4, s. 30). Dette i motsetning til det økte behovet for nær sagt alle andre helseprofesjoner. Hvordan kan ledelsen hevde at Norge i dag ikke utdanner nok tannleger? og – hvor mange flere tannleger enn de vi utdanner selv trenger tjenesten?

Bakgrunn for spørsmål 1): Erfaringene fra den frivillig fremforhandlede Honoratariffen (1974 – 1995) var, ifølge SSB, at tannlegeprisene sakk akterut i forhold til den generelle prisveksten. Den offentlige tannhelsetjenestens budsjetter fikk realnedgang. Fastlegeordningen ble også solgt inn gjennom gode initiale rammebetingelser. Utviklingen frem til en fastlegekrise bør være vel kjent for NTFs ledelse.

Fra foreningens hørings svar til Helse- og omsorgsdepartementet saksen noen, for medlemmene, viktige uttalelser:

Gode og forutsigbare rammebetingelser for tjenesten

«Det må sikres gode og forutsigbare betingelser for både den offentlige og private delen av tannhelsetjenesten for å kunne løse oppgavene i en universell tannhelsetjeneste».

Sannheten er også, til tross for NTFs innsigelser, at rettighetene til aldersgruppen 25–28 år sannsynligvis blir lovfestet innværende år. Dette innebærer at i størrelsesorden 480 000 individer i løpet av to år er blitt flyttet fra privat til

offentlig tannhelsetjeneste. Profesjonsforeninger har med andre ord begrenset kraft overfor politiske beslutninger.

Bakgrunn for spørsmål 4): Fra hørings svaret: Regionale tannhelseforetak: «Tannhelsetjenesten bør styrkes og integreres med øvrige helse- og omsorgstjenester».

Bakgrunn for spørsmål 5)

12.7.4 Behov for å sikre rett dimensjonering og effektiv bruk av personell

«Helsedirektoratet oppgir at det de siste 10 årene årlig er innvilget rundt 300 autorisasjoner til tannleger, og at over halvparten av de som har fått autorisasjon i denne perioden er utdannet i utlandet. En stor andel av disse er norske studenter som tar utdanningen utenfor Norge. Det viser med tydelighet at Norge i dag ikke utdanner nok tannleger og at vi er avhengige av utdanningskapasitet i andre land. Dette er ikke bare etisk betenkelig, slik Helsepersonell-kommisjonen påpeker, det er også problematisk i et beredskapsperspektiv.»

Den interesserte leser vil, i Tidendes arkiv, finne mange artikler fra de siste 20-25 årene. Fra min egen tid i ledelsen finner jeg eksempelvis flere artikler som fortsatt kan være egnet til opplysning av dagens situasjon. Noen av disse er oppført i referanselisten.

Før høstens valg av representanter til NTFs representantskap er det viktig at den demokratiske debatten styrkes gjennom mer aktiv deltakelse fra medlemmene. Det nytter ikke å klage på sosiale medier.

I siste kvartal 2024 opplyser SSB at det var 5 594 340 innbyggere i Norge. Den største gruppen som i dag har et lovhjemlet gratis eller sterkt subsidiert tilbud gjennom Den offentlige tannhelsetjenesten, er gruppen 0 til 24 år. Med anslagsvis 60 000 per årskull, gjenstår da ca. 4,1 millioner mennesker. Noen av disse har også rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Usikre anslag (omkring 10 prosent) opplyser at de dropper nødvendig tannbehandling på grunn av økonomi. Dette utgjør i så fall ca. 400 000 innbyggere. At samfunnet ikke har funnet en god ordning for disse, er udiskutabelt. Det tror jeg de fleste av NTFs medlemmer vil være enige om. Forslaget nå er imidlertid å gi hele befolkningen en universell tannhelsetjeneste.

De fremtidige tillitsvalgte i tannlegenes fagforening må ikke glemme sin primære oppgave – å ivareta medlemmenes interesser. Med vesentlige og ubesvarte spørsmål er det ikke til å undres over at de privatpraktiserende tannlegene nå spør seg om hva de har igjen for medlemskontingenten i NTF. Derfor denne etterlysningen. Høstens stortingsvalg vil gi en pekepinn på hva foreningens nåværende ledelse har inngitt seg på. Etter blåmandag følger fetetirsdag. Noe senere kommer fasten. Spørsmålet er hvor langvarig denne blir for tannlegene. Man kan jo se til fastlegene som gikk inn i en ordning på «fetetirsdag».

REFERANSER

1. Blich CC, Prioriteringer. Nor Tannlegeforen Tid. 2002/17; 112
2. Blich CC, Politiske signaler og tallenes tale. Nor Tannlegeforen Tid. 2002/8; 112
3. Blich CC, Ønsker myndighetene økte priser på tannhelsetjenester? Nor Tannlegeforen Tid. 2003/2; 113
4. Blich CC, Mytene slår sprekker, Nor Tannlegeforen Tid. 2005/13; 115
5. Blich CC, Samarbeid og næringsvirksomhet, Nor Tannlegeforen Tid. 2005/3; 115
6. Grytten J, Skau I. Behovet for flere tannleger er diskutabelt. Den norske tannlegeforenings Tidende 1999; 109: 354-9.
7. Grytten J. Trygdepolitiske problemstillinger i tannhelsetjenesten – en oversikt. Den norske tannlegeforenings Tidende 2010; 120: 308-15.
8. Grytten J, Skau I, Holst D. Endringer i utgifter og honorarer for tannbehandling 1995-2004. Den norske tannlegeforenings Tidende 2004; 114: 744-7.
9. Grytten J, Skau I, Dobloug A, Barkvoll P. Fremtidig behov for tannleger: Trengs det 1 500 flere om 20 år? Nor Tannlegeforen Tid. 2015/4; 125: DOI:10.56373/2015-3-17
10. DOI:10.56373/2015-3-17
11. NOU 2023:4 Tid for handling



NTF lever av medlemmers engasjement og deltakelse i fruktbar dialog, der vi ikke tillegger våre debattanter meninger.

Gjør din stemme hørt!

 **HEMING OLSEN-BERGEM, PRESIDENT I NTF**

Takk til Carl Christian Blich.

En takk og honnør for påminnelsen om deltakelse i NTFs medlemsdemokrati. Denne høsten er det, som Blich skriver, valg på presidentskap og hovedstyre i Den norske tannlegeforening, samt mange andre viktige råd, utvalg og komitéer.

På representantskapet møter lokalforeningenes, spesialistforeningenes og NTF Students utsendte delegater for å diskutere veien videre for NTF de neste to årene – for å vedta politikk og gjennomføre valg.

Ganske riktig, som Blich skriver, er det nå først og fremst fremover i valg av disse delegatene og gjennom medlemmers engasjement i lokalforeningene, at NTFs demokrati finner sin legitimitet. Og, som Blich beskriver, ikke i klaging på sosiale medier, det være seg i lukkede Facebook-grupper eller dets like.

NTF lever av medlemmers engasjement og deltakelse i fruktbar dialog, der vi ikke tillegger våre debattanter meninger, eller tillegger forutsetninger eller premisser for debatten, som ikke stemmer overens med virkeligheten. En viktig forutsetning for den videre debatten er å enes om hva NTF faktisk har sagt og legger til grunn for sin politikk.

Blich ønsker å løfte noen spørsmål til debatt om veien videre i så henseende,

og vi er glade for å kunne være med på å gi noen svar, om enn ikke like summarisk eller systematisk som spørsmålene er stilt. For ordens skyld, dette første innlegget svarer ut noe av det overordnede, og vi vil i kommende utgaver av Tidende svare ut resten.

En universell tannhelsetjeneste?

Tannhelseutvalget har foreslått en rekke prinsipper for den videre utvikling av tannhelsetjenesten i Norge, og dets første (og største) forslag er at alle skal ha rett på nødvendige tannhelsetjenester.

NTFs representantskap har tidligere slått fast at munnhelse er helse og at tannhelsetjenesten skal være en likeverdig del av helsetjenesten i Norge. Munnhelse skal være en naturlig del av et helhetlig helsebegrep, og myndighetene må sørge for at hele befolkningen har tilgang til nødvendige tannhelsetjenester. Dette er et overgripende og gjennomgående prinsipp, som i seg selv ikke krever omfattende utredning. Det er kort og godt en ryggmargsrefleks – munnen er en del av kroppen, og alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester. Som helsepersonell vil det være nesten umulig å mene noe annet enn dette.

