

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
136. ÅRGANG · #6 · 2026



Smart med effektive løsninger



Vi mener at effektivitet ikke trenger å gå på bekostning av kvalitet. For å redusere kompleksiteten i avgjørende arbeidstrinn som liming og fargevalg, har vi begynt å utvikle universelle produkter for deg. De består av færre komponenter, krever færre trinn og baner vei for flotte resultater.

BESØK OSS PÅ NORDENTAL! STAND C12

Fredag 30. Oktober

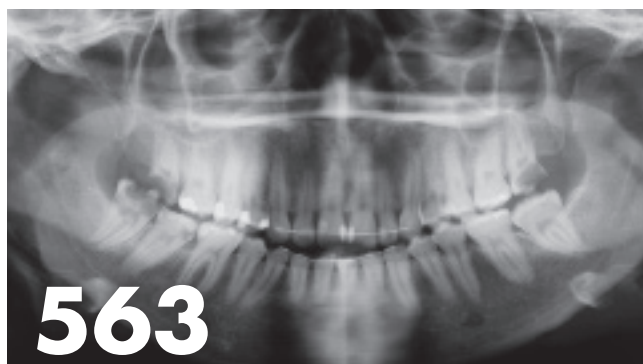
- 10:00–11:30 | Christopher Bjelland - Forelesning + hands-on
Okklusal «stamp»-teknikk
- 11:30–13:00 | Jørgen Gad Forelesning + hands-on
Fremgangsmåter for sementering/bonding av minimal invasive restaureringer og krevende kombinasjonskasus
- 13:30–15:00 | Finn Andre Hammer Forelesning + hands-on
Klasse IV og stent-teknikk – nøkkelen til varig og pent resultat
- 15:00–16:30 | Christopher Bjelland - Forelesning + hands-on
Okklusal «stamp»-teknikk

Lørdag 31. Oktober

- 11:00–12:30 | Fabian Giaevert - Forelesning + hands-on
Blir bedre kjent med de prisvinnende komposittene fra CLEARFIL MAJESTY™

MELD DEG PÅ NÅ



545–652**546** Siste nytt først**549** Leder

Strategi for noe du kan stole på

551 Visepresidenten har ordet

Tannlegene vet best

554 Originalartikler

554 Maria Vladimirovna Bessonova, Knut Helge Midtbø Jensen og Siri Flagestad Kvalheim: Implantatprotetiske resultater hos sårbare pasientgrupper ved TkVestland – En retrospektiv deskriptiv studie

562 Melody Moezzi: Når nødvendig tannbehandling ikke er tilgjengelig

570 Oversiktsartikkel

570 Julie Marie Haabeth Brox, Amer Sehic, Aida Mulic og Qalbi Khan: Fra fluorider til bioaktive forbindelser

578 Kasuistikk

578 Dag Petter Nilsen Tingvoll, Nadja Maczko Christoffersen, Frank-Jakob Sandbakk, Paul Åsmund Vågen og Lado Lako Loro: Pleomorft adenom i ganen – diagnostikk og behandling

598 Aktuelt

598 Fra lab til klinikk – nå skal tannhelsefagene lære sammen

604 Kommentar og debatt

604 Carl Christian Blich: Privatpraktiserende tannleger er fornøyde – men bekymret for fremtiden

606 Jon Arne Gangvik-Østgård: Vil en prisliste være nok?

609 Fra NTF

610 NTF på det politiske dansegulvet

612 Den komplekse pasienten i sentrum på årets digitale fagdag

614 Styrker en viktig støtteordning for tannleger

616 Medlemsundersøkelsen i privat sektor 2026:

Tydelige strukturelle endringer – halvparten av assistenttannlegene jobber i en investoreid kjede

620 Næringspolitisk forum 2026

622 Arbeidsliv: Tre naboland – tre veivalg

624 Spør advokaten: Spesifikke forsikringer for tannleger?

626 Snakk om etikk: Koronapandemien har mange senfølger

628 Hva sier studentene? Forskning er ikke noe som skjer ved siden av tannlegeyrket

629 Kurs- og aktivitetskalender

630 Notabene

630 Tilbakeblikk

630 Personalia

630 Nye bøker

633 Kollegiale henvisninger**650** Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Frå smørstrid til kjøttdebatt

Kostråd har alltid skapt diskusjon. Debatt om norske kostråd er ikkje nytt. Ein ny studie viser at kostråda har vore diskuterte i over 100 år og har vore forma av både forskning, helseomsyn og matpolitikk, skriv Folkehelseinstituttet (FHI).

Både før og etter at dei nye norske kostråda blei lanserte i 2024, gjekk diskusjonane høgt: Kor mykje raudt kjøtt bør vi ete? Kva plass skal beredskap og berekraft ha i kostråda? Og kvar går grensa mellom ernæringsfaglege råd og politiske prioriteringar?

Forskarane i studien Norske kostråds historie har gått gjennom informasjonsmaterie, offentlege dokument og historiske kjelder frå slutten av 1800-talet og fram til i dag. Analysen viser at nokre råd har vore påfallande stabile: Et meir fisk, grove kornprodukt, frukt og grønsaker – og mindre sukker.

Andre råd har endra seg meir. På 1930-talet blei heilmjolk løfta fram som ein viktig del av eit sunt kosthald. Ernærings- og landbrukspolitikken var tett samansvorne. Frå 1970-talet kom det eit skilje; då blei redusert inntak av metta feitt eit sentralt mål etter

kvart som ny forskning knytte inntaket av metta feitt til hjarte- og karsjukdom.

Det førte til høglydte diskusjonar om smør, feite meieriprodukt og forholdet mellom helseomsyn og norsk matproduksjon.

Studien viser at kostråd aldri berre har handla om næringsstoff og førebygging av sjukdom. Omsyn til matforsyning, sjølvforsyning, beredskap og landbrukspolitikk har òg påverka kva råd som er blitt gitt.

Historia til kostråda viser at ernæringspolitikken ofte handlar om meir enn ernæring. Helseomsyn har måtta balanserast mot andre samfunns mål gjennom heile perioden.

Ifølgje forskarane kan historia gi eit nytt perspektiv på debatten i dag om raudt kjøtt og berekraft. Mange av spørsmåla som blir diskuterte i dag, har vore oppe før – berre med andre matvarer, andre konflikter og eit anna kunnskapsgrunnlag.

Hovudmålet har likevel lege fast, og det er å gi befolkninga oppdaterte og kunnskapsbaserte råd som kan fremje helse og førebyggje sjukdom.

Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) i Nature



MoBa gir et klarere bilde av hvordan gener påvirker livene våre, skriver Folkehelseinstituttet (FHI). Hva gjør at folk har ulik helse og trivsel? Noe av dette skyldes gener, men folk påvirkes også av de ulike familie- og miljøforholdene de lever i. Derfor er det viktig å finne ut hva som kommer fra genetikk, og hva som skyldes miljøet, når vi skal forstå menneskers utvikling.

En ny studie publisert i tidsskriftet Nature viser at familiedata kan gi forskere betydelig bedre svar på hvordan gener påvirker helse og utvikling. Studien er basert på data fra over 44 000 mor-far-barn-trioer i Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa). Ved å kombinere genetiske data fra både foreldre og barn kan forskerne skille mellom det som skyldes egne gener og det som skyldes andre forhold.

– MoBa bidrar til å fremme en ny generasjon studier som bruker genetiske data fra både foreldre og barn til å forstå hvordan gener og miljø former helse og utvikling gjennom livsløpet, sier Alexandra Karoline Havdahl, seniorforfatter av artikkelen og faglig leder for MoBa.

Genetiske studier har de siste årene identifisert tusenvis av genetiske varianter som er knyttet til egenskaper, helse og sykdom. De fleste slike studier bygger på genetiske data fra personer som ikke er i slekt. Selv om disse studiene har gitt viktige innsikter, står de også overfor en betydelig utfordring: å nøste opp samspillet mellom genetiske og miljømessige påvirkninger.

Foreldrenes gener kan påvirke barna ikke bare gjennom arvelige genetiske forskjeller, men også gjennom miljøene de skaper rundt barna. Denne kompleksiteten gjør det utfordrende å avgjøre om en observert sammenheng skyldes individets egen genetikk eller forhold ved miljøet personen vokser opp i.



Illustrasjon av ei tidslinje om råd og engasjement i over 100 år. Illustrasjon: FHI

– Det er viktig å ta hensyn til de nære sammenhengene mellom gener og familjemiljø. Ved å analysere genetiske data fra både foreldre og barn kan vi få et tydeligere bilde av hvordan barns gener og miljø påvirker deres helse og utvikling, sier Havdahl.

Forskerne i studien brukte familiedataene fra MoBa til å undersøke hvordan barnets egne genetiske forskjeller henger sammen med høyde, skoleprestasjoner, søvnlengde og depressive symptomer. De gjennomførte først tradisjonelle analyser av genetiske sammenhenger hos barn som ikke er i slekt, for å undersøke hvordan deres genetikk henger sammen med disse egenskapene. Deretter kombinerte de genetiske data fra både barn og foreldre i analyser som beregner direkte genetiske effekter, samtidig som de justerer for foreldrenes genetikk.

Da forskerne tok hensyn til genetiske data fra både foreldre og barn, forklarte barnas gener en betydelig mindre andel av variasjonen i barnas høyde og skoleprestasjoner enn i tradisjonelle genetiske analyser. Resultatene tyder på at tradisjonelle studier av personer som ikke er i slekt kan overvurdere hvor mye individets egne genetiske forskjeller forklarer.

Et tydelig eksempel var skoleprestasjoner. Ved analyser av barna alene så det ut til at gener forklarte rundt 31 prosent av forskjellene i barnas resultater på nasjonale prøver. Men da forskerne inkluderte genetiske data fra både foreldrene og barna, viste resultatene at barnas gener faktisk forklarer bare 22 prosent av disse forskjellene.

Resultatene indikerer at en del av de genetiske funnene fra tradisjonelle studier av

personer som ikke er i slekt, kan skyldes familie- og miljøfaktorer, heller enn direkte genetiske effekter.

Til tross for at familiedata er avgjørende for å skille genetiske effekter fra andre forhold, finnes det få helseundersøkelser med genetiske data fra et stort antall familier. Familiedata hjelper forskere til å bedre forstå hvordan gener påvirker helse og utvikling, ved å kontrollere for de påvirkningene som ikke kommer direkte fra individets egne genetiske forskjeller.

Den norske mor, far og barn-undersøkelsen er spesielt verdifull fordi den kombinerer omfattende genetiske data fra foreldre og barn med oppfølging av rundt 100 000 barn fra fosterlivet og inn i voksen alder. Dette gjør MoBa til en unik ressurs for framtidig forskning på hvordan gener, familieforhold og helse henger sammen gjennom livet.

– MoBa er en av få befolkningsundersøkelser i verden som har genetiske data fra både mødre, fedre og barn i så stor skala. Derfor er MoBa en unik kilde til å forbedre folkehelsen gjennom å øke kunnskapen om hvordan genetiske, miljømessige og sosiale faktorer sammen former helse og utvikling gjennom livsløpet, avslutter Havdahl.

Studien er ledet av forskere ved PsychGen-senteret ved Folkehelseinstituttet og Lovisenberg Diakonale Sykehus, i samarbeid med forskere ved blant annet Oslo universitetssykehus, Universitetet i Oslo, University of Bristol og University College London.

– Det er gledelig at det langvarige samarbeidet mellom sykehus og forskningsinstitusjoner i MoBa-undersøkelsen nå har bidratt til slike banebrytende funn, sier Ole

Andreassen fra Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo.

Studien er publisert 19. august 2026 i tidsskriftet Nature.

Å utføre genetiske analyser innad i familier er statistisk sett krevende, og selv med MoBas omfattende datagrunnlag er det et begrenset antall komplette familietrioer. En annen begrensning er at de fleste deltakerne har en genetisk bakgrunn som ligner på europeiske referansepopulasjoner, og resultatene er ikke nødvendigvis overførbare. Forfatterne understreker viktigheten av å utvide forskningen ved å inkludere flere og mer mangfoldige familiebaserte studier.

Kilde: Family genetic designs in MoBa provide insights into health and functioning (nature.com)

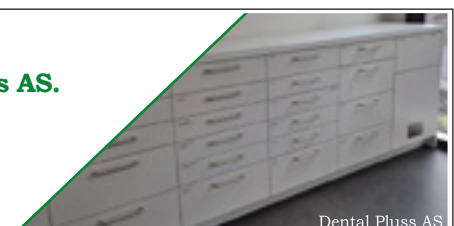
Hedres for å løfte munnhelse inn i kreftomsorgen

Munn- og halskreftforeningen er kåret til vinner av Den norske tannlegeforenings aller første Munnhelsepris. Prisen gis som en anerkjennelse av foreningens mangeårige arbeid med å synliggjøre betydningen av munnhelse for mennesker som rammes av kreft i munn-, hode- og halsområdet.

Munnhelseprisen ble etablert av Den norske tannlegeforening (NTF) for å løfte frem personer, organisasjoner og prosjekter utenfor den tradisjonelle tannhelsetjenesten som gjør en betydelig innsats for å fremme munnhelse i befolkningen.



Norsk produsert dental innredning til attraktive priser. Forhandles av Dental Pluss AS.
For et uforpliktende tilbud, ta kontakt på
hans-otto@dentalpluss.no
90103133 / 94836800



Dental Pluss AS



Arthur, 73

 Eldre



Zara, 61

 Kreftbehandling



Anna, 54

 Polyfarmasi



Carole, 45

 Kroniske sykdommer



Jane, 49

 Overgangsalder

Munntørrrhet er en akselerator for karies



1 av 5 voksne pasienter lider av munntørrrhet¹

Blant eldre og de som tar visse medisiner, øker dette til **2 av 5¹**

Munntørrrhet er en akselerator for karies

Karies kan utvikle seg raskt når spyttproduksjonen er lav. Munntørrrhet kan føre til:

- ✓ Redusert bufferkapasitet
- ✓ Økt bakterievekst
- ✓ Økt kariesprogresjon
- ✓ Redusert naturlig rensing
- ✓ Nedsatt remineralisering

Anbefal Duraphat® 5mg/g for å beskytte dine pasienter med munntørrrhet mot karies.



Referanser: 1. Danish Dental Association 2018. 2. Delivering better oral health - an evidence-based toolkit for prevention, DHSC, 2021.

Duraphat (natriumfluorid), tannpasta 5 mg/g. Indikasjoner: Forebygging av dental karies hos ungdom og voksne (≥16 år), særlig blant pasienter som er utsatt for flere typer karies (koronal og/eller rotkaries).

Dosering: Skal kun brukes av voksne og ungdom ≥16 år. En 2 cm lang stripe (gir 3-5 mg fluor) påføres tannbørsten for hver tannpuss. Tennene pusses grundig 3 ganger daglig, etter hvert måltid, vertikalt, fra tannkjøttet til tannspissen. Administrering: Skal ikke svelges. Grundig pusning tar ca. 3 minutter.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon: Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes av barn eller ungdom <16 år. Høyt fluorinnhold. Et økt antall potensielle fluorkilder kan gi fluorose. Før bruk bør det foretas en vurdering av samlet fluorinntak (dvs. drikkevann, salter som inneholder fluor, andre legemidler med fluor). Samtidig bruk av fluortabletter, -dråper, -tygggummi, -gel eller -lakk og vann eller salt tilsatt fluor, skal unngås. Ved beregning av anbefalt mengde fluoridioner (0,05 mg/kg pr. dag fra alle kilder og maks. 1 mg pr. dag) må mulig svelging av tannpasta tas med i beregning (hver tube inneholder 255 mg fluoridioner). Inneholder natriumbenzoat som kan forårsake lokal irritasjon. Inneholder også spearmint smakstilsetning med allergener som kan forårsake allergiske reaksjoner. **Graviditet/Amning:** Skal ikke brukes ved graviditet og amning, med mindre en grundig nytte-/risikovurdering er utført. **Bivirkninger:** Sjeldne: Hypersensitivitetsreaksjoner, ikke kjent: brennende følelse i munnen. **Overdosering/Forgiftning:** Akutt intoksikasjon: Fluorid: Toksisk dose er 5 mg fluor/kg kroppsvekt. **Symptomer:** Fordøyelsesproblemer som oppkast, diaré og abdominalsmerter. Kan være dødelig i svært sjeldne tilfeller. Behandling: Ved svelging av en betydelig mengde, skal det omgående utføres tarmskylning eller fremtvinges brekninger. Det må tas kalsium (store mengder melk) og pasienten må holdes under medisinsk observasjon i flere timer. Akutt intoksikasjon: Mentol: Kan forårsake kramper ved inntak av store mengder, spesielt hos småbarn og barn. Kronisk intoksikasjon: Fluorose: Tannemaljen vil få et misfarget eller flekkete utseende når en fluordose >1,5 mg/dag absorberes daglig over flere måneder eller år, avhengig av dosen. Ledsages av alvorlige former for økt skjørhet i tannemaljen. Benfluorose blir kun sett ved høy kronisk fluorabsorpsjon (>8 mg/dag).