Hvordan så dette prinsippet skal operasjonaliseres er gjenstand for videre utredning. Tannhelseutvalget har i realiteten ikke gitt dekkende svar på

hvordan fremtidens tannhelsetjeneste skal utformes, hverken juridisk eller økonomisk. Derfor er mange av de innspill NTF har gitt i sin høringsuttalelse tatt med forbehold om at ting må utredes. Det vil videre være jobben som gjøres i departement, direktorat og på Stortinget som fører oss nærmere målet. NTF har heller ingen tro på at dette gjøres i en håndvending, og vår tids-horisont bør være minst 10 år om ikke 15–20 år.

Men! Uten grundig utredning og uten dyp involvering av NTF og de odontologiske fagmiljøene, kommer ikke myndighetene videre i sitt arbeid. Slik defineres omfanget av en universell ordning og hva som er nødvendig tannbehandling. Slik vil tannlegene sikres forutsigbare rammebetingelser, offentlig som privat.

Slik utformes et felles frikort for helse-tjenester, inkludert nødvendige tannhelsetjenester. Slik kan det vurderes hva som er akseptabel individuell økonomisk belastning gjennom egenandelskort for alle helsetjenester.

Og ikke minst, slik skapes systemet for prisregulering der myndighetenes behov for kontroll og oversikt av økt finansiering imøtekommer tannlegenes behov for gode vilkår i sitt virke. Uten grundig utredning, der tannlegers økonomiske, sosiale og faglige behov løftes, blir det ingen universell tannhelsetjeneste. Skal pasienters nødvendige behov dekkes, må tannlegers krav imøtekommes.

Det er altså ikke NTFs oppgave å utrede, men å bidra i utredningene. Vårt overordnede mål er, slik representant-skapet har vedtatt: dyktige og tilfredse

medlemmer med fornøyde pasienter i en befolkning med god munnhelse. NTFs oppgave er å sørge for at bak enhver fornøyd pasient står en fornøyd tannlege. Vi håper også at vårt neste svar, der vi kommer tilbake med en nærmere utdyping av spørsmålene som er stilt, også vil være dekkende for Carl Christian Blich.

Dette leder oss tilbake til det engasjementet denne begynnende meningsutvekslingen bygger på. NTF er ikke mer enn summen av sine medlemmer. Skal NTF målbære tannlegenes behov må medlemmene delta i de meningsbærende fora. Vi oppfordrer, som Carl Christian Blich, alle medlemmer til å delta i foreningens organisasjonsarbeid. Møt opp på foreningenes møter, gjør din stemme hørt!



VISSTE DU AT BRUS OG SAFT ER DEN VIKTIGSTE ÅRSAKEN TIL AT BARN FÅR I SEG FOR MYE SUKKER?

Mange av oss har lett for å gi barna brus eller saft når de er tørste. Plutselig blir inntaket av sukker større enn man tror. Bytter du ut brus eller saft med vann til hverdags, er mye gjort. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir hverdagen litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

Oppfyller alle ønsker



4 MM UNIVERSALKOMPOSITT I FEM CLUSTER-SHADES

- **Universell:** For for- og sidetenner
- **Ingen lagoppbygging:** 4 mm inkrementtykkelse
- **Maksimal stabilitet:** 91 % fyllstoffinnhold
- **Fremragende estetikk:** Førsteklasses polerbarhet
- **5 Cluster-Shades:** Dekker alle 16 VITA® classical-farger



GrandiSO
Unlimited



VOCO
THE DENTALISTS

CLEARFIL™ Universal Bond Quick 2

Den komplette bondingen



Neste Generasjons
Ett-trinns Adhesiv

CLEARFIL™ Universal Bond Quick 2 representerer den nyeste innovasjonen innen bondingsteknologi, og leverer en forenklet og effektiv løsning for tannleger. Den støtter alle etseteknikker og er egnet for både direkte og indirekte restaureringer samt oppbygging av kjernestrukturer. Dette gir den allsidigheten og fleksibiliteten som kreves i moderne tannbehandling.

MER
INFORMASJON



Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening



NTFs midnattssolsymposium

19. - 20. juni 2025

Clarion Hotel The Edge, Tromsø

Hva gjør jeg nå?!

Kliniske valg og løsninger på
ulike utfordringer i allmennpraksis

NB: Egen parallell for tannhelsesekretærer/assistenter

HUSK PÅMELDINGSFRIST 6. JUNI!

Fagprogram og påmelding finner du på

www.tannlegeforeningen.no/midnattssol2025

Påmeldingen har åpnet!

NTFs digitale fagdag

Fredag 12. september 2025



Tema: Fra forebygging til komposittkunst

Målgruppe: Allmennpraktiserende tannleger

Moderatorer: Ida Louise Line og Torgils Lægreid

Få med deg NTFs digitale fagdag - en hel dag med direktesendt, flerkamera studio-produksjon.

Delta på direkten for mulighet for interaktivitet, kommentarer og spørsmål underveis, eller se opptak av foredragene 4 uker etter fullført kurs.

NTFs etterutdanning



**For fullt fagprogram og mer informasjon,
se www.tannlegeforeningen.no/digitalfagdag**

HAR DU FYLT KRAVET OM OBLIGATORISK ETTERUTDANNING?

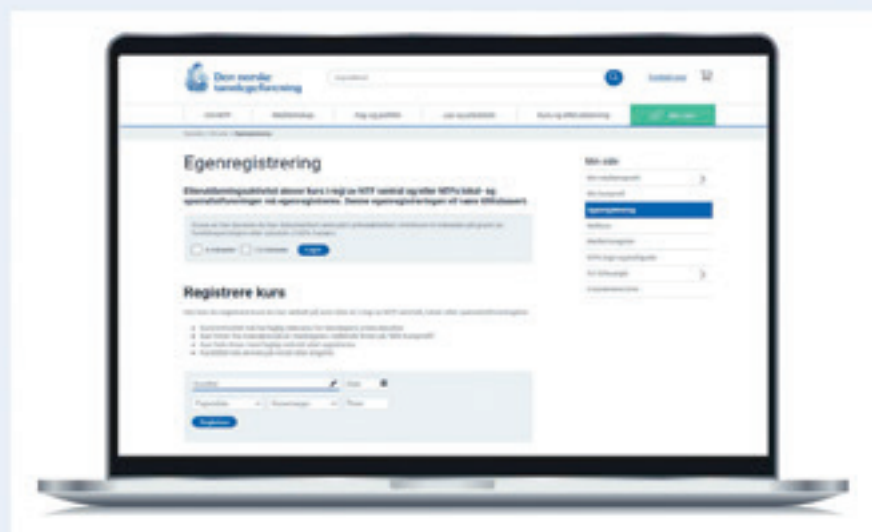
Vi minner om at alle ordinære medlemmer er forpliktet til å gjennomføre 20 timer etterutdanningsaktivitet i året.

Her er noen tips til hvordan du kan fylle kravet:

- Sjekk at du er registrert med riktig medlemsstatus og kursdeltakelse på Min side
- Mangler du timer for kurs i regi av NTF, lokalforeninger og/eller spesialistforeninger? Ta kontakt med kursarrangør for å rette opp dette
- Mangler du timer for kurs fra andre aktører? Husk at du selv må registrere timene dine manuelt under Min side / «Egenregistrering»
- Dersom du ikke kan reise/ta deg fri for å gå på kurs minner vi om at NTFs webinarer og digitale fagdag kan sees i opptak når og hvor det passer deg
- Følg med på lokalforeningenes kurs- og møtekalendere for kurs i nærheten av deg
- Husk at alle medlemmer har tilgang på gratis, nettbaserte kurs som hver gir 2 timer OEU

Kravet til etterutdanningstimer gjelder ikke for årskandidater eller ved dokumentert avbrudd i yrkesaktivitet i minimum 6 måneder på grunn av sykdom, foreldrepermisjon eller uførhet. Dette registreres av medlemmene selv på «Min kursprofil» og vises automatisk som «Reduksjon i timekravet». Arbeid i redusert stilling gir ikke reduksjon i timekravet.

Les mer om regler for obligatorisk etterutdanning på www.tannlegeforeningen.no/OEU



NTFs etterutdanning



Verdens tobakksfrie dag

31. mai 2025

"Unmasking the appeal - Exposing Industry Tactics on Tobacco and Nicotine Products"

Verdens tobakksfrie dag (World No Tobacco Day) retter i 2025 søke-lyset mot de utspekulerte strategiene som brukes av tobakks- og nikotin-industrien for å gjøre deres produkter attraktive, spesielt for barn og unge.

Ved hjelp av tiltalende design og smaker markedsføres produktene bevisst mot barn og unge for å utvide kundebasen og skape avhengighet, alt for kommer-siell gevinst. Ved å støtte opp om markeringen kan du bidra til å synliggjøre den målrettede markedsføringen mot barn og ungdom og beskytte helsepolitiske beslutninger fra tobakksindustriens innblanding.

Tobakk og nikotinprodukter har betydelige negative effekter på tann- og munn-helse, og tannhelsetjenesten spiller en viktig rolle med å informere og veilede pasienter om farene ved tobakksbruk. Tannlegeforeningen markerer dagen som en del av vårt folkehelsearbeid, og oppfordrer alle våre medlemmer til å ta opp snus- og røykeslutt med sine pasienter.



Les mer om den internasjonale kampanjen på www.who.int



Les mer:

Faktaark, informasjon og
Røykeslutt-materiell finner du på

www.helsenorge.no/snus-og-roykeslutt

www.fhi.no/ml/royking

www.helsedirektoratet.no/tobakk

HEI PÅ DEG, JEG ER EN AV BAKTERIENE
SOM TRIVES PÅ HENDENE DINE!

DU KAN
VELGE...

VASK HENDENE,
DA SKYLLES VI
BORT



BRUK HÅNDSPRIT,
DA DØR VI



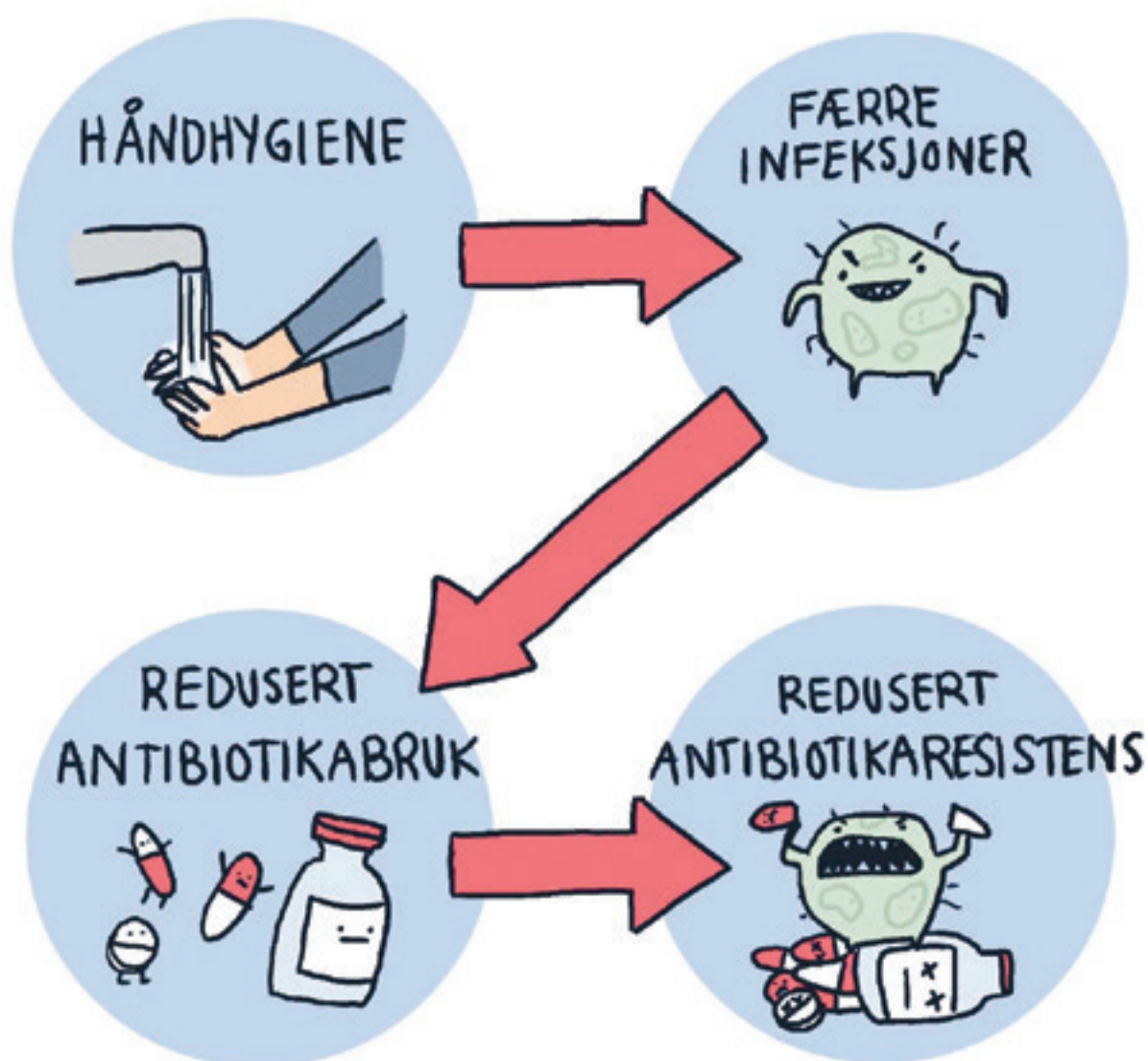
...ELLER
TA OSS MED TIL
PASIENTENE DINE

ANTIBIOTIKA
BITER IKKE
PÅ MEG!



Håndhygiene uansett –
også mot antibiotikaresistens

Håndhygiene forebygger antibiotikaresistens



TEGNET AV FOR



Arbeidsliv

IA og forebygging av sykefravær

 LIN MUUS BENDIKSEN, SPESIALRÅDGIVER I NTF

Etter en langvarig prosess ble det enighet om en ny IA-avtale 12. februar 2025. Avtalen skal vare ut 2028. Den nye avtalen om inkluderende arbeidsliv bygger i stor grad på den forrige, men legger også betydelig vekt på kunnskapsinnhenting om sykefraværet og hvordan man kan forebygge og redusere dette.

Sykefravær er et sammensatt fenomen og påvirkes av sosiale, økonomiske og individuelle forhold samt arbeidsmiljøforhold. Det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet på hver enkelt arbeidsplass er derfor viktig for å redusere arbeidsrelatert sykefravær og frafall.

Sykdom, skade og subjektive helseplager vil kunne påvirke muligheten en arbeidstaker har til å komme på jobb. Hvilke arbeidsoppgaver man har, hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes og hvordan arbeidsmiljøforholdene er på jobben, er også forhold som vil kunne påvirke muligheten for å jobbe tross sykdom eller helseplage.

Forskning viser at det er et betydelig potensial for å redusere sykefraværet. Forebygging vil i første rekke være mulig når det gjelder langt og/eller hyppig gjentakende sykefravær.

Studier av den norske yrkesbefolkningen viser at om lag 25 prosent av alle sykefraværstilfeller i løpet av et år kan tilskrives såkalte mekaniske arbeidsmiljøeksponeringer. I tillegg kan om lag 15 prosent tilskrives psykososiale forhold på jobben.

En gjennomgang av litteraturen om ulike arbeidsmiljøforhold som har betydning for sykefraværet utført ved STAMI, viser at opplevelsen av lav jobbkontroll gir økt risiko for sykefravær. Det ble også godt dokumentert at mekanisk eksponering generelt, repetitive bevegelser, bøyning av nakke/rygg, kombinasjonen høye krav og lav kontroll og trakassering eller mobbing øker risikoen for sykefravær. Videre ble det konkludert med at kontroll i arbeidet, kontroll over arbeidstiden og et positivt sosialt klima reduserte risikoen.

HMS-arbeidet på klinikken bør utføres slik at denne typen risikofaktorer blir avdekket, undersøkt videre og eventuelle tiltak iverksatt. Det samme gjelder oppfølging fra bedriftshelsetjenesten (BHT) som er obligatorisk i både i den offentlige og private tannhelsetjenesten.