Pris: Ikke fastsatt. Reseptgruppe F. **Utleveringsbestemmelser:** Reseptfri med veiledning. Utleveres av helsepersonell i apotek. For mer informasjon se Felleskatalogtekst eller SPC på www.felleskatalogen.no Kontakt informasjon: Colgate-Palmolive A/S, Juli 2025

**FORSIDEILLUSTRASJON**

Elisabeth Moseng

REDAKSJON**Sjefredaktør:**

Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:

Asbjørn Jokstad

Dipak Sapkota

Journalist/redaksjonssekretær:

Tone Elin Bergset

Redaksjonsråd/Editorial Board:

Linda Z. Arvidsson, 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, 8 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 UTVALGTRYKT I
NORGE
NO - 1470Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERTSVANEMERKET
Trykksak
2011 0379

Strategi for noe du kan stole på



Foto: Jorunn Greiff Solå

Vi lever i en tid med en nærmest ubegrenset tilgang til informasjon. Kunstig intelligens (KI) gir oss enda flere muligheter til å finne, sammenstille og formidle kunnskap. Vi er med på en fabelaktig utvikling, som også gjør én ting stadig viktigere: Å vite hva vi kan stole på.

Ifølge V-Dems Democracy Report 2026 lever bare syv prosent av verdens befolkning i liberale demokratier. I Norge er vi blant disse, og vi vet at en viktig forutsetning for et velfungerende demokrati er tilgang til fri, etterprøvbart og redaktørstyrt informasjon. Fagpressen, og dermed også Tidende, bidrar til dette.

Folks forhold til nyheter er i endring, også i Norge. Reuters Digital News Report 2026 viser at 39 prosent av nordmenn sier at de ofte eller noen ganger unngår nyheter. Norge er det landet som øker mest på dette punktet. Likevel er bildet heldigvis ikke entydig: Tilliten til nyheter er fortsatt høy her i landet.

Utfordringen i vår tid er ikke å produsere mer innhold, men å lage innhold som er relevant nok til å bli lest, og troverdig nok til å bli stolt på.

Dette er utgangspunktet når Tidendes redaksjonskomité nå i oktober legger frem forslag til strategi for NTFs Tidende for perioden 2027–2031.

Tidende har et bredt mandat. Vi skal være både et vitenskapelig tidsskrift og medlemsblad. Vi skal formidle forskning og fagstoff, bringe nyheter fra tannhelsefeltet, formidle debatt og bidra til holdningsdannelse og etisk refleksjon og la foreningen fortelle om sitt arbeid for både privatpraktiserende og offentlig ansatte tannleger.

Dette oppdraget endrer seg når teknologien og rammevilkårene endrer seg.

KI er et godt eksempel. KI gir store muligheter, også for forskning og formidling. Samtidig stiller teknologien nye krav til kildekritikk og åpenhet. Derfor legger strategien for

neste femårsperiode ennå mer vekt på publiseringsetikk og kvalitetssikring av alle former for innhold – og på åpenhet om bruk av KI-generert innhold.

Et redaktørstyrt medium skal selvsagt gjøre mer enn å kontrollere fakta. Tidende skal gjøre ulike munnhelsepolitiske synspunkter kjent og legge til rette for politisk og annen relevant debatt. Vår oppgave er å bidra med kunnskap, journalistikk og ulike perspektiver som gjør det mulig for leseren å danne seg en egen mening.

Vi har et godt fundament å bygge på. I leserundersøkelsen fra 2025 vurderte 93 prosent Tidendes troverdighet som meget bra eller bra. Samtidig gikk både helhetsvurderingen og den opplevde nytteverdien noe tilbake sammenlignet med 2022. Dette tar vi på alvor. Høy troverdighet er verdifullt, og den må kombineres med relevans.

Rammevilkårene gir oss også utfordringer. Annonseinntektene går ned, trykking og distribusjon blir dyrere og er til dels en uforutsigbar faktor – i påvente av hva som skjer på postombæringsfronten. Digital distribusjon er i endring, ikke minst som følge av KI, som gir nedgang i Google-treff. Kort sagt, det er mye som utfordrer etablerte måter å drive tidsskrift på, mens insentivene for vitenskapelig publisering, i tillegg til alt annet, trekker stadig sterkere mot engelskspråklige kanaler.

Strategien for 2027–2031 handler derfor ikke bare om hva vi skal publisere, eller om det skal komme på papir eller digitalt.

Tidende skal fortsatt være et sted der kunnskap blir prøvd før den blir publisert, der forskning møter klinisk erfaring, der ulike synspunkter brytes mot hverandre og der norsk fagspråk utvikles og tas vare på – og der noen tar ansvar for det som publiseres.

Ellen Beate Dyvi
Sjefredaktør



ESTELITE ASTERIA

CREATE
NATURAL
AESTHETICS



Camera
access
required



Tannlegene vet best

Jeg følger min partikollega Kristin Clemet og det hun skriver med stor interesse. Den tidligere utdannings- og forskningsministeren har en god penn og klare meninger. Denne gangen er det skolepolitikk som står på agendaen, etter at norsk skole har falt på PISA-rankingen.

«Man må lytte til lærerne», sies det, i betydningen at det er de som står i hverdagen og vet hvor skoene trykker. Det samme kan overføres til tannhelsepolitikken: Man bør lytte til tannlegene. Det er vi som har skoene på, og det er vi som vet hvor utfordringene ligger. Tannlegene vet best hva som vil fungere, og hva som ikke vil fungere, i en fremtidig tannhelsereform.

NTF er en organisasjon av tannleger og for tannleger. Vi taler tannlegenes sak, uavhengig av om man er kontraktør, praksiseier eller offentlig ansatt. Det har vi alltid gjort, det gjør vi i dag, og det kommer vi til å fortsette med.

For di tannlegene kjenner systemet fra innsiden, har vi i mange år sagt ifra om de betydelige utfordringene ved Helfo-ordningen. Vi har ropt varsku, skrevet kronikker og diskutert på Facebook, samtidig som vi har etterlyst en helhetlig gjennomgang av systemet. Det har jeg vært helt enig i.

I dagens ordning kan tannleger til tider oppleve seg som rettsløse i møte med kontroller, og byråkratiet kan gjøre betydelige endringer i regelverket uten at saken løftes til politisk behandling. Det så vi da agensi av premolarer ble fjernet fra refusjonsordningen, og da odontofobi ble tatt ut av punkt 14. Begge endringene kom raskt. I fjor forsøkte regjeringen å fjerne hele punkt 14 gjennom statsbudsjettet. Det skapte betydelig uro, men heldigvis klarte NTF, sammen med andre, å stanse forslaget gjennom målrettet arbeid opp mot politiske miljøer.

Helfo-ordningen har over tid vært underregulert, uavhengig av hvilken regjering som har sittet ved makten. Når ordningen i tillegg gir støtte basert på andre sykdommer eller lidelser fremfor det odontologiske behovet, skaper betydelige egenandeler for mange pasienter og når heller ikke alltid dem som trenger hjelpen mest, viser det at dagens system har klare svakheter.

At kommunal sosialstøtte gjennom NAV-systemet trekkes frem som et argument for å håndtere pasientkostnader, opplever jeg som en fallitterklæring. Vi snakker om menneskers helse. Tennene er en del av kroppen, og tannhelse bør behandles på linje med annen helse-



Foto: Torje Camacho

**Tannlegene
vet best hva som
vil fungere, og
hva som ikke vil
fungere, i en
fremtidig
tannhelsereform.**

hjelp, ikke være prisgitt stramme kommunale budsjetter.

For to år siden fikk vi den gjennomgangen vi lenge hadde etterlyst. Resultatet ble NOU 2024:18, som analyserer dagens tannhelsetjeneste og peker på utfordringer og mulige løsninger. Her vurderer et bredt sammensatt utvalg, med kompetanse både fra og utenfor sektoren, hvordan fremtidens tannhelsetjeneste kan organiseres. NTF foreslo flere andre kompetanser inn i utvalget, men det er regjeringens utvalg, ikke NTFs.

Senere i høst vil regjeringen legge frem sine forslag til hvordan «tennene skal tilbake til kroppen». Det blir spennende. NTF har derfor invitert tillitsvalgte og representanter fra hele organisasjonen til et stort forum der vi skal diskutere hvordan vi best kan møte regjeringens forslag.

For dette er ikke vår reform. Det er politikernes reform. Vår oppgave er å påvirke den i den retningen vi mener er best, basert på vår kunnskap og våre erfaringer. Tross alt er det vi som har skoene på.

Og med «best» mener jeg det som er best både for dem som skal levere tjenestene og for dem som skal motta dem.

Med min bakgrunn blir jeg derfor både glad og lettet når helseminister Jan Christian Vestre under Arendalsuka understreker at de fleste tannleger i Norge er private, og at de skal fortsette å være det. Ingen skal tvinges inn i en ordning: Det må være attraktivt å delta.

Da snakker Vestre til om lag 70 prosent av norske tannleger, enten de er praksiseiere eller kontraktører, i kjeder eller utenfor kjeder. Alle er viktige, og alle må oppleve at de blir hørt og at det er attraktivt å bidra i fremtidens tannhelsetjeneste.

Samtidig er det også usikkerhet blant de offentlig ansatte tannlegene. Denne usikkerheten tar NTF på største alvor. Fremover må det være mulig å ha gode og sikre arbeidsvilkår også i den offentlige tannhelsetjenesten. Ingen skal måtte miste levebrødet sitt på grunn av en tannhelsereform.

Det viktigste er at vi bygger en felles forståelse av at både privat og offentlig sektor må være med dersom fremtidens tannhelsetjeneste skal fungere. Nettopp denne erkennelsen er noe av det viktigste NTF har arbeidet for de siste årene.

Slik jeg oppfatter Vestre etter Arendalsuka, har han den forståelsen.

Terje Fredriksen
Visepresident i NTF

Over 750 tannklinikker i
Norden. Over 1 mrd. NOK i
samlet innkjøpskraft



Den selvstendige klinikkens partner

Styrken til de store. Friheten til å være selvstendig.

Den norske tannhelsebransjen endres raskt. Kostnadene øker, regelverket er i endring, og marginene presses, spesielt for de uavhengige tannlegene.

DentFriends samler selvstendige klinikker for å skape bedre betingelser, lavere kostnader og en enklere klinikkhverdag.

Som medlem får du blant annet:

Bedre betingelser

Fremforhandlede avtaler med relevante leverandører til tannhelsebransjen.

Frihet til å velge

Du bestemmer selv hvilke avtaler du ønsker å benytte og handler direkte med leverandørene.

Et sterkere nettverk

Tilgang til kunnskap, erfaring og et nordisk fellesskap av selvstendige klinikker.

Mer tid til klinikken

Vi gjør forhandlingsjobben.

Du kan bruke mer tid på pasientene og klinikken din.

Ikke medlem ennå?

Det finnes mer verdi å hente enn man tror.

Ta kontakt med oss eller les mer på www.DentFriends.no



KLINISK RELEVANS

- Totalt 338 implantater ble satt inn over en åtteårsperiode, hvorav 46 gikk tapt: 37 gikk tapt før og 9 etter belastning med kroner, bro eller avtakbar protese.
- Røyking, periodontitt og bruk av antidepressiver fremstår i dette materialet som risikofaktorer for implantattap.
- Alder og kjønn ser i denne studien ikke ut til å påvirke risikoen for implantattap.
- Det ble observert en noe høyere forekomst av implantattap blant pasienter i gruppene B (personer med kognitiv utviklingshemming), C2 (hjemmeboende eldre), C3 (pasienter med psykiske lidelser) og E1 (pasienter i LAR), men funnene må betraktes som tendenser på grunn av små og heterogene grupper.
- Materialet er relativt begrenset, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

FORFATTERE

Maria Vladimirovna Bessonova, Spesialist i oral protetik, Tannhelsetenestas kompetansesenter Vestland
Knut Helge Midtbø Jensen, Statistiker, Tannhelsetenestas kompetansesenter Vestland
Siri Flagestad Kvalheim, Førsteamanuensis, spesialist i oral-protetik, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Maria Vladimirovna Bessonova.
E-post: Maria.Vladimirovna.Bessonova@vlfk.no

Akseptert for publisering 25.06.2026. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som: Bessonova MV, Jensen KHM, Kvalheim SF. Implantat-protetiske resultater hos sårbare pasientgrupper ved TkVestland – En retrospektiv deskriptiv studie. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2026;136: 554-560
Doi: 10.56373/6a44f0bf912ac

Nøkkelord: tannimplantater, implantattap, sårbare pasientgrupper, periodontitt, røyking

Implantatprotetiske resultater hos sårbare pasientgrupper ved TkVestland

En retrospektiv deskriptiv studie

Maria Vladimirovna Bessonova, Knut Helge Midtbø Jensen og Siri Flagestad Kvalheim

Implantatretinerte tannerstatninger brukes i økende grad hos pasienter med sammensatte helseutfordringer som tilhører prioriterte grupper i den offentlige tannhelsetjenesten. Implantatbehandling er en kostbar og ressurskrevende behandlingsform som ofte utføres hos spesialister. De fleste studier hvor man rapporterer resultater fra behandling med tannimplantater, er imidlertid gjennomført på friske, voksne pasienter.

Formålet med denne deskriptive studien er å analysere utfallet etter implantatbehandling hos ulike sårbare pasientgrupper i den offentlige tannhelsetjenesten. I vårt materiale er det en høyere forekomst av implantattap blant psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter og pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Videre tyder funnene på at røyking, periodontitt og bruk av antidepressiver kan bidra til økt risiko for tap av implantater.

Antallet observasjoner er imidlertid begrenset, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Materialet er for lite til å trekke sikre konklusjoner.

Introduksjon

Implantatforankrede tannproteser har som formål å erstatte tapte tenner og, i enkelte tilfeller, også omkringliggende vev. Vanlige årsaker til tanntap er periodontitt, karies, traumer og agenesier. I dag

ønsker de fleste pasienter faste tannerstatninger når tenner går tapt. Behandling med tannimplantater er ikke lenger forbeholdt friske voksne med god økonomi, men brukes i økende grad også hos pasienter med sammensatte helseutfordringer.

Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for å tilby gratis tannhelsetjenester til prioriterte grupper (tabell 1). Tannhelsetenestas kompetansesenter Vestland (TkVestland) mottar henvisninger fra alle disse gruppene. De siste tiårene er implantatprotetisk rehabilitering i økende grad blitt vurdert som et behandlingsalternativ også hos pasienter i gruppene B, C og E. Personer i disse gruppene har ofte høyere forekomst av somatiske og psykiske sykdommer, bruker flere faste legemidler, og noen har både fysiske og psykiske tilstander som gjør det vanskelig å opprettholde et godt nivå av munnhygiene og samarbeid under behandlingen. Det er store variasjoner innad i gruppene.

Gruppe B omfatter pasienter med kognitiv utviklingshemming, der forekomsten av syndromer, agenesier og traumer er høy, og der karies og periodontitt ofte opptrer samtidig. Gruppene C1 og C2 består i hovedsak av eldre personer, ofte med kroniske sykdommer og omfattende legemiddelbruk. I gruppe C3 (personer med psykiske lidelser), E1 (pasienter i legemiddelassistert rehabilitering, LAR) og E3 (pasienter i tilrettelagt behandling for tortur, overgrep eller odontofobi, TOO) er bruken av psykofarmaka hyppig. Psykiske og fysiske traumer, vold og omsorgssvikt er problemstillinger som ofte må håndteres i forbindelse med tannbehandlingen. For TOO-pasienter er et diagnostisk intervju hos psykolog en forutsetning for å få gratis tannbehandling.

Tidligere var avtakbare proteser ofte det eneste behandlingsalternativet. Slike proteser kan gi smerter og ubehag ved spising, talevansker og i mange tilfeller redusert selvbilde og psykiske be-

lastninger [1]. Faste broer kan være et alternativ til implantatforankrede erstatninger, men innebærer oftest nedsliping av friske tenner og økt risiko for sekundærkaries i overgangene mellom tann og konstruksjon [2]. Implantatretinerte restaureringer er vanligvis et mer kostbart behandlingsalternativ enn konvensjonelle løsninger.