Vinter og vår er høysesong for sykemeldinger, men det er ikke bare smittsomme sykdommer som fører til sykefravær. Lettere psykiske lidelser som utbrenthet har stått for en økende andel av sykefraværet de senere årene. Verdens helseorganisasjon definerer utbrenthet som en tilstand som er et resultat av kronisk stress på arbeidsplassen som ikke er blitt håndtert på en god måte. Selv om arbeidsplassen ikke alene trenger å være årsaken, så er det viktig å ta dette innover seg som arbeidsgiver eller kollega.

Arbeidsgiver har en plikt etter arbeidsmiljøloven til å gjøre vurderinger av forhold som kan ha innvirkning på arbeidstakers fysiske og psykiske helse og sørge for at arbeidet er organisert og innrettet slik at uheldige belastninger og sykefravær unngås.

Arbeidsgivere må være oppmerksomme på tegn på utbrenthet blant arbeidstakerne, iverksette tiltak for å forebygge og håndtere sykefraværet og fremme trivsel og produktivitet på arbeidsplassen.

Det er fort gjort å tenke at utbrenthet ikke finnes i din virksomhet, men forhold som kan føre til utbrenthet er til stede i alle bransjer.

Eksempler på slike forhold er:

- Høye og/eller motstridende arbeidskrav
- Mangel på støtte, anerkjennelse og kontroll
- Manglende balanse mellom arbeid og fritid
- Manglende jobbsikkerhet, usikkerhet eller endringer
- Ugunstig fysisk arbeidsmiljø, konflikter eller dårlig arbeidsmiljø

Spørsmål arbeidsgiver/leder bør stille seg er eksempelvis:

- Hvordan er balansen mellom normal arbeidstid, krav og forventninger?
- Er det noen som alltid jobber ekstra?
- Er det alltid flere arbeidsoppgaver enn det er timer i en normal arbeidsdag?
- Er det realistiske tidsfrister?
- Reell mulighet for å ta ferie eller avspasering?

Det er alltid arbeidsgiver eller daglig leder som har hovedansvaret for et forsvarlig arbeidsmiljø. Dette kravet må stå sentralt når planer og mål settes og følges opp. Jobben med å forebygge kan kreve direkte eller indirekte kostnader, som å prioritere vekk noe som leder, lage mer realistiske planer, eller øke kapasiteten ved å ansette flere.

Når kartlegginger er gjennomført i virksomheten må man se på organisatoriske tiltak i tråd med dette. Er det behov for tiltak knyttet til oppgavefordeling, opplæring, styrings- og planleggingssystemer, organisering av arbeidet eller avlønnings-systemer eller arbeidstidsordninger.

Det er mange eksempler på medarbeidere som er blitt utbrent, uten at hverken medarbeider eller leder så det komme. Høyt engasjement for jobben kan gjøre at vi brenner lyset i begge ender uten at vi ser symptomene. Som medarbeider har man også plikt til å medvirke til å forebygge sykefravær, og det kan være behov for å ta tak både i privatlivet og på jobb.

Som leder må du være kjent med belastningen på den enkelte arbeidstaker har, hjelpe til å prioritere og noen ganger være villig til å sette noe på vent for å unngå overbelastning på medarbeidere.



Sykehjelpsordningen

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

www.sykehjelpsordningen.no



Spør advokaten

Rett til redusert stilling

 ELIN KVÆRNØ, ADVOKAT OG LEDER AV AVDELING FOR JUS OG ARBEIDSLIV I NTF

Jeg har en arbeidstaker som jobber i 100% stilling. Vedkommende krever å få delvis permisjon, for å kunne jobbe et annet sted. Har vedkommende krav på å få redusert stillingen sin?

Svar:

Vedkommende har ikke krav på å få redusert stilling, for å kunne jobbe et annet sted.

Det er inngått en avtale om å jobbe 100 prosent, og for at det skal kunne endres må det inngås en avtale om annet. Det finnes ingen bestemmelse om dette i arbeidsmiljøloven.

Det samme gjelder hvis arbeidstaker ønsker å jobbe et annet sted innenfor samme virksomhet.

Det kan være at arbeidstaker argumenterer med at andre tidligere har fått innvilget delvis permisjon på dette grunnlaget. Men arbeidsgiver kan likevel la være å gi tillatelse til redusert stilling.

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

Aust-Agder Tannlegeforening

Carina Freitag
carinafreitag@hotmail.com

Erik Nilsen
er-nils2@online.no

Bergen Tannlegeforening

Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Jan Ove Sand,
tlf. 917 87 002,
jaov-san@online.no

Buskerud Tannlegeforening

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Trine Knutsen Gjone
trine.gjone@gmail.com

Finnmark Tannlegeforening

Stina Marie Richardsen
stinarichardsen@gmail.com

Haugaland Tannlegeforening

Baard Sigmund Førre,
tlf. 470 28 202,
baardforre@gmail.com

Margrethe Halvorsen,
tlf. 97 71 05 50

Hedmark Tannlegeforening

Anke Bolte,
tlf. 41 16 40 17
anke.bolte@innlandetfylke.no

Nordland Tannlegeforening

Connie Vian Helbostad,
conhel@nfk.no
tlf. 93 82 80 00

Åse Reinford,
aase@tanntorget.no

Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening

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

Eva Thingvold,
tlf. 41 41 88 47

Nord-Trøndelag Tannlegeforening

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

Øyvind Kvalheim,
996 21 035

Oppland Tannlegeforening

Pål Vidar Westlie,
paalvidar@tannlegewestlie.no

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 93 43 72 23

Oslo Tannlegeforening

Finn Rossow
tlf. 90 74 81 84

Cecilie Bottolfsen Heistein,
tlf. 907 28 440
cecilieheistein@msn.com

Rogaland Tannlegeforening

Gro Jørgensborg,
tlf. 995 29 885,
gro.joergensborg@throg.no

Jo Sæther Mæhle,
tlf. 922 31 976,
jo_maehle@hotmail.com

Romerike Tannlegeforening

Sven Grov,
tlf. 92 09 19 73

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

Nureena Khan
nureena-95@hotmail.com

Sogn og Fjordane Tannlegeforening

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

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 95 94 55 28

Sunnmøre Tannlegeforening

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

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

Sør-Trøndelag Tannlegeforening

Unni Merete Køste
umkoste@hotmail.com
tlf. 92 60 19 85

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

Telemark Tannlegeforening

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

Bernt Andreas Grøgaard
tlf. 901 83 922
berntandreasg@hotmail.com

Troms Tannlegeforening

Harald Ag,
tlf. 477 51 900,
haraldag@online.no

Hilde Halvorsen,
tlf. 909 91 099,
halvorsen_hilde@yahoo.com

Vest-Agder Tannlegeforening

Arild Tobiassen
tobiassen@online.no

Vestfold Tannlegeforening

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

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

Østfold Tannlegeforening

Rune Henriksen Bones
tlf. 93 89 79 83

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

Kontaktperson i NTFs sekretariat

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

Snakk om etikk

Kollegialitet – En kald skulder å gråte på?

 **LINE B. PEDERSEN, LEDER, NTFS ETIKKRÅD**

Da jeg som nyutdannet tannlege, så en utilfredsstillende og stygg fylling under en undersøkelse, tenkte jeg gjerne at noen hadde gjort en dårlig jobb.

Når jeg ser en slik fylling i dag, er min første tanke: «Hjelpes! Håper ikke jeg har lagt den der!»

Noen ganger er det faktisk mitt eget arbeid jeg ser. En liten sjekk i journalen gir meg ofte forklaringen: «Vanskelig å få til kontaktpunkt», «Vanskelig å tørrelegge», «Kraftig breknings-tendens hos pasienten», «Meget aktiv tunge». Det var rett og slett det beste jeg fikk til der og da.

I vårt yrke gjør vi komplisert arbeid, på svært liten plass og under vanskelige forhold. Det krever kunnskap og ferdigheter å få til godt arbeid, men ingen av disse er til nytte om pasienten ikke samarbeider. Dette gjelder under behandlingen, men også etterpå. Den fineste og beste fyllingen varer ikke lenge om pasienten ikke tar vare på den.

Hvor vil jeg med dette? Jeg vil snakke om kollegialitet.

Jeg var nylig med i en argumentasjon der en tannlege var bekymret for en kollegas arbeid. Vedkommende var så bekymret at hen ønsket å melde sin kollega til Helsetilsynet eller statsforvalteren. Årsaken var at hen hadde overtatt pasienter og sett arbeid som hen mente var svært dårlig og hadde konsekvenser for pasientenes tannhelse.

Jeg, og flere med meg, mente at man må ha takhøyde når man vurderer kollegaers arbeid. Man kan ikke vite hvordan forholdene var da behandlingen ble utført. Den som ville melde, mente da at vi var mer opptatt av å beskytte vår kollega enn å tenke på pasientene.

Jeg kan forstå beskyldningen. Når man ser noe kritikkverdig ønsker man å melde fra. De etiske reglene sier at man skal melde fra hvis man mener det er fare for liv og helse.

Så hvorfor var vi andre så defensive?

Jeg fikk inntrykk av at flere, i likhet med meg, hadde mange års erfaring innenfor yrket. Man ser da hvor vanskelig det kan være å få gjort optimal behandling, og hvor kort tid en god behandling kan vare under dårlige forhold. Man ser også hvor utrolig lenge en tilsynelatende dårlig behandling kan vare under gode forhold. Vi er derfor forsiktige med å uttale oss om det vi ser, og prøver heller å løse problemene så godt vi klarer.

Det betyr ikke at vi dekker over eller beskytter våre kollegaer for enhver pris. Noen ganger ser man alvorlige feil, eller gjennomgående dårlig arbeid.

De etiske reglene har en protokoll for hvordan man skal gå frem. Denne har vi skrevet om i denne spalten flere ganger. Den starter med at man skal ta opp problemet med den aktuelle kollegaen. «Formen bør være varsom», står det. Jeg forstår at dette kan være vanskelig, men dette er viktig, fordi det handler om å løse problemet på lavest mulig nivå. I en slik samtale kan man få vite om det var forhold som gjorde behandlingssituasjonen utfordrende. Eller man kan få et inntrykk av kollegaen. Om vedkommende faktisk ikke virker kompetent nok, kan man vurdere å gå et trinn opp, til arbeidsgiver, eller til lokalforeningen. Hvor langt opp saken går, kommer an på alvorlighetsgraden i situasjonen. Poenget er å finne ut om dette er uheldige engangstilfeller, eller om det er en tannlege som av forskjellige grunner, ikke kan gjøre jobben sin.

Å melde kollegaen direkte til helsemyndighetene får vanligvis kun konsekvenser om saken er svært alvorlig. Jeg tror at man kan slippe å komme dit om man tar tak tidligere. Det går an å tilby hjelp og veiledning. Man kan også foreslå kurs eller hospitering hvis det er faglige mangler.

Å kritisere kollegaers arbeide overfor pasienter og andre medarbeidere er ikke løsningen. Det er ukollegialt og løser ingenting.

En god kollega vil gjøre det beste for sine medmennesker. Noen ganger betyr det å ha forståelse for at alle kan gjøre feil.

I stedet for en kald skulder, får man gi sin kollega en skulder å gråte på. Da er du den type kollega som andre vil gi en klapp på skuldra.

Journalssystemet ditt er en gullgruve, umulig å navigere.

Journalssystemer er et must. Men det tar timer å navigere gjennom alle undermenyer. Med Knowyn tar det minutter å støvsuge journalssystemene dine og finne ut hvordan du fyller stolen med **minst 25% flere pasienter**. Og du kan bruke mer tid på å gjøre det som er mest morsomt – å behandle pasienter (og få betalt). **Mindre stress, ingen hull i timeplanen og høyere pasienttilfredshet.** Det er Knowyn.

knowyn

Clinic Intelligence that fill your chairs

Les mer på knowyn.se

Hva sier? studentene

Søkelys på munnhelse i barnehagene

✍ **MARIA KVAMME, AVTROPPEDE LEDER AV ODONTOLOGENES HUMANITÆRE STYRE OG STYREMEDLEM I NTF STUDENT**

ODHUM (Odontologenes humanitære styre) er en studentgruppe under odontologforeningen i Bergen. De har høsten 2024 startet et spennende prosjekt der tannlege- og tannpleie-studenter fra Universitetet i Bergen (UiB) besøker barnehager i nærområdet for å lære barn om god munnhelse. Dette forebyggende tiltaket gir barna en morsom og lærerik opplevelse samtidig som studentene får verdifull erfaring med å kommunisere med barn – en pasientgruppe tannlege-studentene ikke møter før tredje studieår.

Hittil har studentene besøkt fem barnehager, og responsen har vært svært positiv. Barnehagene setter stor pris på initiativet, og både barn og ansatte synes opplegget er engasjerende og lærerikt. Flere av barnehagene har uttrykt ønske om at prosjektet fortsetter, da det bidrar til å gjøre tannhelse spennende for barna på en leken måte.

En av de store fordelene ved prosjektet er at studenter fra første kull får muligheten til å lære av eldre kull, noe som gir en verdifull faglig overføring. De mer erfarne studentene deler

kunnskap og teknikker med de yngre, noe som styrker samarbeidet mellom kullene og forbereder alle på å jobbe med barn i fremtiden.

For å gjøre undervisningen engasjerende og morsom, kler studentene seg ut som Karius og Baktus og lar barna være aktive deltakere i læringen. De viser pusseteknikker på modeller med en stor tannbørste, teller tenner og lar barna prøve seg på tannpuss. I tillegg har NTF Student sponset to Play-Doh tannlegesett, som raskt er blitt en stor favoritt blant barna. Modellene øker bevisstheten om tennenes utforming og viktigheten av god munnhygiene.

Studentene i ODHUM ønsker å starte munnhelseopplysning tidlig og det er en god måte for studentene å bidra aktivt i samfunnet. Tiltaket gir barn en bedre forståelse av munnhelse, samtidig som det styrker fremtidige helsepersonell i deres møte med unge pasienter. Vi håper at dette prosjektet kan vokse videre og inspirere til lignende tiltak i andre byer!

KURSTILBUD

JUS OG ARBEIDSLIV

- et tilbud til lokalforeningene fra NTFs sekretariat

NTFs medlemsrådgivere i jus og arbeidsliv tilbyr kurs og foredrag til NTFs lokalforeninger - velg mellom fysisk og digital deltakelse. Vi kan også legge opp til en seminarform, med kort innledning, deretter informasjonsutveksling og spørsmål.

Kjerneområder for vår juridiske rådgivning er arbeidsrett, helserett og kontraktsrett (fortrinnsvis samarbeidskontrakter mellom praksiseier og assistenttannlege) – og det er innenfor disse hovedområdene NTF tilbyr kurs og foredrag.

PRAKSISDRIFT:

- Kjøp og salg av praksis
- Valg av foretaksform
- Personvern og GDPR

PERSONALJUS:

- Ansettelsesprosessen
- Arbeidsgivers styringsrett
- Arbeidstid
- Oppfølging i prøvetid
- Om ferie
- Oppsigelse
 - Virksomhetens forhold
 - Arbeidstagers forhold
 - I prøvetid
- Oppfølging av sykmeldte
 - Tilrettelegging
 - Bestride sykmelding

HELSERETT:

- Journalforskriften
- Forsvarlighetskravet
- Pasientens grunnleggende rettigheter
- Sentrale plikter for helsepersonell
- Utenlandsbehandling

KONTRAKTSRETT:

- Samarbeidskontrakter mellom tannleger
- Oppdragsgiver eller arbeidsgiver?

ANDRE TEMA:

- NTFs etiske regler
- Årets lønnsoppgjør
- Mønsteravtalen
- Hva gjør du når pasienten klager?
- Om lønnsforhandlinger, lønnsfastsettelse og lønssamtale
- Sykehjelpsordningen for tannleger
- Grunnleggende om pensjon

Henvendelser kan sendes til
jus@tannlegeforeningen.no

Ytterligere temaer kan også avtales. Vi oppfordrer lokalforeningene ved kursansvarlige til å ta kontakt så snart som mulig dersom det ønskes slike kurs.