Langtidsresultater ved implantatbehandling vurderes ofte ut fra overlevelse, vellykkethet og feilslag. Komplikasjoner kan oppstå enten tidlig, før funksjonell belastning, eller senere, etter belastning med krone, bro eller dekkprotese, og deles inn i biologiske og tekniske komplikasjoner. Biologiske komplikasjoner omfatter patologiske endringer i bløt- og hardvev rundt implantatet og defineres som vertssvikt ved etablering eller vedlikehold av osseointegrasjon. Tekniske komplikasjoner er knyttet til skade eller svikt i implantatet eller suprakonstruksjonen [3]. En rekke faktorer kan øke risikoen for komplikasjoner og implantattap, blant annet lokal infeksjon, periodontitt, legemiddelbruk, røyking, alder, kjønn, implantatets lokalisasjon, munnhygiene, kirurgens erfaring, kirurgisk teknikk, implantattype og tidspunkt for behandling [4].

Kunnskap om risikofaktorer kan bidra til å redusere implantattap og øke forutsigbarheten ved implantatbehandling. Den vitenskapelige litteraturen bygger imidlertid i stor grad på studier av generelt friske voksne, og de fleste behandlingsresultater er rapportert fra pasientpopulasjoner uten betydelige komorbiditeter [5][6]. Det finnes begrenset dokumentasjon om behandlingsutfall i mer sårbare pasientgrupper.

Formålet med denne studien var å evaluere resultater etter implantatprotetisk behandling hos sårbare pasientgrupper behandlet ved TkVestland. Vi hadde som mål å beskrive forekomsten av implantattap i de ulike gruppene og undersøke mulige sammenhenger mellom implantattap og et utvalg relevante pasient- og behandlingsrelaterte faktorer. I tillegg ble sentrale komplikasjoner og forhold som kunne ha betydning for implantattap, registrert. I studien så vi på forekomsten av implantattap både før og etter belastning.

Materiale og metode

Studien ble planlagt som et kvalitetssikringsprosjekt og inkluderte alle de 181 pasientene som hadde gjennomgått implantatprotetisk behandling ved Tannhelsetenestas kompetansesenter Vestland i en periode på åtte år (tabell 2). Det ble sendt ut et informasjonsskriv med reservasjonsrett til samtlige pasienter som var i live, og til nærmeste pårørende for deltakere som ikke var samtykkekompetente (REK-godkjenning: REK-vest 238004). To pasienter, en i gruppe C3 og en i gruppe E1, ba om ikke å bli inkludert. Personvernkonsekvensutredning ble foretatt hos Sikt (meldeskjemanummer 315642) i samarbeid med personvernombudet i Vestland fylkeskommune og ble godkjent av fylkestannlegen i Vestland.

Tabell 1.	
Gruppe A	Barn og ungdom fra fødsel til 18 år
Gruppe B	Personer med kognitiv utviklingshemming over 18 år, i og utenfor institusjon
Gruppe C	C1: Eldre, uføre og kronisk syke med opphold i institusjon C2: Hjemmeboende eldre med hjemmesykepleie C3: Personer med psykiske lidelser
Gruppe D	Ungdom som fyller 19 og 20 år i behandlingsåret (Fra 2024 har gruppe D utvidet)
Gruppe E	Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere E1: Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)-pasienter [7] E2: Personer i fengsel E3: Personer i tilrettelagt behandling for tortur, overgrep eller odontofobi (TOO) [8]
Gruppe F	Fullt betalende pasienter

Følgende opplysninger ble hentet ut fra det digitale journalsystemet ved kompetansesenteret:

- Demografiske opplysninger: kjønn, alder
- Røykevaner
- Opplysninger om helse og legemidler
- Dentale implantater: antall og type
- Overkonstruksjon (bro, krone, dekkprotese)
- Mulig årsak til komplikasjon

Statistisk metode

All statistikk og figurproduksjon ble utført i R-versjon 4.2.1 (The R Foundation for Statistical Computing). Utvalgsstørrelse ble beregnet med simr-biblioteket [7], med simulerte effektstørrelser på 0,60–0,99 for å reflektere forventet variasjon i behandlingsrespons mellom gruppene. Simuleringene indikerte at det nødvendige utvalget var betydelig større enn de tilgjengelige dataene, og alle pasienter ble derfor inkludert.

I hovedanalysen undersøkte vi tap av implantat i relasjon til pasientgruppe. Responsvariabelen var binær; med andre ord var «tap av osseointegrasjon» 0 = ikke tapt og 1 = tapt. Prediktorvariabelen var pasientgruppering, som inkluderte 10 kategorier. Ved signifikante gruppeforskjeller ble planlagte sammenligninger gjennomført, der prioriterte grupper ble sammenlignet med gruppe F (voksne betalende pasienter).

Datasettet hadde et nøstet design, der implantater ligger innen individer, og observasjonene er dermed ikke uavhengige. Metodologisk sett er den mest korrekte statistiske tilnærmingen, for å håndtere en slik struktur, å bruke en generalisert lineær blandet modell eller tilsvarende bayesianske tilnærming. I vårt pasientmateriale gjorde to forhold dette uegnet: (1) små gruppestørrelser og (2) stor variasjon i antall implantater per pasient, inkludert mange med kun ett implantat. Implantatene ble derfor analysert som uavhengige enheter ved hjelp av generaliserte lineære modeller (GLM).

I tilleggssanalysene vurderte vi enkeltprediktorer for tap av implantat, uavhengig av pasientgruppe. Responsvariabelen var den samme som i hovedmodellen, mens prediktorene enkeltvis var alder, kjønn, røyking, bruk av antidepressiver, regelmessig legemiddelbruk, periodontitt, antall diagnoser eller type toppkonstruksjon (tap før belastning, krone, bro eller dekkprotese).

På grunn av metodologiske begrensninger, som beskrevet over, må resultatene tolkes som veiledende og ikke som endelige.

Resultater

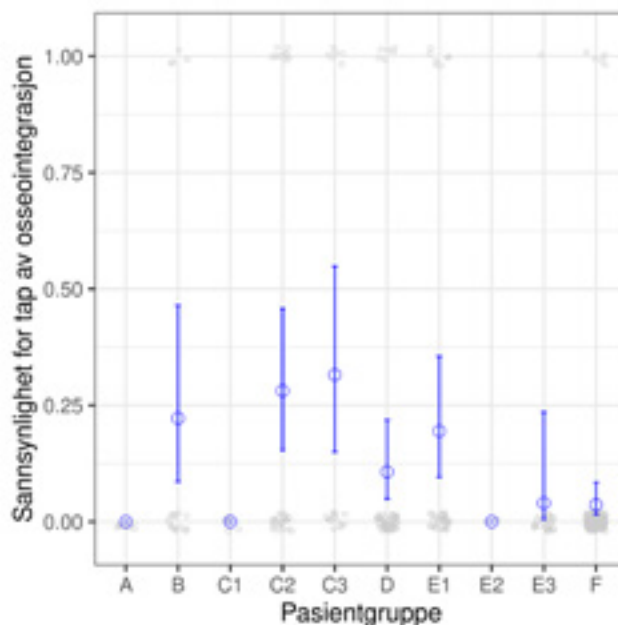
Det ble satt inn totalt 338 implantater hos 181 pasienter. Av disse var 251 fra ITI Straumann, 78 fra Nobel Biocare og 9 fra Astra Tech

Implant System (Densply Sirona). Implantatene ble belastet med 168 enkeltkroner, 33 broer og 35 dekkproteser. Antallet implantater satt inn per operasjon, varierte fra én til seks.

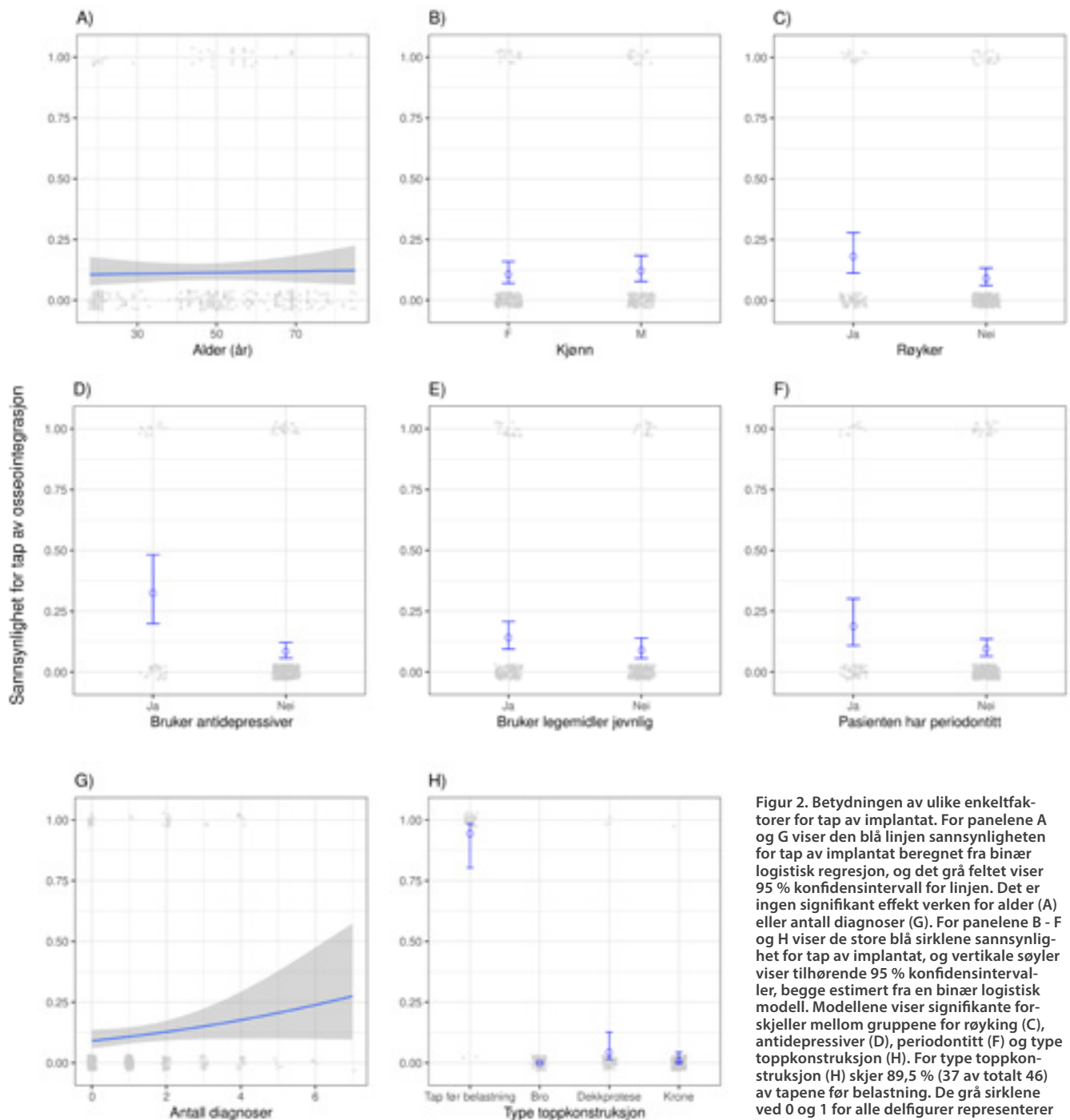
Pasientgruppen besto av 107 kvinner og 74 menn, med en alder mellom 18 og 85 år (gjennomsnittsalder 42 år). Kvinnene fikk satt

Tabell 2.

Pasientgruppe	Antall innsatt implantater	Antall mistet implantater	Overlevelseshastighet
A	7	0	100 %
B	18	4	77,8 %
C1	5	0	100 %
C2	30	9	70 %
C3	20	9	55 %
E1	38	7	81,6 %
E2	2	0	100 %
E3	25	1	96 %
F	137	7	94,8 %
D	56	9	83,9 %



Figur 1. Sannsynlighet for implantattap per gruppe. De store blå sirkene viser sannsynligheter, og vertikale søyler viser tilhørende 95 % konfidensintervaller, begge estimert fra en binær logistisk modell. Ved sammenligninger mot gruppe F (voksne, betalende pasienter) som kontrollgruppe, viser samme modell at psykisk utviklingshemmede (B), de med somatisk hjemmesykepleie (C2), psykiatrisk hjemmesykepleie (C3) og LAR pasienter (E2) er mest forskjellig fra gruppe F. De grå sirkene ved 0 og 1 representerer binære rådata som er blitt tillagt litt tilfeldig «støy» i plasseringen av datapunktene, slik at det skal være lettere å få et inntrykk av antall implantater i hver kategori.



Figur 2. Betydningen av ulike enkeltfaktorer for tap av implantat. For panelene A og G viser den blå linjen sannsynligheten for tap av implantat beregnet fra binær logistisk regresjon, og det grå feltet viser 95 % konfidensintervall for linjen. Det er ingen signifikant effekt verken for alder (A) eller antall diagnoser (G). For panelene B - F og H viser de store blå sirkelene sannsynlighet for tap av implantat, og vertikale søyler viser tilhørende 95 % konfidensintervaller, begge estimert fra en binær logistisk modell. Modellene viser signifikante forskjeller mellom gruppene for røyking (C), antidepressiver (D), periodontitt (F) og type toppkonstruksjon (H). For type toppkonstruksjon (H) skjer 89,5 % (37 av totalt 46) av tapene før belastning. De grå sirkelene ved 0 og 1 for alle delfigurer representerer binære rådata som er tillagt litt tilfeldig «støy» i plasseringen av datapunktene, slik at det skal være lettere å få et inntrykk av antall implantater i hver kategori. For delfigur A er denne støyen bare tillagt i vertikal retning, slik at punktene er plassert riktig på den kontinuerlige x-akse-skalaen.

inn 188 implantater, mennene 150. Det ble registrert tap av 26 implantater hos kvinner og 20 hos menn, og det ble ikke påvist noen statistisk sammenheng mellom kjønn eller alder og implantattap.

Totalt gikk 46 implantater tapt hos 31 pasienter, hvorav 37 tap skjedde før belastning og 9 etter belastning. Den samlede implantatoverlevelsen var 86,4 %, mens implantatoverlevelsen på pasientnivå var 79,6 %. Implantatoverlevelsen for hver pasientgruppe er vist i tabell 2.

To pasienter med ektodermal dysplasi (ED) var inkludert i materialet, og begge hadde flere implantattap. Tilsvarende ble det observert implantattap hos pasienter med flere agenesier.

I analysen av gruppetilhørighet ble det påvist en signifikant forskjell mellom de prioriterte gruppene ($p < 0,001$). Kontrastanalysen viste at gruppene B (kognitiv utviklingshemming), C2 (hjemmesykepleie), C3 (psykiske lidelser) og E2 (LAR-pasienter) hadde signifikant høyere forekomst av implantattap sammenlignet med gruppe F (betalende voksne), med p -verdier $< 0,01$ (figur 1).

Analysene av enkelte faktorer viste signifikante effekter av røyking ($p = 0,03$), bruk av antidepressiver ($p < 0,01$), tidligere periodontitt ($p = 0,04$) og type suprakonstruksjon ($p < 0,01$) (figur 2).

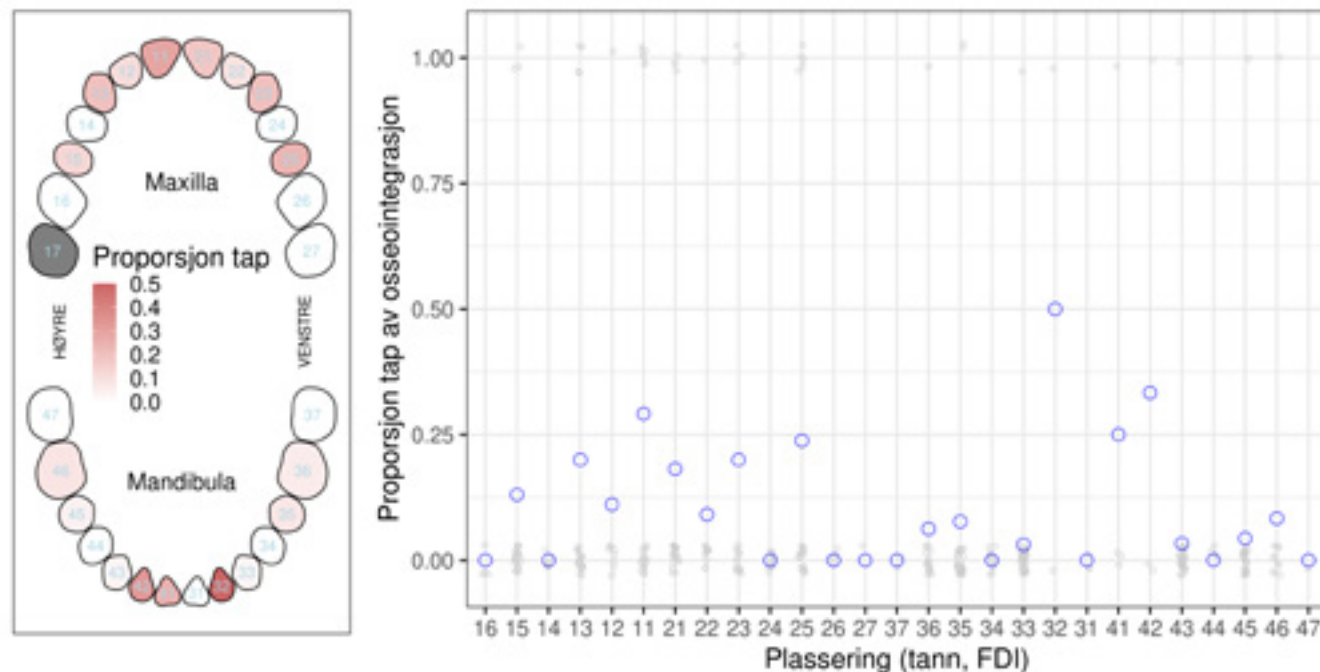
Analysen viste at implantater satt inn anteriort i både maxilla og mandibula hadde høyest forekomst av implantattap, sammenlignet med andre posisjoner (figur 3).

Diskusjon

Implantatoverlevelsen i denne studien var lavere enn det som vanligvis rapporteres i studier på generelt friske voksne, der overlevelsesheter er på rundt 95 % eller høyere beskrives [6]. En mulig forklaring på dette er at mange av inngrepene ble utført av operatører under spesialistutdanning, som en del av samarbeidsavtalen mellom TkVestland og Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen. Mindre erfaring blant operatørene kan ha påvirket resultatene, særlig i komplekse saker.

Pasientene i de prioriterte gruppene skiller seg i betydelig grad fra friske, betalende voksne. Dette samsvarer med funn i den vitenskapelige litteraturen [8][9]. Mange har kroniske sykdommer, omfattende legemiddelbruk og redusert evne til å opprettholde tilfredsstillende munnhygiene. Pasienter som mottar hjemmesykepleie eller bor i institusjon, får ofte begrenset hjelp til daglig renhold, noe som ytterligere kan påvirke behandlingsresultatet negativt. Disse faktorene må derfor også tas med i vurderingen av implantatoverlevelsen i mer sårbare grupper.

Røyking, tidligere periodontitt og bruk av antidepressive legemidler var alle assosiert med implantattap i dette materialet. Røyking er en kjent risikofaktor som påvirker både osseointegrasjon og langtidsstabilitet, og pasientene blir rutinemessig motivert til



Figur 3. Tap av implantat, avhengig av plassering. Venstre delfigur viser proporsjonalt tap, hvor sterkere rødfarge betyr mer tap, etter skalaen i midten av figuren. Tann 17 er markert grå fordi den ikke hadde implantat hos noen av pasientene. Delfiguren til høyre viser de samme proporsjonene som blå sirkler i et x-y-diagram. Her er det også mulig å se rådata som grå datapunkter ved 0 og 1. I figuren er rådata blitt tillagt litt tilfeldig «støy» i plasseringen av datapunktene, slik at det skal være lettere å få et inntrykk av antall implantater i hver kategori.

røykeslutt eller redusert røykeinntak [10]. Selv om mange lykkes med å redusere røyking i behandlingsperioden, er tilbakefall vanlig etter avsluttet rehabilitering [11].

Ved tidligere periodontitt er tett oppfølging og samarbeid med periodontist og tannpleier avgjørende [10][11]. Disse pasientene bør gjennomgå nødvendig behandling og følges over tid før de vurderes for implantatbehandling. Våre funn understreker betydningen av en grundig vurdering av periodontal helse som en del av behandlingsplanleggingen.

Bruk av antidepressive legemidler var også assosiert med tidlig tap av implantater [12][13]. Langvarig bruk av slike medikamenter er ikke en absolutt kontraindikasjon, men funnet understreker behovet for individuell vurdering [13]. Pasientene i sårbare grupper har ofte sammensatte medisinske og psykososiale utfordringer, og

beslutningen om implantatbehandling bør baseres på en tverrfaglig vurdering og realistiske forventninger.

Til tross for lavere implantatoverlevelse i prioriterte grupper, er det viktig å tilby disse pasientene de samme rehabiliteringsmulighetene som andre pasienter. Implantatforankrede restaureringer kan gi betydelige fordeler, inkludert økt tyggefunksjon, bedre fonetikk, forbedret selvbilde og økt livskvalitet. For mange kan dette være avgjørende for sosial deltakelse og generell helse [1][14].

Takk

Forfatterne ønsker å hedre minnet om førsteamanuensis Harald Gjengedal, som tok initiativet til denne studien og la grunnlaget for arbeidet.

ENGLISH SUMMARY

Bessonova MV, Jensen KHM, Kvalheim SF

Implant-Prosthetic Outcomes in Vulnerable Patient Groups Treated at TkVestland - A Retrospective Descriptive Study

Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 136: 554-560

Implant-supported dental prostheses are increasingly used in patients with complex health challenges who belong to priority groups within the Public Dental Health Service. Implant treatment is a costly and resource-intensive intervention that is often provided by specialists. However, most studies reporting outcomes of dental implant therapy have been conducted in healthy adult populations. The aim of this retrospective descriptive study was to evaluate the outcomes of implant treatment in vulnerable patient groups treated at the Public Dental Health Competence Centre Vestland. A total of 338 implants were placed in 181 patients over an eight-year period. Forty-six implants were lost, corresponding to an overall implant survival rate of 86.4%. Most losses occurred before prosthetic loading.

A higher prevalence of implant loss was observed among individuals with intellectual disabilities, elderly patients receiving home care, patients with psychiatric disorders, and patients receiving medication-assisted rehabilitation. Smoking, periodontitis, and the use of antidepressant medication were associated with an increased risk of implant loss, whereas age and sex were not.

The number of observations was limited, and the findings should therefore be interpreted with caution. Larger studies are needed before definitive conclusions can be drawn regarding implant outcomes in vulnerable patient groups.

Keywords: dental implants, implant loss, vulnerable patient, periodontitis, smoking

REFERANSER

- Gjengedal H, Berg E, Gronningsaeter AG, Dahl L, Malde MK, Boe OE, et al. The influence of relining or implant retaining existing mandibular dentures on health-related quality of life: a 2-year randomized study of dissatisfied edentulous patients. *Int J Prosthodont*. 2013;26(1):68–78. <https://doi.org/10.11607/ijp.3094>
- Goodacre CJ, Bernal G, Rungcharassaeng K, Kan JY. Clinical complications in fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent*. 2003;90(1):31–41. [https://doi.org/10.1016/s0022-3913\(03\)00214-2](https://doi.org/10.1016/s0022-3913(03)00214-2)
- Moraschini V, Poubel LA, Ferreira VF, Barboza Edos S. Evaluation of survival and success rates of dental implants reported in longitudinal studies with a follow-up period of at least 10 years: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2015;44(3):377–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2014.10.023>
- Do TA, Le HS, Shen YW, Huang HL, Fuh LJ. Risk Factors related to Late Failure of Dental Implant-A Systematic Review of Recent Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):3931. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113931>
- Pjetursson BE, Thoma D, Jung R, Zwahlen M, Zembic A. A systematic review of the survival and complication rates of implant-supported fixed dental prostheses (FDPs) after a mean observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res*. 2012;23(Suppl 6):22–38. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2012.02546.x>
- Sailer I, Strasding M, Valente NA, Zwahlen M, Liu S, Pjetursson BE. A systematic review of the survival and complication rates of zirconia-ceramic and metal-ceramic multiple-unit fixed dental prostheses. *Clin Oral Implants Res*. 2018;29(Suppl 16):184–98. <https://doi.org/10.1111/clr.13277>
- Green P, MacLeod CJ, Nakagawa S. SIMR: an R package for power analysis of generalized linear mixed models by simulation. *Methods in ecology and evolution*. 2016;7(4):493–8. <https://doi.org/10.1111/2041-210X.12504>
- Oda Y, Furutani C, Kawano R, Murakami J, Mizota Y, Okada Y, et al. Comparison of dental plaque flora between intellectually disabled patients and healthy individuals: a cross-sectional study. *Odontology*. 2024;112(2):588–600. <https://doi.org/10.1007/s10266-023-00837-6>
- Öçbe M, Çelebi E, Öçbe Ç B. An overlooked connection: oral health status in patients with chronic diseases. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):314. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-05673-4>
- Heikkinen AM, Leknes KN, Gustafsson A, Damgaard C, Bunæs D. Tobakksproduktens påvirkning på periodontal helse og resultatet etter periodontal behandling. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2022;133:130–8. <https://doi.org/10.56373/2022-2-5>
- Łobacz M, Rahnama-Hezavah M, Mertowska P, Mertowski S, Wiczorek K, Hajduk G, et al. Dysregulation of the Immune System in Advanced Perimplantitis: Systemic Implications and Inflammatory Mechanisms-A Hematological and Immunological Study. *J Clin Med*. 2025;14(7):2453. <https://doi.org/10.3390/jcm14072453>
- Chappuis V, Avila-Ortiz G, Araújo MG, Monje A. Medication-related dental implant failure: Systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res*. 2018;29(Suppl 16):55–68. <https://doi.org/10.1111/clr.13137>
- Ball J, Darby I. Mental health and periodontal and peri-implant diseases. *Periodontol*. 2000. 2022;90(1):106–124. <https://doi.org/10.1111/prd.12452>
- Duong HY, Rocuzzo A, Stähli A, Salvi GE, Lang NP, Sculean A. Oral health-related quality of life of patients rehabilitated with fixed and removable implant-supported dental prostheses. *Periodontol*. 2000. 2022;88(1):201–237. <https://doi.org/10.1111/prd.12419>Ant, alia cum facerem, ruptae. Mos ut voluptia pratis ute quatiempos atem audaepr aectur alitasp ienient aut es minusamende necturiberum aceat et lam qui reped quam ent, nonsequ atationse-di aliquibus as dolorecae. Imincium qui vel ipidunti ipsame vero venda dolo quia etur alit am idis et at iniaturere expulque provit volupta tisciur autem ipi-
- dentint quatuor, quo volorup tationsedi odignamus dolupident laccus volo et fugiatem imporest eruptat. 15. Ilibus moluptio tem anis repereptibus istibus net es volupta verrovi temolor sitius sit il et rectatia is dunt, omnis esequiae. Ut dolorro tem vellorest estibus, essi dolest, omnimustibus et es es sant, odis numquata non nimillorpos doluptur, si nusaepro veniscipsum quas idunt idescie ndiasimus alicimi nctium, nihil minus, nulp volupta diorum simus, corepta tasperis perenia delit volupta secta nus duciisi mintinimet aut labo. Namusa di corpori oration rem quiaectati ut ut ommos por sequiae. Nam fugiam que voluptibus ex elignate eossitem conseceptat alicipide nonet qui offic to evenim iur solore comnihic te sus. 16. Ciiscid moloressed qui bea velibusdae quae num faccus, quo quis quo optaepl ius seremquasi to earions editame renda quam dolore ommodic tota si comnimaione necatenet quatur? Quisquis et et, quatest liqui cus repudi solor sequati quam, officillab illatin ciusam volorer chicate stiaeperenia aborum simaxim perferum alit asitas niscium quatest, te soluptatur? 17. Is quae sum estem accusdae voloritis consequi ipsam aliquat ecupam idunducimet rereria spicipitata simpores eos et lam, sa se ium lab ium ni ipit lacestem. Nam estis untemod ipsusant fugia dis aut aut ad minum et ut fuga. Us nonsequam, quiatem fuga. Itatur, sit et eturi qui to et laut earchil maximo ruptaacus, etur, sum dolupidel eos eicipsa nderciam volupta tatet, quo voluptum et a secestist, sinulli taest, tem excereribus moluptatiam, sam aliqua tuscil et eati doluptas as cus es con enem ut quidunt maiosam incia dolorum exceris eum facepudi od que voluptur arum ni sam, sim de none vitaqui occust, sitinture, ut adi odis estem es alias molupta tendem evenit mod mint la num rescis quae excerep ratiscis expedi qui aut la vid quia qui is mod exerferum que id modions equodipisque volo et officia teccessit dollandenit, incta aut repudant. 18. Tur moluptatur sitate pratio ommodi occaborro eatenie ndellig endenti non porerspicias in re, tem

Tidendes pris for beste originalartikkel

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

Tidende ønsker å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserene og som bidrar til

å opprettholde norsk fagspråk. Tidendes pris for beste originalartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2027.

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

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren.



Alt du trenger for en enklere tannlegedrift

Skal du kjøpe, selge
eller etablere praksis?
Eller ønsker du bare en enklere
hverdag med regnskap og lønn?

Vi hjelper deg med alt du lurer på rundt
driften av tannlegepraksisen din!

Velkommen til vår stand på
Nordental 2026, stand A01

HOVEDBUDSKAP

- Begrepet «nødvendig tannbehandling» er en rettslig standard som forutsetter både tannhelsefaglig vurdering og faktisk tilgjengelighet, men kan i praksis påvirkes av kapasitetsbegrensninger.
- Utvidede rettigheter til nye pasientgrupper har aktualisert spenningen mellom rettigheter og kapasitet i den offentlige tannhelsetjenesten.
- Når pasienter med betydelige smerter ikke får tilgang til nødvendig behandling, utfordres både medisinsk-etiske prinsipper, profesjonelt ansvar og tannlegeprofesjonens samfunnskontrakt.
- Manglende realisering av lovfestede rettigheter reiser spørsmål om fordeling av økonomisk ansvar ved systemsvikt, og om hvorvidt pasientrettigheter bør knyttes til individet, uavhengig av hvor nødvendig behandling faktisk utføres.

FORFATTERE

Melody Moezzi, tannlege, Lilleaker Tannklinikk, og TOO-tannlege i tverrfaglig team, Akershus fylkeskommune
ORCID: 0000-0001-6709-4265

Korresponderende forfatter: Melody Moezzi.
E-post: post@lilleaker-tannklinikk.no, melodym@afk.no

Akseptert for publisering 24.07.2026. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som: Moezzi M. Når nødvendig tannbehandling ikke er tilgjengelig. Nor Tannlegeforen Tid. 2026;136: 562-566
Doi: 10.56373/6a72e2beee663

Nøkkelord: tannhelsetjeneste, nødvendig tannbehandling, prioritering, profesjonsetikk, rettferdighet

Når nødvendig tannbehandling ikke er tilgjengelig

En normativ etisk analyse av rettigheter, kapasitet og profesjonelt ansvar

Melody Moezzi

Denne artikkelen er en normativ etisk analyse av begrepet «nødvendig tannbehandling» i den offentlige tannhelsetjenesten. Analysen tar utgangspunkt i et klinisk kasus der en ung voksen pasient med betydelige smerter gjentatte ganger ble avvist fra akutt behandling i offentlig tannhelsetjeneste, men fikk smertelindrende behandling i privat praksis. Ved hjelp av de fire medisinsk-etiske prinsippene – autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet – analyseres det hvordan kapasitetsbegrensninger kan føre til at rettigheter ikke realiseres i praksis. Artikkelen viser hvordan slike situasjoner kan bidra til moralsk stress hos tannleger og utfordre forståelsen av profesjonelt ansvar og profesjonens samfunnskontrakt. Analysen synliggjør også hvordan kapasitetsbegrensninger og restriktive triagepraksiser kan bidra til en forskyvning av hvordan begrepet «nødvendig tannbehandling» operasjonaliseres i praksis, og dermed undergrave lovfestede rettigheter.

Introduksjon

Begrepet «nødvendig tannbehandling» står sentralt i reguleringen av den offentlige tannhelsetjenesten og fungerer som en rettslig standard for hvilke pasienter som har krav på offentlig finansiert behandling [1][2][3].

I denne artikkelen brukes begrepet «nødvendig tannbehandling» i sin rettslige og rettighetsbaserte betydning slik det er operasjonalisert i norsk tannhelsetjeneste, og ikke som en normativ klinisk definisjon av behandlingsindikasjon. Analysen avgrenses til tannhelsetjenesten slik den er juridisk og organisatorisk strukturert i Norge. Samtidig kan denne sektorinndelingen i seg selv proble-

matiseres i lys av pågående arbeid med universell helsedekning, der oral helse i økende grad forstås som en integrert del av generell helse [4].