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

20. mai	Oslo	Medlemskurs Oslo TF
21. mai	Lillestrøm	Kveldskurs Romerike tannlegeforening
22. mai	Fredrikstad	Sommerkurs ØTF
22. mai	Midtåsen	Maikurs og grillaften Vestfold TF
23. mai	Bergen	Klinisk rettet kurs i totalbehandling
23.-24. mai	Loen	Loenmøtet 2025
23.-24. mai	Kragerø	Kragerøkurset
3. juni	Kristiansand	Tverrfaglig samarbeid, Vest-Agder TF
12. juni	Stange	Sommerkurs Hedmark TF
13. juni	Bergen	Medlemsmøte BTF
19.-20. juni	Tromsø	NTFs midnattssolsymposium
25. juni	Nettbasert	Webinar – Traumebehandling – Akutt endo
26. aug	Oslo	Medlemskurs Oslo TF
11. sep	Haugesund	Den komorbide pasienten, Haugaland TF
12. sep	Nettbasert	NTFs digitale fagdag
19. sep	Trondheim	Høstkurs Sør-Trøndelag TF
30. okt-1. nov	Lillestrøm	NTFs landsmøte og Nordental
28.-29. des	Haugesund	Julekurs, Haugaland TF

Andre kurs, møter og aktiviteter

20.-21. mai	Oslo	Hovedstyremøte
10. jun	Nettbasert	Presidentens time
16.-17. juni	Oslo	NOAT møte
23.-24. juni	Oslo	Hovedstyremøte
11.-15. aug	Arendal	Arendalsuka
4.-5. sep	Oslo	Hovedstyremøte
9.-12. sep	Shanghai	FDI World dental congress
18.-19. sep	Oslo	NTFs lønnspolitiske forum
25.-26. sep	Oslo	Møte NTFs fag- og etterutdanningsutvalg
14. okt	Nettbasert	Hovedstyremøte
26.-27. nov	Oslo	Hovedstyremøte
27.-29. nov	Gardermoen	NTFs representantskapsmøte
4.-5. des	Oslo	Møte NTFs fag- og etterutdanningsutvalg

HUSK NTFs NETTKURS!

Kursene er gratis og teller 2 timer i NTFs etterutdanningssystem

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

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



Bli bedre kjent med NTF!

Last ned årsrapporten
for 2024!



Personalia

Dødsfall

Harald Elling Ulvestad, f. 05.08.1936,
tannlegeeksamen 1961, d. 10.04.2025
Sverre Alsos, f. 12.03.1930, tannlegeeksamen
1959, d. 04.04.2025

Geir Sture Torsteinson, f. 18.11.1953,
tannlegeeksamen 1978, d. 23.03.2025
Arvid Abildsnes, f. 05.07.1934,
tannlegeeksamen 19574, d. 16.04.2025

Nina Johanne Wang, f. 17.08.1953,
tannlegeeksamen 1977, d. 28.03.2025

◀◀ tilbakeblikk

19/25

Nytt tannlegeinstitutt

«Deres skr. av 31. mars d.a. blev behandlet paa hovedstyremøte 9. ds., og der enedes man om i den anledning at tilstille Dem følgende: ...

En av grundene til at dette spørsmåal fremkommer, er at vi overhodet intet har hørt fra Dem i saken: Nyt utvidet tandlægeinstitut, trods der aabenbart har været flere faser i disse planer. Hovedstyret har selvsagt interesse av at bli holdt à jour. Paa den anden side skulde man ogsaa tro, at De hadde interesse av og en viss plikt til at holde styret à jour. De blev jo valgt ind i denne komité netop fordi De dengang sat som præsident i N.T.F.s styre.

Da planene nu er utlagt til anbud – og saaledes er tilgjængelige – anmoder vi dem om, hvis De fremdeles betrakter Dem som N.T.F.s repræsentrant i byggekomiteen, at oversende os disse planer snarest.»

🕒 Brev fra president A. Bech til tidligere president G. Kullmann i Tidende nr. 5, mai, 1925

1975

Stortingsmelding om tannhelse

Generalforsamling i Buskerud Tannlægeforening ble holdt i Drammen handelsstand 20.09.2974. ...

Stortingsmelding nr. 111 «Om den offentlige tannhelsetjenesten» ble først omtalt av stortingsmann Jo Benkow. Han ville prøve å beskrive en politikers syn på odontologien, som en lillebror til medisinen. Alt håp om store ressurstil-delinger ville være uaktuelt – tannsykdommene er ikke dramatiske nok til å konkurrere om de store bevilgninger. N.T.F. viser et samfunnssyn og dermed vil foreningen kunne være med på å påvirke utviklingen. Behandling av barn og institusjonspasienter samt offentlige stillinger vil bli tilgodesett. Profylaktiske tiltak vil vinne gehør hos politikerne. Oppfatningen at honorarene er for høye kan komme til å påvirke utviklingen.

🕒 Tidende nr. 5, mai, 1975

2015

Åpning av Tk Vest/Hordaland:

Feiring med undertoner

Tannhelsetjenestens kompetansesenter (Tk) Vest/Hordaland ble offisielt åpnet 13. april, etter at kompetansesenteret har vært under oppbygging og utvikling siden etableringen i august 2012. Under- eller overtonene i noen av festtalene bærer bud om at tilblivelsen av kompetansesentrene har vært, og er, et diskusjonstema.

Som et av seks kompetansesentre gir Tk Vest/Hordaland tilbud innen alle syv odontologiske spesialiteter og har tilsyn med inneliggende pasienter på Haukeland sykehus. Senteret behandler overgrepspasienter, torturofre og pasienter med odontofobi som trenger et tilrettelagt tilbud, og det tilbyr kurs og rådgivningstjeneste. Forskningsaktiviteten er under oppbygging, med for tiden tre stipendiater ansatt. Totalt er det ansatt 45 personer ved Tk Vest/Hordaland.

Kompetansesenteret er samlokalisert med Institutt for klinisk odontologi og har startet et samarbeid om spesialistutdanning og forskning.

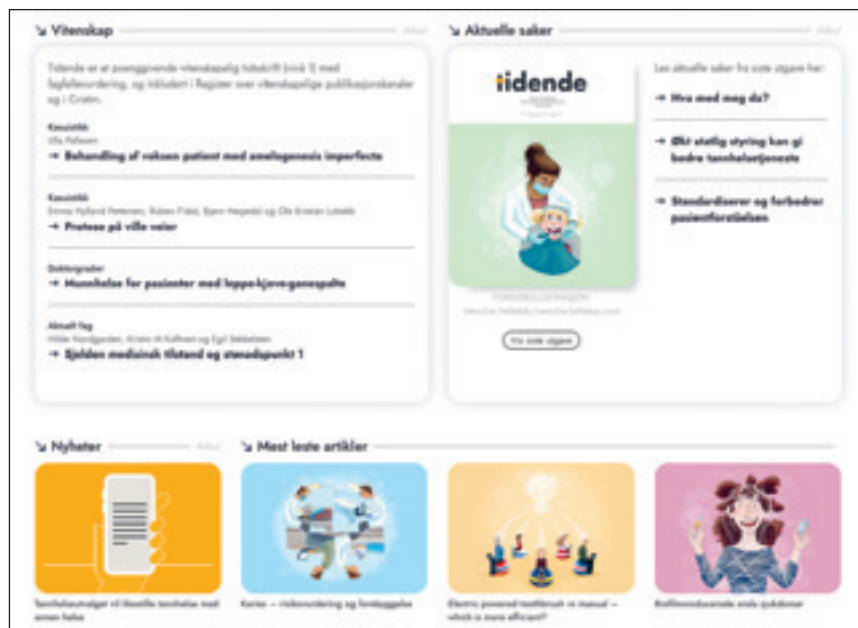
🕒 Tidende nr. 5, mai, 2015

Tidende blir digitalt først

For å kunne publisere fagstoff og redaksjonelle nyhetsartikler fortløpende i nettutgaven, tannlegetidende.no – og uavhengig av papirutgaver går NTFs Tidende over til å publisere digitalt først fra og med nå, våren 2025, slik også andre vitenskapelige tidsskrifter i Fagpressen, og internasjonalt, har gjort og er i ferd med å gjøre.

Tidende vil med dette unngå å få publiseringskø, hvis mye fagstoff kommer igjennom prosessen med å bli fagfelle-vurdert, justert og godkjent på samme tid.

Alle fagartikler vil fortsatt publiseres i sin helhet i Tidendes papirversjon.