For enkelte pasientgrupper er retten eksplisitt lovfestet og begrunnet i hensynet til likeverd, forebygging og helse [1].

I norsk tannhelsepolitikk har begrepet «nødvendig tannbehandling» fått økt betydning i takt med utvidelsen av rettigheter for nye pasientgrupper. Unge voksne mellom 19 og 28 år har i dag rett til nødvendig tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten mot redusert egenbetaling [1][5][6].

I norsk sammenheng brukes «nødvendig» som en rettslig standard knyttet til individuelle pasientrettigheter, mens «essential care» i internasjonal helsepolitikk betegner prioriterte tjenester innen universell helsedekning. Begrepene representerer ulike normative rammer. Mens «nødvendig tannbehandling» fungerer som en rettslig standard knyttet til den enkelte pasients rettigheter, beskriver «essential care» prioriteringer på systemnivå. Dette skillet er sentralt for analysen fordi jeg i artikkelen undersøker hva som skjer når individuelle rettigheter ikke kan realiseres i praksis på grunn av begrenset kapasitet [7][8][9].

Realiseringen av rettigheter forutsetter imidlertid faktisk tilgjengelighet. Det er samtidig kjent at kapasitet, organisering og tilgjengelighet varierer betydelig mellom fylkeskommunene. Jeg tar derfor ikke sikte på å beskrive praksis i Den offentlige tannhelsetjenesten generelt i analysen, men bruker et konkret kasus for å belyse prinsipielle og etiske problemstillinger knyttet til forholdet mellom rettigheter og faktisk tilgjengelighet. Når kapasiteten er begrenset, kan det oppstå misforhold mellom formelle rettigheter og faktisk tilgang, særlig i møte med pasienter med akutte smerter [4] [7]. Dette aktualiserer etiske spørsmål om prioritering, ansvar og profesjonell rolleforståelse.

Formålet med denne artikkelen er å undersøke hvordan manglende samsvar mellom rettighetsgrunnlag og faktisk kapasitet i den offentlige tannhelsetjenesten kan påvirke den praktiske operasjonaliseringen av begrepet «nødvendig tannbehandling». Gjennom en kasusbasert normativ analyse analyserer jeg hvordan rettslige standarder, kliniske vurderinger og prioriteringspraksiser samvirker i situasjoner med begrenset tilgjengelighet. I artikkelen søker jeg særlig å belyse hvordan snevre triagekriterier og kapasitetsbegrensninger kan bidra til en forskyvning i hva som i praksis anses som nødvendig tannbehandling, og hvilke etiske og profesjonelle implikasjoner dette kan ha.

Materiale og metode

Artikkelen er en normativ etisk analyse basert på et klinisk kasus fra tannhelsetjenesten. Analysen bygger på relevante rettslige ram-

mer, faglige retningslinjer og profesjonsetiske føringer [1][6] og anvender de fire medisinsk-etiske prinsippene, autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet, som analytisk rammeverk [10]. Kasuset brukes som illustrerende eksempel for å belyse strukturelle og etiske spenninger i praksis, og har ikke til hensikt å gi empirisk generaliserbare funn.

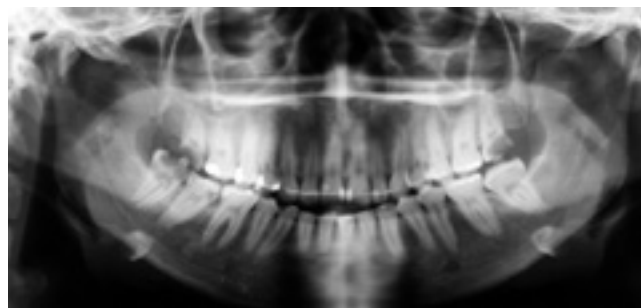
Pasienten har gitt informert samtykke til bruk av pasienthistorie og røntgenbilder i anonymisert form til faglig og vitenskapelig publisering. Opplysningene om pasientens kontakt med Den offentlige tannhelsetjenesten bygger på pasientens egen redegjørelse og er ikke verifisert av aktuell fylkeskommune. Kasuset benyttes som utgangspunkt for en normativ etisk analyse, og ikke som en evaluering av konkrete tjenestesteder eller enkeltaktører.

Kasus

En 23 år gammel pasient tok kontakt med Den offentlige tannhelsetjenesten flere ganger på grunn av sterke smerter fra flere tenner. Ved første henvendelse opplyste hen at hen hadde betydelige smerter og ikke fikk sove om natten. Hen ble spurt om hen hadde feber. Da hen svarte nei, fikk hen beskjed om at hen ikke kunne tilbys akutt time.

Ved neste henvendelse opplyste pasienten at smertene hadde tiltatt ytterligere, og at hen verken kunne sove, spise eller gå på jobb. Også denne gangen ble hen spurt om hen hadde feber. Da hen svarte nei, ble hen avvist på nytt og informert om flere måneders ventetid.

Pasienten oppsøkte deretter en privat tannklinikk og fikk time samme dag. Klinisk og radiologisk undersøkelse viste uttalt karies og betydelig tap av tannsubstans på flere tenner (figur 1). Det ble utført begrenset smertelindrende behandling i form av ekstraksjon av tann 17, 27 og 48 ved tre separate besøk. Pasienten ble informert om sine rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten og anbefalt å ta ny kontakt for videre nødvendig behandling. Pasienten ble også



Figur 1. Ortopantomogram (OPG) som viser karies grad 5 med betydelig tap av tannsubstans på tann 17, 27 og 48. Disse tennene ble fjernet som ledd i smertelindrende behandling. Pasienten ble informert om sine rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten og anbefalt å ta ny kontakt for videre nødvendig behandling. Pasienten ble også informert om å ta kontakt ved symptomer fra tann 47, som viste sekundærkaries til pulpa mesialt, eller dersom hen fortsatt ikke fikk tilgang til nødvendig tannhelsehjelp.

informert om å ta kontakt med behandler dersom hen fortsatt ikke fikk tilgang til nødvendig tannhelsehjelp eller dersom tann 47, som viste sekundærkaries til pulpa mesialt, skulle gi symptomer.

Pasienten dekket selv kostnadene for behandlingen, selv om hen tilhørte en pasientgruppe med rett til nødvendig tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten. Retten innebærer tilgang til nødvendige tannhelsetjenester, herunder forebyggende, helsefremmende og behandlende tiltak, etter en tannhelsefaglig vurdering. For personer fra 19 til og med det året de fyller 28 år følger det av forskrift om vederlag for tannhelsetjenester at egenbetalingen ikke skal overstige 25 prosent av departementets fastsatte takster etter forskrift om vederlag for tannhelsetjenester [2][5].

Etisk analyse

Autonomi

Autonomi forutsetter reelle valgmuligheter [10]. I dette tilfellet var pasientens handlingsrom i praksis begrenset til å velge mellom langvarig ventetid med betydelige smerter eller privat behandling med økonomisk belastning. Når handlingsalternativene i praksis begrenses til fortsatt smerte eller egenfinansiert behandling, reduseres autonomiens praktiske betydning.

Ikke-skade

Gjentatte avvisninger innebar vedvarende smerte, funksjonstap og redusert arbeidsevne. Praksisen med avvisning basert på avgrensede triagekriterier, det vil si kriterier brukt for å sortere og prioritere pasienter i situasjoner med begrenset kapasitet, slik den er beskrevet i helsetjenesten for øvrig, reiser spørsmål om hvordan «akutt» og «nødvendig» forstås i praksis. Når betydelig smerte og funksjonstap ikke utløser tilgang til behandling, kan dette indikere en snever operasjonalisering av nødvendighetsbegrepet, med utilsktede etiske konsekvenser [7].

Basert på betydelig smerte, søvnmangel, redusert arbeidsevne og radiologiske funn fremstår behandlingsbehovet som klart innenfor rettslig terskel for nødvendig tannhelsehjelp [1][3].

Velgjørighet

Den begrensede smertelindrende behandlingen i privat praksis kan forstås som et forsøk på å handle til pasientens beste innenfor rammene av faglig forsvarlighet og systemansvar [6][10]. Samtidig illustrerer situasjonen hvordan tannleger i privat tannhelsetjeneste kan få en kompenserende funksjon ved begrenset offentlig kapasitet [7][8].

Rettferdighet

Når tilgang til nødvendig tannbehandling i praksis blir betinget av betalingsevne, utfordres prinsippet om likeverdig tilgang [4][7]

[10]. Kapasitet fungerer da som en implisitt prioriteringsmekanisme uten eksplisitte og transparente kriterier, noe som kan bidra til økt sosial ulikhet i tannhelse [4][7].

Diskusjon

Analysen viser at det etiske problemet ikke primært ligger i individuelle kliniske valg, men i spenningen mellom rettighetsbaserte ordninger og faktisk tilgjengelighet. Begrepet «nødvendig helsehjelp» er utviklet innenfor den øvrige helsetjenesten og operasjonaliseres der gjennom prioriteringskriterier og veiledere. Tannhelsetjenesten mangler i større grad et tilsvarende eksplisitt prioriteringsrammeverk, noe som kan bidra til variasjon i hvordan «nødvendig tannbehandling» forstås og praktiseres [7]. Denne spenningen illustrerer også forskjellen mellom den norske rettslige forståelsen av «nødvendig tannbehandling» og begrepet «essential care» i internasjonal helsepolitikk. Mens «essential care» beskriver prioriterte tjenester på systemnivå innen universell helsedekning, knytter det norske nødvendighetsbegrepet seg til individuelle pasientrettigheter. Når kapasiteten er utilstrekkelig til å realisere slike rettigheter i praksis, oppstår et normativt spenn mellom rettighet og tilgjengelighet som denne analysen søker å belyse.

Videre viser analysen at kapasitetsbetingede og snevre triagekriterier som krav om feber ved akuttvurdering, kan bidra til en forskyvning i hva som i praksis anses som nødvendig tannbehandling.

Samtidig er prioritering under ressursknapphet både legitim og nødvendig. Barn, alvorlige infeksjoner og pasienter med systemisk risiko må ofte prioriteres først. Analysen innebærer ikke en kritikk av prioritering som sådan, men synliggjør hvordan betydelig smerte og funksjonstap kan bli marginalisert når triagekriteriene blir for snevre [7][10].

Bruk av snevre triagekriterier kan bidra til at klinisk alvor, pasientopplevd smerte og funksjonstap ikke fanges opp i prioriteringsbeslutninger [7]. Når fravær av feber får avgjørende betydning for tilgang til akuttbehandling, kan dette indikere en innsnevring av hva som forstås som «akutt» og «nødvendig», med etiske konsekvenser både for pasienten og for profesjonens rolleforståelse.

Situasjonen reiser også spørsmål om profesjonelt ansvar i tannhelsetjenesten. Tannleger har et selvstendig ansvar for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, og dette ansvaret gjelder uavhengig av organisatorisk tilknytning [6][11]. Samtidig er tannlegeprofesjonen en del av et offentlig regulert helsesystem, der prioriteringsbeslutninger og ressursfordeling i stor grad ligger utenfor den enkelte klinikers kontroll.

Kasuset brukes her som illustrasjon av et bredere mønster dokumentert i offentlige utredninger, mediedekning og nyere kartlegginger, der det blant annet rapporteres om økt pasienttilstrømning

og kapasitetsutfordringer i den offentlige tannhelsetjenesten [4][7][8][9]. Samtidig varierer omfanget av kapasitetsutfordringer og tilgjengelighet betydelig mellom fylkeskommunene, og analysen tar ikke stilling til hvor utbredte slike situasjoner er nasjonalt.

Dette kan gi opphav til det som i profesjonsetisk litteratur omtales som moralsk stress, når tannleger opplever et vedvarende spenn mellom faglig vurdering av pasientens behov og systemets begrensninger [12][13]. Slike situasjoner aktualiserer også tannlegeprofesjonens samfunnskontrakt. Begrepet viser til den gjensidige forventningen mellom samfunnet og profesjonen, der samfunnet gir profesjonen tillit, autonomi og selvregulering mot at profesjonen forplikter seg til å sette pasientens beste først og ivareta sitt samfunnsansvar [14]. Når systemets rammebetingelser gjør det vanskelig å oppfylle disse forpliktelsene, kan det oppstå et spenn mellom profesjonens normative idealer og dens praktiske handlingsrom.

Når profesjonen forventes å ivareta pasientens beste også i situasjoner der offentlige rettigheter ikke realiseres, oppstår samtidig spørsmål om hvem som skal bære de økonomiske konsekvensene av denne svikten. I praksis kan dette innebære at privatpraktiserende tannleger yter nødvendig tannbehandling som følge av manglende tilgjengelighet i den offentlige tannhelsetjenesten.

I februar 2026 leverte Den norske tannlegeforening et formelt innspill til Helsedirektoratet om begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» og tannregulering [15]. Innspillet inngår i pågående arbeid med å konkretisere hvilke tjenester som bør omfattes av rettighetsbaserte ordninger og hvordan prioriteringskriterier bør utformes [15]. Dette understreker at begrepet «nødvendig tannbehandling» fortsatt er under faglig og juridisk utvikling [3][15], og at det per i dag mangler en entydig operasjonalisering av hvordan nødvendighet skal forstås og anvendes i klinisk praksis [3][7]. Spenningen mellom individuelle rettigheter og begrensede ressurser illustrerer at det norske nødvendighetsbegrepet og internasjonale modeller for «essential care» bygger på ulike normative forutsetninger, men begge aktualiserer spørsmålet om hvordan begrensede ressurser bør fordeles på en rettferdig måte.

Med systemsvikt menes her vedvarende manglende evne til å realisere lovfestede rettigheter i praksis. Manglende kapasitet innebærer prioriteringer og alternative kostnader, ettersom ressurser som brukes til én pasientgruppe eller ett behandlingstilbud samtidig kan begrense muligheten til å tilby behandling andre steder i tjenesten [7].

Analysen kan ses som en konkretisering av NTFs anbefaling om at pasientens rettigheter bør følge pasienten, uavhengig av om nødvendig behandling utføres offentlig eller privat [15]. Dette kan, i lys av målsettinger om universell helsedekning, forstås som en systemisk utfordring knyttet til sammenhengen mellom rettigheter,

prioritering og faktisk tilgjengelighet. Artikkelen viser hvordan en slik innsnevret forståelse av nødvendighetsbegrepet kan få konsekvenser, ikke bare for den enkelte pasient, men også på samfunnsnivå, gjennom økt risiko for sykefravær, redusert yrkesdeltakelse og forskyvning av kostnader fra system til individ [4][8].

Konklusjon

Når nødvendig tannbehandling ikke er tilgjengelig i praksis, til tross for lovfestede rettigheter, synliggjøres et strukturelt etisk problem i tannhelsetjenesten. Manglende kapasitet og utilgjengelighet innebærer at konsekvensene av systemsvikt forskyves fra myndighetsnivå til pasient og behandler, og at lovfestede rettigheter kan miste noe av sin betydning i praksis. Analysen viser at kapasitetsbegrensninger og snevre prioriterings- og triagekriterier kan føre til en innsnevring av hva som forstås som «akutt» og «nødvendig», med betydelige konsekvenser for pasienter med smerter, funksjonstap og redusert arbeidsevne. Når pasienter med rettigheter i praksis er henvist til privat behandling, utfordres prinsippene om likeverdig tilgang og rettferdig fordeling.

Profesjonelt ansvar i tannhelsetjenesten kan ikke forstås som et individuelt ansvar for å kompensere for strukturelle mangler. Tannlegeprofesjonens samfunnskontrakt innebærer en forpliktelse til å ivareta pasientens beste uavhengig av organisatorisk tilknytning, men forutsetter samtidig at myndighetene sikrer rammebetingelser som gjør dette mulig. Når dette ikke skjer, risikerer både pasienten å bli skadelidende og tannleger å utsettes for moralsk stress.

For at begrepet «nødvendig tannbehandling» skal fungere som en meningsfull rettslig og etisk standard, må det være samsvar mellom rettighetsgrunnlag, prioriteringskriterier og faktisk kapasitet. Dersom den offentlige tannhelsetjenesten ikke kan realisere et lov-pålagt tilbud, indikerer dette behov for ordninger som hindrer at den økonomiske belastningen ensidig overføres til pasienten. Dette forutsetter en tydelig avklaring av hva som er profesjonelt ansvar, og hva som er systemansvar.