Boknytt



Erik Sveberg
Dietrichs:

**Din medisin.
Veien til
persontilpasset
behandling**

For en anmelder som er over gjennomsnittet interessert i historie er denne boken en meget interessant sammenfatning av viktige oppdagelser innen medisinen. Den er meget lettlest slik at lesere med varierende kunnskapsnivå lett kommer inn i historiene uten vanskelig språkbruk. Forfatteren sier boken ikke er ment til å være en lærebok. Det behøver den så absolutt heller ikke å være. Den er mer en

god nok som en forklarende bok ut fra de eksemplene på sykdomstilstander som forfatteren har valgt.

Boken er inndelt i ni hovedkapitler med en innholdsrik litteraturliste samt ordliste. Boken starter med introduksjon av begrepene «persontilpasset medisin» og «presisjonsmedisin» hvor forfatteren diskuterer begrepene innhold og hva en pasient og ikke minst myndighetene antageligvis har forventninger til med hensyn til disse begrepene. Forfatteren benytter seg av i hvert kapittel utvalgte fortellinger om eksempler på hvordan behandlingsrelatert medisinsk utvikling har skjedd – svært ofte ved empiri – for å belyse begrepet «persontilpasset medisin». Kapitlene strekker seg fra «Trøblete anestesi» til «Fremtidsutsikter» og rådgivningskapittelet «Slik kan du forholde deg til persontilpasset medisin».

Det eneste lille denne anmelder kan innvende mot boken er at den er svært ordrik og at forfatteren kanskje enkelte steder har en tendens til å overdiskutere egne legeerfaringer og samfunnsfarmasøytiske synspunkter, når bokens hensikt er å definere hva «persontilpasset medisin» er, eksemplifisert. Uansett er denne boken meget lesverdig.

Den er et fint tilskudd til forståelse av medisinen utvikling ved fortellinger om relevante historiske eksempler, uansett om du er på ferie eller ønsker å nyte en intellektuell stille stund.

Lasse Ansgar Skoglund

Erik Sveberg Dietrichs: Din medisin. Veien til persontilpasset behandling
Bonnier Norsk Forlag, Oslo, 2025. 203 sider.
ISBN: 978-82-347-2292-9

MINNEORD



Foto: privat.

Nina Johanne Wang
(1953–2025)

En pionér innen helsefremmende tannhelsearbeid

Det er med dyp sorg vi mottok budskap om at professor emerita Nina Johanne Wang døde 28. mars, 71 år gammel. Hun ble bisatt 10. april 2025.

Nina fullførte tannlegeutdanning ved Universitetet i Bergen (UiB) i 1977, tok videreutdanning i samfunnsodontologi i 86-87, og spesialistutdanning i pedodonti i 86-88, begge ved Universitetet i Oslo (UiO).

Etter fullført spesialistutdanning ble hun stipendiat ved UiO, med professor Dorthe Holst som veileder. Dette ble et vendepunkt, og grunnlag for Ninas livslange engasjement innen helsefremmende og forebyggende arbeid. I løpet av stipendiatperioden tilbrakte hun ett år ved Harvard University i Boston, og fullførte en Master in Science (Master of Public Health) i 1993. Doktorgraden forsvarte hun i 1994, med tittelen «Efficiency in the Public Dental Service for children in Norway – change in use of dental hygienists and recall intervalls». Resultater fra doktorgradsarbeidet har hatt varig betydning for utviklingen av tannhelsetjenesten i Norge.

Nina bidro som en utrettelig fagperson gjennom mer enn fire tiår. Det meste av yrkeskarrieren tilbrakte hun ved UiO, men hun var også ansatt ved UiB og Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ).

Nina arbeidet i flere år som førsteamanuensis ved avdeling for pedodonti ved UiB, under ledelse av professor Magne Rådal. Her var hun aktiv i internasjonalt forskningssamarbeid og veiledning av en indisk doktorgradskandidat finansiert gjennom Kvote-programmet. Avhandlingens tema var

forebygging av karies blant ungdom og implikasjoner for tannhelsetjenesten både i Norge og India. Under perioden hun var ansatt ved UiB var hun involvert i et større forskningsarbeid med University of Connecticut Health, Farmington, USA, hvor risiko for dental fluorose og karies ble studert, med søkelys på implikasjoner for Norge og USA.

Hun hadde i flere år bistilling som seniorforsker ved TkØ, og var en av de som bidro i oppbygning av forskningsavdelingen ved senteret. Flere forskningsprosjekt ble planlagt og gjennomført med Nina ved roret.

Nina var en pionér innen helsefremmende tannhelsearbeid, en visjonær forsker, dyktig underviser og engasjert kollega. Hun evnet å kombinere skarp vitenskapelig tenkning med forståelse for menneskelige og sosiale forhold. Egenskaper som gjorde henne til en omsorgsfull veileder for stipendiater, og ikke minst alle spesialistkandidater og studenter som hun veiledet i sine oppgaver.

Hennes arbeid rettet seg mot de reelle utfordringene i tjenesten, og hun hentet ofte forskningsspørsmål direkte fra tannhelsepersonell i felt. Hun ledet og deltok i store epidemiologiske og longitudinelle studier, og hadde forskningssamarbeid med Folkehelseinstituttet og nordisk forskernettverk. Blant hennes mange forskningsfelt var karies hos småbarn, forebygging, fluoridbruk, erosjoner og oral helse relatert livskvalitet. Hun ble tidlig involvert i planlegging av Folkehelseinstituttets «Den norske mor-, far- og barnundersøkelsen (MoBa)»,

hvor man for første gang fikk inn spørsmål om tannhelse i en stor nasjonal helseundersøkelse. Her var hun en pionér og en av de første som fikk koblet data fra tannhelsetjenesten til en stor norsk helseundersøkelse. Dette arbeidet resulterte i flere doktorgradsavhandling-er ved UiO, med Nina som veileder.

Hun var særlig opptatt av hvordan barn i risiko kunne bli identifisert tidlig og få et tilbud som faktisk bedret tannhelsen. Hun var faglig rådgiver for Statens Helsetilsyn og bidro sterkt til

utvikling av universelle og individuelle folkehelseiltak for bedre oral helse. Hun var også opptatt av oppgavefordelingen i tannhelsetjenesten, og bl.a. tannpleiernes rolle i det forebyggende arbeidet.

Det var en fryd å reise med Nina på vitenskapelige konferanser i inn- og utland. Hennes omfattende forskningsnettverk ga henne mange gode venner og heldige var de av oss som fikk være med på mange faglige – og sosiale opplevelser. Vi vil bære med oss minner

om hyggelige og utviklende opplevelser med folk fra hele verden.

Vi vil savne vennen og fagpersonen, hennes arbeid lever videre – i fagmiljøene i Norge og langt utover.

Vi lyser fred over hennes minne.

På vegne av kolleger ved UiO, UiB og TkØ

Tove Wigen, Tiril Willumsen, Anne Rønneberg, Hilde Vogt Toven, Asgeir Bårdsen, Anne Nordrehaug Åstrøm

Ofte ligger det viktigste under overflaten

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

Se mer på fagpressen.no/dybde

 **Fagpressen**

– samler og utvikler kraften i 240 fagmedier!



tenkyano

STILLING LEDIG

TANNLEGE SØKES TIL MYRE I VESTERÅLEN

Vi søker tannlege til veietablert enpersonspraksis. Klinikken pasientportefølje er stor og variert. Vi søker deg som setter pasienten i fokus og leverer tannhelsetjenester av høy kvalitet. Du må ha norsk autorisasjon, og beherske norsk muntlig og skriftlig. Vi kan tilby fleksibilitet og gode betingelser for rett kandidat. Spørsmål om stilling rettes daglig leder, enten pr. telefon eller epost.

Kristine Tannklinikk AS
Kristine Heide, daglig leder.
Tlf. 99046546
kheide.tannlege@gmail.com

SKIEN

Tannlege søkes til praksis med god pasient flyt i Skien for 60% stilling med mulighet for utvidelse.

Vi søker en motivert kollega til en 60% stilling med mulighet for utvidelse hos Skien Tannlegesenter & Tannlegevakt. Klinikken ligger i moderne, nyoppussede lokaler, sentralt i Skien.