Analysen aktualiserer også et mer grunnleggende spørsmål om hva det innebærer å gi pasienter lovfestede rettigheter dersom tjenesten i praksis ikke har kapasitet til å realisere dem. Dersom det oppstår et vedvarende misforhold mellom rettighetsgrunnlag og faktisk tilgjengelighet, kan dette utfordre både den normative betydningen av pasientrettigheter og tilliten til tannhelsetjenestens evne til å oppfylle sitt samfunnsoppdrag. En rettighet som ikke kan realiseres i praksis, risikerer å få redusert både sin praktiske og normative betydning. Dette aktualiserer behovet for en tydeligere avklaring av forholdet mellom rettigheter, kapasitet og ansvar i fremtidens tannhelsetjeneste.

ENGLISH SUMMARY

Moezzi M

When Necessary Dental Treatment Is Not Accessible

– A Normative Ethical Analysis of Rights, Capacity and Professional Responsibility

Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 136: 562-566

The concept of necessary dental treatment represents a legal standard with important ethical implications within the Norwegian public dental service. For young adults aged 19–28 years, this includes access to professionally assessed necessary treatment with reduced co-payment, but realization of these rights depends on sufficient capacity and availability.

This article presents a normative ethical analysis based on a clinical case involving a 23-year-old patient with severe dental pain who was repeatedly denied access to acute care in the public dental service but received pain-relieving treatment in private practice. The case is analyzed using the four principles of biomedical ethics: autonomy, non-maleficence, beneficence and justice.

The analysis shows how limited capacity and narrow triage criteria contribute to a shift in how the concept of “necessary” dental

treatment is operationalized in practice. As a result, patients with formal entitlements may be forced to seek private care at full cost, raising concerns related to justice, autonomy and professional responsibility. Such situations may also contribute to moral distress among dentists and challenge the profession’s social contract.

The analysis further highlights how unclear operationalization of the concept of necessary care, combined with limited capacity, may shift both clinical and financial burdens from the system to individual patients. To preserve its normative meaning, legal rights, prioritization criteria and actual capacity must be aligned.

Keywords: dental health service, necessary dental treatment, prioritization, professional ethics, justice

REFERANSER

1. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). LOV-1983-06-03-54. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>
2. Helsedirektoratet. Tannbehandling til unge voksne mellom 19 og 28 år. [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/tannhelse>
3. Blix CC. Nødvendig tannbehandling – hva er det? Nor Tannlegeforen Tid. 2024;134:1110–1. Tilgjengelig fra: <https://www.tannlegetidende.no/article/2024/12/Nodvendig-tannbehandling-hva-er-det-/>
4. Jokstad A. Universell helsedekning for munn- og tannhelse. Nor Tannlegeforen Tid. 2026;136:181–3. Tilgjengelig fra: <https://www.tannlegetidende.no/article/2026/03/Universell-helsedekning-for-munn-og-tannhelse>
5. Helsenorge.no. Hvem betaler tannlegeregningen din? [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/hvem-betaler-tannlegeregningen-din>
6. Helsedirektoratet. God klinisk praksis i tannhelsetjenesten. [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten>
7. NOU 2024:18. En universell tannhelsetjeneste – harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024. [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2024-18/id3054538/>
8. Dyvi EB. Lovfestet rett til alle – tilbudet varierer mye. Nor Tannlegeforen Tid. 2026;136:290–6. Tilgjengelig fra: [https://www.tannlegetidende.no/article/2026/03/Lovfestet-rett-til-alle-tilbudet-varierer-mye%20\(1\)](https://www.tannlegetidende.no/article/2026/03/Lovfestet-rett-til-alle-tilbudet-varierer-mye%20(1))
9. Bergens Tidende. Flere unge får billigere tannlege – men køene øker. [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.bt.no/helse/i/nyoqOa/billigere-tannlege-for-flere-unge-voksne>
10. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8. utg. Oxford: Oxford University Press; 2019.
11. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonell-loven). LOV-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
12. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.
13. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. Bioethics. 2015;29(2):91–97. <https://doi.org/10.1111/bioe.12108>
14. Moezzi M, Hofmann B. Helsepersonell eller selger? En analyse av tannlegeyrkets rolle i lys av kontraktteori og normativ etikk. Nor Tannlegeforen Tid. 2023;133:192–200. <https://doi.org/10.56373/2023-3-3>
15. Den norske tannlegeforening. NTF leverer innspill til Helsedirektoratet om nødvendig tannhelsehjelp og tannregulering. 13.02.2026. [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.tannlegeforeningen.no/arkiv/nyhetsarkiv/nyheter/2026-02-13-ntf-leverer-innspill-til-helsedirektoratet-om-nodvendig-tannhelsehjelp-og-tannregulering.html>

Send oss
utfordringene.
Vi leverer
smilene.

[Henvisdigitalt.no](https://henvisdigitalt.no)



Colosseum
Tannlege

40 år

FLEXMON® PRO MULTISTRATUM®

Fleksibel, tilnærmet monomerfri resin med fargegradient. Den kompenserer for små variasjoner i innsetningsretningen.

DENTURE GINGIVA PRO MONO

Tilnærmet monomerfri og praktisk talt uknuselig gingivafarget resin for protesebaser.

POLIBOND®

Væske for sammenføring av resiner som brukes ved fremstilling av proteser, etter kaldsveisingsprinsippet.

FLEXMON® PARTIALS



Følg oss på Facebook og Instagram!



DEN NYE GENERASJONEN METALLFRIE DELPROTESER

Med vårt innovative system for metallfrie delproteser fremstilles hele restaureringen av høytytelsesresiner: Flexmon® Pro Multistratum® til både tenner og klammere, Denture Gingiva Pro Mono til protesebasis. Disse materialene kombinert med den digitale arbeidsflyten i Zirkonzahn.Modifier gir funksjonelle, estetiske og reproduerbare resultater.



DESIGN:
~ 6 min



BEREGNING OG NESTING:
~ 8 min*



FRESING:
~ 1 t 15 min*



SAMMENFØYING:
~ 10 min

*Den angitte verdien gjelder for Zirkonzahn.CAM High-Speed.

HOVEDBUDSKAP

- Dentale erosjoner er et folkehelseproblem.
- Konsumet av brus, juice og energidrikker har aldri vært høyere.
- Metallfluorider gir bedre beskyttelse mot dentale erosjoner enn tradisjonelle fluorider (bekreftet både i laboratorie- og dyrestudier).
- Innovasjon og forskning på bioaktive forbindelser er avgjørende.
- Samfunnstiltakene må skjerpes, sterkere virkemidler er nødvendig.

FORFATTERE

Julie Marie Haabeth Brox, Ph.d., master odont., Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Amer Sehic, Professor, ph.d., master odont., Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, og Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus

Aida Mulic, Professor, seniorforsker, ph.d., master odont., spesialutdannet i kariologi, Nordisk Institutt for Odontologiske materialer AS (NIOM AS), og Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

Qalbi Khan, Førsteamanuensis, ph.d., master odont., Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, og Institutt for folkehelse- og idrettsvitenskap, Høgskolen i Innlandet

Korresponderende forfatter: Julie Marie Haabeth Brox.
E-post: j.m.h.brox@odont.uio.no

Akseptert for publisering 20.06.2026. Artikkelen er fagfellebedømt.

Artikkelen siteres som: Brox JMH, Sehic A, Mulic A, Khan Q. Forebygging av dentale erosjoner. Fra fluorider til bioaktive forbindelser. Nor Tannlegeforen Tid. 2026;136: 570-576
Doi: 10.56373/6a3bbf15c2d3c

Nøkkelord: dentale erosjoner, forebyggende arbeid, fluorider, bioaktive alternativer

Forebygging av dentale erosjoner

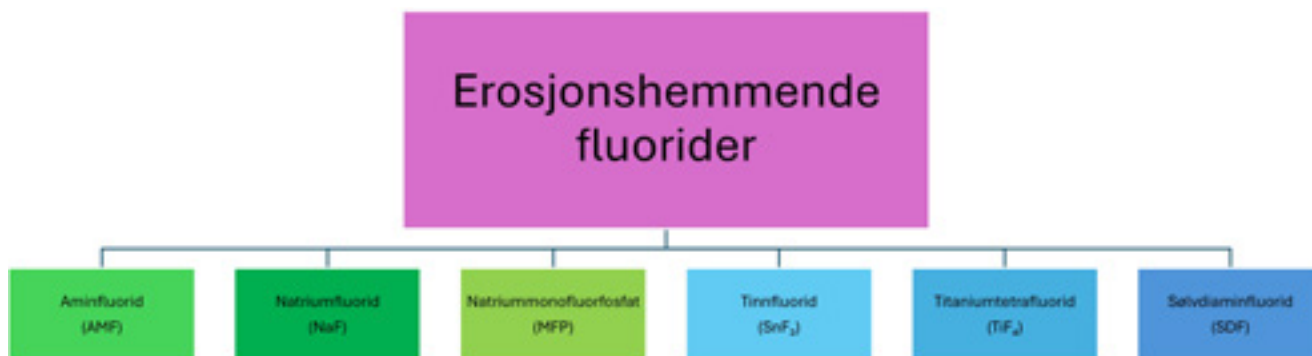
Fra fluorider til bioaktive forbindelser

Julie Marie Haabeth Brox, Amer Sehic, Aida Mulic og Qalbi Khan

Gjennom livet utsettes tennene for kontinuerlige, mekaniske og kjemiske stimuli som kan medføre ulike former for slitasje, hvorav defekten ofte gjenspeiler etiologien. En spesifikk form for slitasje er dentale erosjoner, definert som en kjemisk og mekanisk prosess som resulterer i et kumulativt tap av tannvev, og som ikke er forårsaket av bakterier. I takt med endringer i livsstil og økt tilgjengelighet av syreholdige mat- og drikkevarer har forekomsten av dentale erosjoner endret seg gjennom det 19. og 20. århundre. I Norge i dag er kullsyreholdige og ikke-kullsyreholdige alkoholfrie drikkevarer de mest kjøpte produktene i dagligvarebutikker. En av konsekvensene er høy forekomst av dentale erosjoner hos unge. I det forebyggende arbeidet er det sentralt først å identifisere risikogrupper, deretter styrke beskyttende faktorer, og til slutt implementere tiltak som bevarer tannstrukturen. Tiltakene kan omfatte bruk av fluoridholdige eller bioaktive forbindelser med ulike virkningsmekanismer. Hensikten vil være å styrke gjenværende emalje og å bidra til et mer motstandsdyktig overflatelag. Slike beskyttende komponenter kan inngå i ulike munnpleieprodukter. I tillegg kan syreholdige produkter modifiseres for å redusere deres erosive potensial. På et overordnet nivå kan samfunnstiltak, økte avgifter på syreholdige drikkevarer samt styrking av befolkningens helsekompetanse bidra til å forebygge problemene.

Et folkehelseproblem

Dentale erosjoner kan bli betraktet som et folkehelseproblem. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) karakteriseres et folkehelseproblem ved en høy forekomst i befolkningen, en alvorlighetsgrad, en sosioøkonomisk påvirkning og med en mulighet til å endres gen-



Figur 1. Ulike fluoridforbindelser brukt i forebygging av dentale erosjoner, beskrevet i grønt som monovalente fluorider, og i blått som metallfluorider.

nom forebygging [1]. Tre uavhengige norske studier rapporterer at forekomsten av dentale erosjoner blant 16–18-åringer varierer mellom 38 og 59 % [2][3][4]. I 2024 drakk nordmenn i gjennomsnitt 136 liter brus og mineralvann per person, og i tillegg har salget av energidrikker økt med mer enn 340 % de siste ti årene [5]. I 2025 utgjorde refusjonene gjennom Helfo for tannbehandling av dentale erosjoner og attrisjon over 350 millioner kroner, tilsvarende om lag 11 % av de samlede refusjonsutbetalingene samme år [6].

Årsaksforhold

Utviklingen av dentale erosjoner følger en dynamisk prosess bestående av tre grupper av determinanter: kjemiske, biologiske og atferdsmessige faktorer. Kjemiske faktorer inkluderer syretype, viskositet, pH og tilstedeværelse av beskyttende ioner, slik som fluorid, kalsium og fosfat. Biologiske faktorer omfatter spytt, tunge- og leppefunksjon, muskelfunksjon og tannanatomi. Atferdsmessige faktorer involverer kostholdsvaner, munnhygiene, reflux og hyppig inntak av sur mat og drikke [7][8]. Dette underbygger at dentale erosjoner er et sammensatt problem og oppstår som følge av en multifaktoriell årsakssammenheng. Det inkluderer påvirkning fra både indre faktorer, slik som gastroøsofageal reflux, og ytre faktorer, slik som hyppig inntak av sur mat eller drikke [7].

Identifisere risikoindivider

Formålet med å identifisere risikoindivider er å iverksette individuelle, forebyggende tiltak. Primærforebygging har som mål å hindre at sykdom oppstår. I denne sammenheng, med dentale erosjoner, innebærer det å identifisere individer med økt risiko, påvirke modifiserbare faktorer som kosthold og hyppig inntak av sure drikker, samt kartlegge forhold som hyposalivasjon, reflux og spiseforstyrrelser før erosive skader utvikles. Det er verdt å merke seg at mange

av disse faktorene kan påvirkes og endres gjennom målrettet forebygging, noe som gir tannhelsepersonell en viktig inngangsvinkel til å redusere risikoen for dentale erosjoner.

Et grunnleggende utgangspunkt i det forebyggende arbeidet mot dentale erosjoner er en grundig generell og spesiell anamnese. Dentale erosjoner skal dokumenteres ved å bruke et validert graderingssystem (BEWE/VEDE), kliniske bilder, studiemodeller eller digitale skanninger [9][10]. I det forebyggende arbeidet fokuserer man videre på kostholdsveiledning og individuelle forebyggende strategier i hjemmet og på klinikken, i tillegg til innkallellesintervaller for å fremme motivasjon, følge progresjon og eventuelt implementere nye tiltak.

Dentale erosjoner i lys av kariesforskning

Ved å anvende vår forståelse av tannstruktur og mineraldynamikk, sammen med veletablerte prinsipper fra kariesforskning, kan forebyggende strategier tilpasses den enkelte pasient. I likhet med kariesforebyggingen bør oppmerksomheten rettes mot å identifisere risikofaktorer, styrke beskyttende faktorer og iverksette tiltak for å bevare tannstruktur og mineralbalanse. Det kan utføres ved hjelp av fluorider eller alternative bioaktive produkter. Hovedvekten av forskningen som er gjort så langt, er blitt utført *in vitro* eller *in situ*, i all hovedsak på grunn av etiske hensyn. De siste årene har man, i et samarbeid mellom Institutt for oral biologi (Odontologisk fakultet ved Universitetet i Oslo) og Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer (NIOM), utviklet en dyremodell (musemodell) hvor man har undersøkt utviklingen av dentale erosjoner i detalj og deretter sammenliknet effekten av tradisjonelle fluorider med metallbaserte fluorider [11][12][13][14]. Funnene fra disse studiene samsvarer godt med tidligere laboratoriestudier, som viser at metallfluorider gir økt beskyttelse mot dentale erosjoner sammenliknet med tradisjonelle fluorider (figur 1).

Fluoridets rolle

Fluorid har en høy affinitet for emalje og bidrar til å øke syremotstanden ved å gjøre mineralene mindre løselige. Dette skjer som følge av danningen av et beskyttende lag av kalsiumfluorid på emaljeoverflaten, i tillegg til omdanningen av hydroksylapatitt til fluorapatitt og ved å modifisere pellikelen. Tilførsel av fluorider kan endre pelikkelens sammensetning og struktur, slik at den blir mer motstandsdyktig mot syre [15]. Videre er faktorer som fluoridkonsentrasjon, pH i løsning og eksponeringstid, avgjørende for beskyttelsen [16] (figur 1). Både i forebyggingen av karies og dentale erosjoner kan fluorider, ofte i kombinasjon med kalsium og fosfat, for eksempel i bioaktive forbindelser, utgjøre en bedre beskyttelse [17]. Det skyldes at fluorider gjør den ytterste emaljeoverflaten mer syreressistent, mens de bioaktive forbindelsene bidrar med kalsium og fosfat og kan forsterke overflatelaget, slik at den samlede beskyttelsen mot syre blir mer robust [17].