Søknad og CV sendes til Post@skientannlegevakt.no

ENDODONTIST SØKES TIL TANNKLINIKK I AKERSHUS

Vi søker en erfaren endodontist til tannklinikk. Beregnet arbeidsmengde er 1-2 dager i måneden avhengig av behov. Mikroskop og annet nødvendig utstyr tilbys. Ønskelig med rask tiltredelse.

Ved interesse sendes epost til: tannlegejt@gmail.com



Attraktiv tannlegestilling i nydelige Sogndal

Vi søker en ny tannlege til vår travle og trivelige praksis i Sogndal. Deltid kan også vurderes for rett kandidat. Stillingen vil ta over en etablert pasientliste da tannlege skal pensjonere seg. Sogndal er et attraktivt sted å bo, med yrende liv kombinert med Norges kanskje vakreste natur.

Klinikken er fullt utstyrt, 4 behandlingsrom, OPG og CEPH, nyeste modell iTero skanner, og 2 tannhelsesekretærer. Vi har et veldig godt faglig og sosialt arbeidsmiljø.

Nøkkelegenskaper vi vektlegger er kvalitetsbevisst, positiv, faglig interessert og engasjert. Det er svært gode betingelser for den riktige kandidaten. Søkere må beherske norsk muntlig og skriftlig flytende, og ha norsk autorisasjon. Minimum 2 års erfaring ønskelig.

For spørsmål ta kontakt på 90205917.
Søknad + CV sendes til post@tannlegesenter.as

W&H Nordic søker...

Produktspesialist/selger til det norske markedet med stasjonering på vårt kontor like utenfor Oslo. Arbeidet innebærer å bearbeide det norske markedet, klinikker og forhandlere. Erfaring med røntgen er en fordel.

Send mail med søknad og CV til filip.gloza@whnordic.se eller ring +46 708 17 76 22 for en hyggelig prat.

W&H Nordic | t: +46 (0) 8-445 88 30 | office@whnordic.se





Tannhelsetjenesten
i Agder



Skann koden for
mer informasjon.

Vil du lede Tannhelsetjenesten i Agder?

Snart har vi ledig stilling som virksomhetsleder med ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten til våre 320 000 egder.

Følg med på agderfk.no/tannhelse eller LinkedIn.



Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø? Da er Tannhelse Rogaland noe for deg.

Ledige stillinger er annonsert på tannhelse Rogaland.no



Tannhelse
Rogaland

TORGET TANNHELSE Trondheim TANNLEGESENTER

SPESIALISTER I HHV ENDODONTI OG PERIODONTI SØKES TIL TANNKLINIKKER I STJØRDAL OG TRONDHEIM

Våre 4 klinikker i hhv Stjørdal og Trondheim søker spesialist i periodonti (ønskelig med 2-3 dager i mnd eller mer) og en spesialist i endodonti (ønskelig med 5 dager i mnd). Hos oss jobber til sammen et tyvetalls tannleger i tillegg til to spesialister i oral kirurgi og orallmedisin på deltid. Vi har en lege/tannlege, fire tannpleiere samt fire Helfo godkjente implantatprotetiske behandlere. Klinikken er topp moderne med digitale scannere, CBCT med tilknyttet radiolog, OPG, og nye unitar i nyoppussede innbydende lokaler. Våre oralkirurger har lang erfaring og er meget fornøyde med vår tilrettelegging slik at de kan bruke all sin tid på effektiv pasientbehandling.

Vi søker deg som:

- Er en dyktig endodontist/periodontist og jobber selvstendig
- Er kvalitetsbevisst og nøye
- Setter pasient i sentrum
- Autorisert spesialist i Norge
- Snakker flytende norsk/svensk
- Er en god kollega og liker å jobbe i team

Vi tilbyr:

- Meget fordelaktige vilkår med tilrettelagt timebok, høy lønn og gode betingelser
- Fleksibel arbeidstid: mulighet for dag-, kvelds- og helgearbeid etter dine ønsker
- Svært god tilstrøm av nye pasienter
- Reisekostnader dekkes av oss

Vil du vite mer om stillingen? Send en mail til tannlege.finnanger@gmail.com så avtaler vi en prat :)

ASSISTENTTANNLEGE SØKES SANDNES

Vi søker en tannlege til å ivareta våre mange trofaste pasienter på vår godt etablerte tannklinikk på Hommersåk.

Tannlege Prestvold AS har to tannleger og to tannhelse-sekretærer. Klinikken ligger i Hommersåk Helsehus og deler pauserom og venterom med legesenter og fysioterapeuter. Klinikken er kun en 15min kjøretur fra Sandnes.

Søknad sendes: tannlegeprestvold@gmail.com

STILLING SØKES

STILLING SØKES

Tannkirurg med lang og bred erfaring søker 20-40% stilling.
Kontakt: post.tannlege777@gmail.com

KJØP OG SALG

TANNLEGEPRAKSIS I TROMSØ

Salg: Aksjer
Allmennpraksis
Omsetning: ca. 9,0 mNOK.
Stoler: 4.
Ca. 1 600 recallpasienter
Selges da eier pensjonerer seg.
Se også tannlegeportalen.no.

Kontakt:
Anders Røneid Fehn
anders@sagaconsult.no
Tel: 481 00 074

TANNPLEIERKLINIKKEN AS I LARVIK SELGES

3 behandlingsrom godt utstyrt og egen OPG.
post@tannpleierklinikken.no

PONDUS

av Frode Øverli



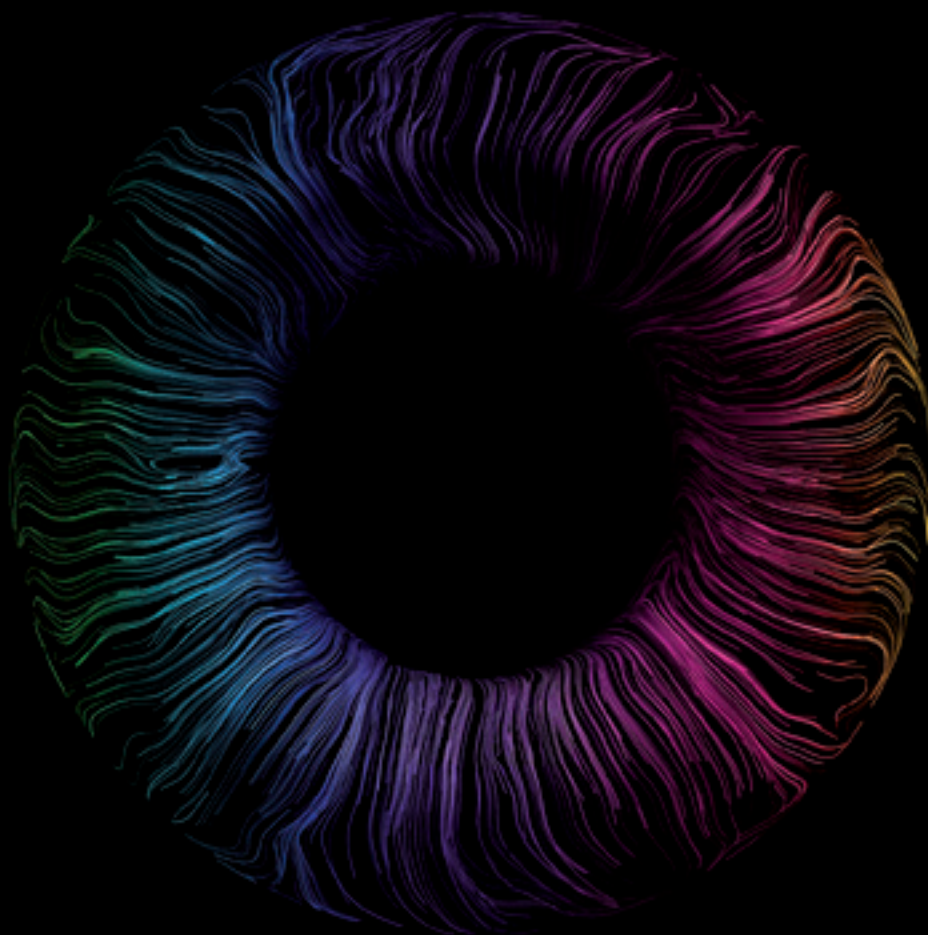
#whimaging



wh.com



Great news Great views



MAX



FLEX



ARM



SCAN



SENSOR

Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic AB
t: 32853380 | e: office@whnordic.no | wh.com

seethrough