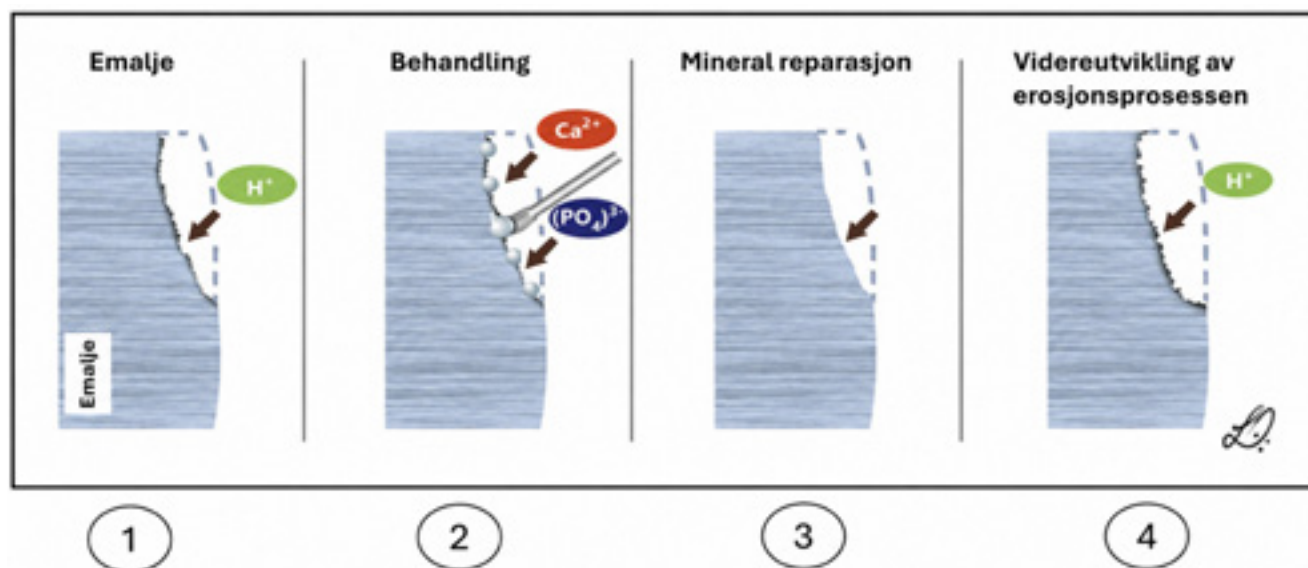
Bioaktive forbindelser

Bioaktive forbindelser er definert som substanser med evne til å interagere med det biologiske miljøet i munnhulen ved å påvirke emalje, saliva eller pellikel til å frigi eller binde ioner [18]. En ideell bioaktiv forbindelse skal være biokompatibel, stabil, ikke misfarget, uten bivirkninger og kostnadseffektiv å produsere og anvende [19]. Selv om fluorider i prinsippet også kan regnes som bioaktive, er de

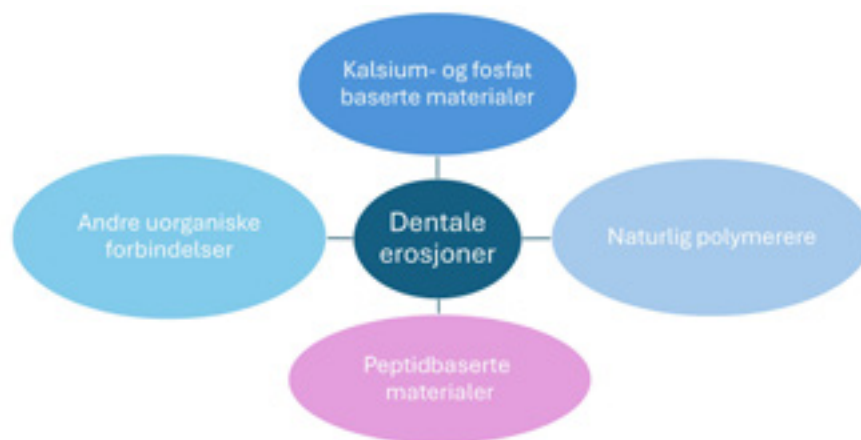
ikke helt uten potensielle bivirkninger, slik som ved høy systemisk eksponering. I denne sammenhengen setter vi derfor søkelyset på andre forbindelser som kan supplere eller delvis erstatte fluorid.

Bioaktive forbindelser forebygger dentale erosjoner gjennom ulike virkningsmekanismer. Når syrer (H^+) kommer i kontakt med munnhulen, oppløses kalsium og fosfat fra emaljen (figur 2, del 1). En av de forebyggende virkningsmekanismene skjer når kalsium (Ca^{2+}) og fosfat (PO_4^{3-}) tilføres den eroderte emaljen via et kalsium- og fosfatbasert materiale (figur 2, del 2). Dette fører til mineralutfelling ved grenseflaten til lesjonen, som delvis gjenoppretter mineralinnholdet (figur 2, del 3). På grunn av den histologiske strukturen til erodert emalje blir ikke mineralene fullstendig integrert med den underliggende tannsubstansen. Dersom tannen utsettes for ny syrepåvirkning, vil emaljen fortsatt eroderes, noe som tydelig viser begrensningene ved bioaktive materialer når det gjelder å oppnå fullstendig remineralisering (figur 2, del 4) [20].

Bioaktive forbindelser kan inndeles i ulike grupper: kalsium- og fosfatbaserte materialer, naturlige polymerere, peptidbaserte materialer og andre uorganiske forbindelser [20]. Et fellestrekk ved alle gruppene er at de kan brukes som et supplement til fluorider i munnehelseprodukter, i tillegg til at enkelte bioaktive forbindelser kan tilsettes syreholdige drikker, slik at drikkene blir mindre undermettet med hensyn til apatitt [21] (figur 3).



Figur 2. Virkningsmekanisme for bioaktive forbindelser, her illustrert ved en kalsium/fosfatforbindelse (bearbeidet etter Buzzlaf et al., 2025).



Figur 3. Utvalgte bioaktive forbindelser relevant for forebygging av dentale erosjoner, inndelt i hovedgrupper etter materialtype og virkningsmekanisme. Inndelingen er utarbeidet av forfatteren.

Kalsium- og fosfatbaserte materialer

Kalsium- og fosfatbaserte materialer kan igjen inndeles i flere undergrupper.

Kaseinfosepeptid-amorft kalsiumfosfat (Casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate, CPP-ACP) og **kaseinfosepeptid-amorft kalsiumfluoridfosfat** (Casein phosphopeptide-amorphous calcium fluoride phosphate, CPP-AFP) tar utgangspunkt i proteinet kasein, hovedprotein i melk, som brytes ned til mindre peptider kalt kaseinfosepetider (casein phosphopeptides, CPP). CPP-ACP-komplekset fungerer som en buffer og et mineralreservoar. Laboratoriestudier har vist at tilførsel av fluorid i form av et CPP-AFP-kompleks gir bedre beskyttelse mot erosjoner enn CPP-ACP alene [17][20]. En studie har også rapportert at CPP-ACP og SnF_2 kombinert gir bedre beskyttelse mot dentale erosjoner enn alene [22].

Som nevnt tidligere, kan forebyggende tiltak mot dentale erosjoner særlig rettes mot atferdsmessige faktorer [8]. Når befolkningen inntar store mengder syreholdige drikker, kan imidlertid også andre tiltak iverksettes, som modifisering av syreholdige produkter. Laboratoriestudier har vist at tilsetning av kasein til en syreholdig drikk kan redusere erosjonsprosessen [23][24]. Tilsetning av CPP-ACP i sportsdrikken Powerade reduserte drikkens erosive potensial signifikant, uten å påvirke smaken [23].

Nano-hydroksylapatitt (nano-HA) er et biomimetisk produkt som etterlikner emaljens naturlige struktur ved å tilføre kalsium og fosfat til tannoverflaten [25]. Nano-HA er undersøkt i ulike orale administrasjonsformer, som i tannkrem [26], munnskyllevæske [27], tyggegummi [28] og pastiller [29], men dokumentasjon på effekt

spesifikt mot dentale erosjoner er foreløpig begrenset. I flere laboratoriestudier har man forsøkt å tilsette nano-HA i sportsdrikk, noe som kun har vist seg å ha en begrenset beskyttende effekt [30][31].

Natriumtrimetafosfat (TMP) er en annen fosfatkilde som hyppig tilføres munnhelseprodukter. Det rapporteres at TMP, sammen med fluorid, har bedre effekt mot dentale erosjoner enn fluorid alene [20].

Kalsium-natrium-fosforsilikat (CSP), også kjent som bioaktiv glass, er et munnhelseprodukt som frigir kalsium- og fosfationer ved kontakt med saliva og danner et hydroksylapatittliknende lag på tannoverflaten [20][25]. Tilgjengelig evidens indikerer at CSP ikke har bedre effekt på dentale erosjoner enn konvensjonelle fluoridpreparater [32]. Derimot tyder enkelte studier på at materialet kan bidra til reduksjon av dentin hypersensitivitet [20][33].

Naturlige polymerere

Et sentralt materiale i denne kategorien er kitosan, et naturlig bioaktivt polysakkarid derivert fra kitin, bestående av sukkermolekyler bundet sammen i lange kjeder [32]. Kitosan interagerer med emalje og saliva, hvorpå det dannes en beskyttende overflatefilm [32]. Kitosan kan tilsettes i ulike munnhelseprodukter og har vist lovende effekt mot dentale erosjoner. Imidlertid etterlyser litteraturen ytterligere forskning for å bekrefte og styrke evidensgrunnlaget [20].

Peptidbaserte materialer – målrettet modifisering av pellickel
Peptidbaserte materialer har som mål å modifisere det naturlige proteinlaget på emaljeoverflaten, pellicelen [20]. Deler av pellicelen kan fortsatt være til stede etter syreeksposering, og ved hjelp av

proteomiske metoder er det blitt kartlagt hvilke proteiner i pellicelen som tåler syreeksposering [20][34]. Blant disse er det verdt å nevne cystatin, statherin og arginin. Til tross for lovende funn viser litteraturen også her at det kreves mer forskning på peptidbaserte materials effekt og mekanismer i modifisering av pellicelen [20].

Andre uorganiske forbindelser

Polyvalente metallforbindelser som ikke inneholder fluorid, slik som tinn (Sn) og titan (Ti) kan potensielt beskytte mot dentale erosjoner ved å forme et beskyttende overflatelag på emaljen [20]. Litteraturen viser at metallforbindelser alene gir mer begrenset beskyttelse sammenliknet med konvensjonelle fluorider, men hvis metallforbindelsene kombineres med fluorider, oppnås en signifikant økt effekt [12][13][20]. Denne økte effekten må midlertidig veies opp mot enkelte uheldige bivirkninger, for eksempel tinnfluorid (SnF₂), som kan gi en metallisk smak, misfarging av tannsubstans eller påvirkning på slimhinnen [15] (figur 1).

Begrensninger og utfordringer ved bruk av bioaktive forbindelser

Som vi har nevnt tidligere, kan tilsetning av bioaktive forbindelser, for eksempel CPP-ACP i sportsdrikken Powerade, redusere drikkens erosive potensial uten å påvirke smaken [23]. Sett i lys av Norges Skiforbunds sponsoravtale med Powerade kan reformulering av sportsdrikker derfor være et relevant forebyggende tiltak for grupper med høy eksponering [35]. Et forsøk på en slik produktutvikling i norsk sammenheng var Dus, introdusert i 2005 som en kombinasjon av melk, juice og vann. Produktet ble imidlertid raskt tatt av markedet på grunn av lav etterspørsel og høye produksjonskostnader. Disse erfaringene illustrerer noen av begrensningene ved bioaktive forbindelser i praksis.

Endret smak, melkeallergi, kostnader og begrenset evidens for klinisk effekt ved kort oral eksponering er noen av grunnene til at

disse bioaktive forbindelsene ikke er mer utbredt. Et fellestrekk for alle er at kunnskapsgrunnlaget fortsatt er begrenset, og at det er et særlig behov for flere *in vivo*-studier for å dokumentere effekt, sikkerhet og klinisk relevans.

Erosjoner hos risikogrupper – mer enn individuell forebygging

I enkelte idrettsgrener er det en utbredt mentalitet å presse egne grenser i jakten på prestasjon, noe som ofte prioriterer kortsiktige gevinster på bekostning av langsiktig helse. Denne mekanismen kan benyttes for å forstå atferd som øker risikoen for dentale erosjoner. Dette konseptet kan sammenliknes med Goldmans dilemma, først introdusert i 1980-årene. Her ble utøvere spurt om de ville akseptere garantert suksess i fem år, vel vitende om at det ville føre til død kort tid etter. Omtrent halvparten av eliteutøverne svarte opprinnelig ja, noe som illustrerer hvor sterkt kortsiktige belønninger kan veie tyngre enn hensynet til langsiktig helse [36].

Et tilsvarende dilemma eksisterer innen odontologi. Sportsdrikk og energigeler konsumeres innen toppidrett og gir umiddelbare prestasjonsfordeler. Selv om det er en bevissthet rundt mulig irreversibel tannskade, opprettholdes ofte denne atferden. Dette illustrerer at atferdsendring alene er utilstrekkelig og fremhever behovet for strukturelle, forebyggende strategier. Samtidig er det behov for videre forskning og innovasjon, særlig knyttet til utvikling av bioaktive forbindelser som supplement til etablert fluoridbehandling. Inntil sterkere klinisk evidens foreligger, bør fluorid fortsatt utgjøre hjørnesteinen i forebyggende odontologi. Ettersom kurativ behandling mangler, er forebyggende arbeid avgjørende, herunder avgifter på sure drikker, produktmerking, bedre tilgang til trygt drikkevann i offentlige rom og styrket folkehelseopplysning.

ENGLISH SUMMARY

Brox JMH, Sehic A, Mulic A and Khan Q

Prevention of dental erosion – From fluorides to bioactive compounds

Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 136: 570-576

Throughout life, the dentition is continuously exposed to various mechanical and chemical stimuli, and different forms of wear often reflect their etiology. One specific form of wear is dental erosion, defined as a chemical and mechanical process resulting in the cumulative loss of dental hard tissue, not caused by bacteria. In line with lifestyle changes, increased productivity and availability of acidic food and beverages, the prevalence of dental erosion has changed throughout the 19th and 20th centuries. In Norway today, carbonated and non-carbonated, alcohol-free beverages are the most purchased items in grocery stores. A high prevalence of dental erosion among youth is one of the consequences. In preventive practice, it is of great importance to identify risk groups for dental

erosion, strengthen protective factors, implement strategies that contribute to the preservation of dental hard tissue, and maintain a stable mineral balance. The protective strategies can include the use of fluoride products or bioactive compounds with different mechanisms of action. The aim is to strengthen the remaining enamel and promote the formation of a more resistant surface layer. Such protective components can be incorporated into various oral care products. Furthermore, acidic products can be modified to reduce their erosive potential. In addition, implementing broader measures, such as public health interventions, product reformulation, and initiatives to increase health literacy, may help prevent dental erosion.

Effektiv tilkalling = god klinikkflyt

300+
klinikker
benytter
DentalCall

Passer alle klinikker

Klinikkene sier at DentalCall:

- ✓ bidrar positivt til alle ansattes arbeidshverdag.
- ✓ forbedrer pasientenes serviceopplevelse!
- ✓ er enkelt i bruk.

TEST i 3 uker og bli kjent med DentalCall

- 1 Fyll inn skjemaet på dentalcall.no/test
- 2 Dere får forslag til system og tilbud

► Testen er uten kjøpsforpliktelser.

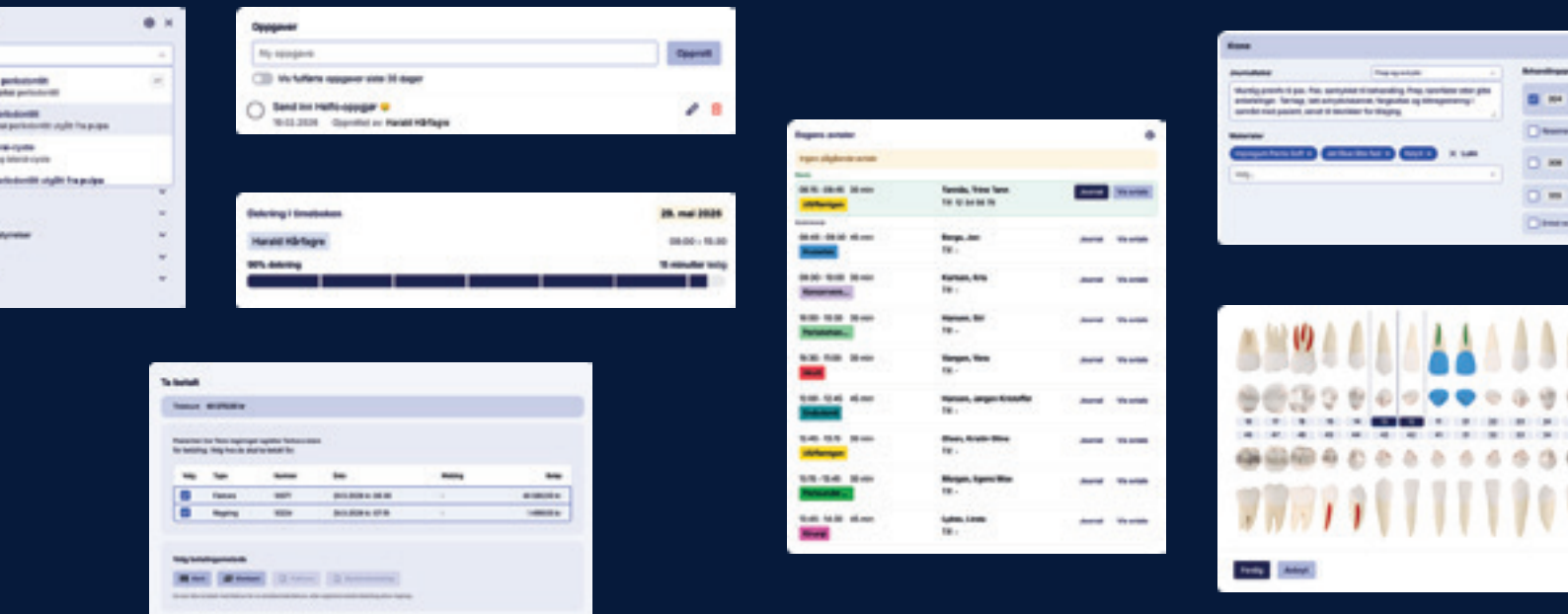
Dere kan også sende e-post til hei@callsystems.no, eller ringe 950 888 73.

REFERANSER

- Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic epidemiology. 2. utg. Geneva: World Health Organization; 2006.
- Mulic A, Tveit AB, Skaare AB. Prevalence and severity of dental erosive wear among a group of Norwegian 18-year-olds. *Acta Odontol Scand*. 2013;71(3-4):475-81. <https://doi.org/10.3109/00016357.2012.696689>
- Mulic A, Fredriksen O, Jacobsen ID, Tveit AB, Espelid I, Crossner CG. Dental erosion: Prevalence and severity among 16-year-old adolescents in Troms, Norway. *Eur J Paediatr Dent*. 2016;17(3):197-201.
- Søvik JB, Tveit AB, Storesund T, Mulic A. Dental erosion: a widespread condition nowadays? A cross-sectional study among a group of adolescents in Norway. *Acta Odontol Scand*. 2014;72(7):523-9. <https://doi.org/10.3109/00016357.2013.875588>
- Helsedirektoratet. Utviklingen i norsk kosthold 2024. Oslo: Helsedirektoratet; 2024 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingen-i-norsk-kosthold-2024>
- Helserefusjon.no. Helserefusjonsdata. 2025 [hentet 20. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://opne-data.helserefusjon.no/>
- Lussi A, Carvalho TS. Erosive tooth wear: a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. *Monogr Oral Sci*. 2014;25:1-15. <https://doi.org/10.1159/000360380>
- Lussi A, Jaeggi T. Erosion—diagnosis and risk factors. *Clinical Oral Investigations*. 2008;12(Suppl 1):5-13. <https://doi.org/10.1007/s00784-007-0179-z>
- Mulic A, Tveit AB, Wang NJ, Hove LH, Espelid I, Skaare AB. Reliability of two clinical scoring systems for dental erosive wear. *Caries Res*. 2010;44(3):294-9. <https://doi.org/10.1159/000314811>
- Carvalho TS, Colon P, Ganss C, Huysmans MC, Lussi A, Schlueter N, et al. Consensus report of the European Federation of Conservative Dentistry: erosive tooth wear – diagnosis and management. *Clin Oral Investig*. 2015;19(7):1557-61. <https://doi.org/10.1007/s00784-015-1511-7>
- Brox JMH, Tulek A, Sehic A, Mulic A, Utheim TP, Khan Q. Onset and progression of dental erosion in a mouse model. *Acta Odontol Scand*. 2024;83:453-60. <https://doi.org/10.2340/aos.v83.41193>
- Brox JMH, Tulek A, Sehic A, Mulic A, Utheim TP, Khan Q. Comparative analysis of the protective effects of fluoride compounds on dental erosion in mouse model. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):401. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-05767-z>
- Brox JMH, Tulek A, Sehic A, Mulic A, Utheim TP, Khan Q. The Protective Effects of Silver Fluoride Solution and Fluoride Varnish on Dental Erosion – An In Vivo Study. *Dent J (Basel)*. 2025;13(2):46. <https://doi.org/10.3390/dj13020046>
- Tulek A, Saeed M, Mulic A, Stenhagen KR, Utheim TP, Galtung HK, et al. New animal model of extrinsic dental erosion-Erosive effect on the mouse molar teeth. *Arch Oral Biol*. 2018;96:137-145. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2018.08.013>
- Schlueter N, Klimek J, Ganss C. Efficacy of tin-containing solutions on erosive mineral loss in enamel and dentine in situ. *Clin Oral Investig*. 2011;15(3):361-7. <https://doi.org/10.1007/s00784-010-0386-x>
- Magalhães AC, Wiegand A, Rios D, Buzalaf MAR, Lussi A. Fluoride in dental erosion. *Monogr Oral Sci*. 2011;22:158-170. <https://doi.org/10.1159/000325167>
- Rajapaksa RDW, Wang Y-C, Chin YC, Jang K, Abdal-Hay A, Ivanovski S, et al. Dental Erosion Management: From Remineralization to Emerging Regenerative Approaches – A Narrative Review. *Biomimetics*. 2026;11(2):107. <https://doi.org/10.3390/biomimetics11020107>
- Dionysopoulos D. The Role of Bioactive Glasses in Dental Erosion – A Narrative Review. *Compounds*. 2024;4:442-52. <https://doi.org/10.3390/compounds4030027>
- Williams DF. Biocompatibility pathways and mechanisms for bioactive materials: The bioactivity zone. *Bioactive Materials*. 2022;10:306-322. <https://doi.org/10.1016/j.bioactmat.2021.08.014>
- Buzalaf MAR, Magalhães AC, Rios D, Wiegand A. Prevention and Treatment of Dental Erosion: Beyond Fluorides. I: Schlueter N, Ganss C, Lussi A, red. *Erosive Tooth Wear: From Diagnosis to Therapy*; vol. 33. Basel: S. Karger AG; 2025.
- Chatzidimitriou K, Seremidi K, Kloukos D, Gizani S, Papaioannou W. The role of calcium in the prevention of erosive tooth wear: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Dent*. 2024;25(1):55. <https://doi.org/10.1038/s41432-023-00966-5>
- Al Saady D, Hall C, Edwards S, Reynolds EC, Richards LC, Ranjithkar S. Erosion-inhibiting potential of the stannous fluoride-enriched CPP-ACP complex in vitro. *Sci Rep*. 2023;13(1):7940. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-34884-4>
- Ramalingam L, Messer LB, Reynolds EC. Adding casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate to sports drinks to eliminate in vitro erosion. *Pediatr Dent*. 2005;27(1):61-7.
- Manton DJ, Cai F, Yuan Y, Walker GD, Cochrane NJ, Reynolds C, et al. Effect of casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate added to acidic beverages on enamel erosion in vitro. *Aust Dent J*. 2010;55(3):275-9. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2010.01234.x>
- Zhang OL, Niu Y, Yin I, Yu OY, Mei ML, Chu C-H. Bioactive Materials for Caries Management: A Literature Review. *Dent J (Basel)*. 2023;11(3):59. <https://doi.org/10.3390/dj11030059>
- Ganss C, Lussi A, Grunau O, Klimek J, Schlueter N. Conventional and anti-erosion fluoride toothpastes: effect on enamel erosion and erosion-abrasion. *Caries Res*. 2011;45(6):581-9. <https://doi.org/10.1159/000334318>
- Kensche A, Pötschke S, Hannig C, Richter G, Hoth-Hannig W, Hannig M. Influence of calcium phosphate and apatite containing products on enamel erosion. *The Scientific World Journal*. 2016;2016(1):7959273. <https://doi.org/10.1155/2016/7959273>
- Hassani AR, Baladi M, Amiri M, Hamze F, Salavati-Niasari M, Sharifi M, et al. Effectiveness of plant-mediated synthesis of hydroxyapatite nano-particles impregnated in Pistachio oleogum resin on mineral contents of human teeth. An in-situ single-blind controlled study. *J Mech Biomed Mater*. 2023;148:106155. <https://doi.org/10.1016/j.jmbbm.2023.106155>
- Mankar S, Amaechi BT, Kanthiah K, Iftikhar N, Obiefuna AC. Clinical Evaluation of the Effect of Nanohydroxyapatite Lozenge on the pH of Dental Plaque. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2024;16:285-293. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S472427>
- Min JH, Kwon HK, Kim BI. The addition of nano-sized hydroxyapatite to a sports drink to inhibit dental erosion: in vitro study using bovine enamel. *J Dent*. 2011;39(9):629-35. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2011.07.00>
- Min JH, Kwon HK, Kim BI. Prevention of dental erosion of a sports drink by nano-sized hydroxyapatite in situ study. *Int J Paediatr Dent*. 2015;25(1):61-9. <https://doi.org/10.1111/ipd.12101>
- Turssi CP, Maeda FA, Messias DC, Neto FC, Serra MC, Galafassi D. Effect of potential remineralizing agents on acid softened enamel. *Am J Dent*. 2011;24(3):165-8.
- Litkowski LJ, Hack GD, Sheaffer HB, Greenspan DC. Occlusion of dentin tubules by 4555 Bioglass®. *Bio ceramics*. 1997;10:411.
- Hannig C, Berndt D, Hoth-Hannig W, Hannig M. The effect of acidic beverages on the ultrastructure of the acquired pellicle – an in situ study. *Arch Oral Biol*. 2009;54(6):518-26. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2009.02.009>
- NTB. Powerade blir ny samarbeidspartner for Norges Skiforbund Langrenn 2025 [hentet 4. februar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/18708887/powerade-blir-ny-samarbeidspartner-for-norges-skiforbund-langrenn?publisherId=89898&lang=no>
- Goldman B, Klatz R. Death in the Locker Room: Steroids & Sports. Chicago: Elite Sports Medicine Publications; 1984.

Alt på ett sted

Det er klart det blir enklere å ha oversikten når alt samles på ett sted. Alt henger jo sammen.



Med et helhetlig, skybasert journalsystem revolusjonerer Sonett tannhelsetjenesten, og gjør hverdagen enklere for alle som jobber der.

Journalføring gjort enkelt.

Book en demo på sonett.no



HOVEDBUDSKAP

- Pleomorft adenom i ganen bør eksideres med minst 5 mm margin.
- Opp mot 50 % av spyttkjerteltumorer i ganen er maligne, så diagnosen må bekreftes histologisk før eksisjon.
- Operasjonsområdet kan sekundært tilhele og trenger ikke å rekonstrueres med bløtvevslapp.
- Tampongholder for å dekke såret kan bedre pasientkomfort og legge til rette for tilheling.

FORFATTERE

Dag Petter Nilsen Tingvoll, Tannlege, spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Kjevekirurgisk seksjon ved Ålesund sykehus

Nadja Maczko Christoffersen, Tannlege, Privat praksis, Sunnmøre

Frank-Jakob Sandbakk, Tannlege, spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Kjevekirurgisk seksjon ved Ålesund sykehus

Paul Åsmund Vågen, Tannlege, spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Kjevekirurgisk seksjon ved Ålesund sykehus
Lado Lako Loro, Dr.odont, tannlege, spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Kjevekirurgisk seksjon ved Ålesund sykehus

Korresponderende forfatter: Dag Petter Nilsen Tingvoll.
E-post: dag.petter.nilsen.tingvoll@helse-mr.no

Akseptert for publisering 19.6.2026. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som: Tingvoll DPN, Christoffersen NM, Sandbakk F-J, Vågen PÅ, Loro LL. Pleomorft adenom i ganen: diagnostikk og behandling. Nor Tannlegeforen Tid. 2026;136: 578-583
Doi: 10.56373/6a3a47fa61945

Nøkkelord: spyttkjerteltumor, pleomorft adenom, gane, eksisjon, tampongholder

Pleomorft adenom i ganen – diagnostikk og behandling

Dag Petter Nilsen Tingvoll, Nadja Maczko Christoffersen, Frank-Jakob Sandbakk, Paul Åsmund Vågen og Lado Lako Loro

Pleomorft adenom, også kjent som benign blandet svulst, oppstår fra spyttkjertelvev og har sin opprinnelse i en kombinasjon av epiteliale (duktale) og myoepiteliale celler. Det er den vanligste spyttkjerteltumoren og sees både i de store og små spyttkjertlene. Disse presenteres ofte som langsomtvoksende, asymptomatiske hevelser, men de kan ved vekst gi lokale symptomer. Pleomorft adenom er noe vanligere hos kvinner enn hos menn og oppstår gjerne i 40–60-årsalderen. Vanligste lokalisasjon av pleomorft adenom i de små spyttkjertlene er gane og lepper. Standardbehandlingen for pleomorft adenom er kirurgisk fjerning av svulsten med kapsel for å redusere risikoen for residiv. I dette kasuset beskriver vi behandlingen av en 67-årig kvinne med et palatinalt pleomorft adenom. Under tilhelingen ble en tampongholder benyttet for å bedre hygiene, øke pasientens komfort og sikre god dekning av sårområdet. Dette var en ny fremgangsmåte i forhold til tidligere prosedyre ved Ålesund sykehus.

Om pasient og bakgrunn

Pasienten, en kvinne på 67 år, ble henvist til kjevekirurgisk seksjon fra egen tannlege grunnet en tumor palatinalt på høyre side (figur 1). Denne hadde tilkommet over tid og var, ifølge henviser, vurdert av privatpraktiserende øre-nese-hals-lege ett år tidligere, hvor magnetisk resonanstomografi (MR) ble rekvirert. Det ble konkludert med mulig pleomorft adenom. Pasienten opplevde ubehag relatert til tumorens størrelse, men rapporterte verken smerte eller B-symptomer.

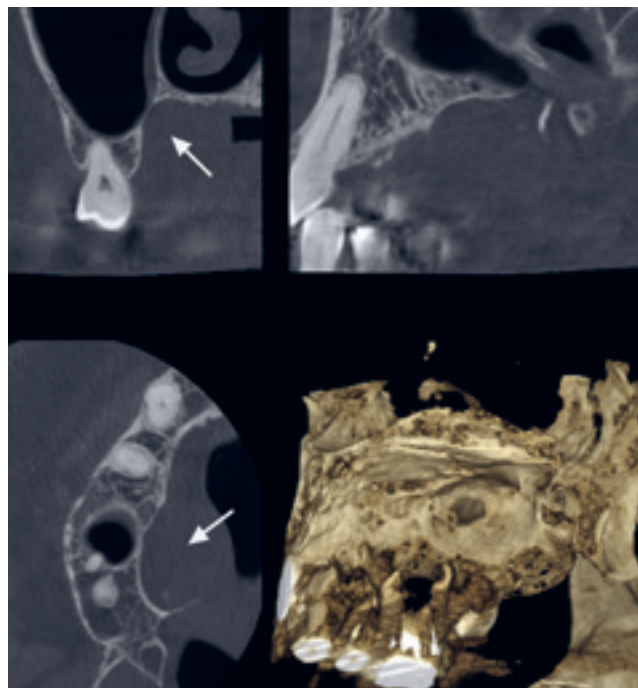


Figur 1. Klinisk foto tatt ved første konsultasjon ved kjevekirurgisk poliklinikk. Tumors utseende og utstrekning palatinalt i 1. kvadrant.

Pasienten var fra tidligere vesentlig frisk og ved normalt hold. Hun hadde tidligere reagert på trimetoprim + sulfonamid (Bactrim, antibakterielt middel) og amoksisicillin med urtikaria, og på amlodipin + valsartan (Exforge, til behandling av essensiell hypertensjon) med hevelse i bena. I tillegg hadde hun hatt en anafylaktisk reaksjon på morfin. Det var ingen historikk på bruk av tobakk. Hennes aktuelle medisiner var acetylsalisylsyre (Albyl-E) (tromboseprofylaktikum), Kandesartan (Atacand, til behandling av primær hypertensjon), moksonidin (Physiotens, til behandling av hypertensjon) og lerkandipin (Zanidip til behandling av essensiell hypertensjon).

Ved poliklinisk konsultasjon var det ingen ekstraorale hevelser eller fargeforandringer og god gapeevne. Det kunne ikke palperes lymfadenitt submandibulært eller på collum. Ellers var det normal sensorikk og motorikk i ansiktet, men mulig anosmi (manglende luktesans). Dette satte pasienten i sammenheng med tidligere gjennomgått covid-19-infeksjon.

I overkjeven høyre side medialt for tannrekken ble det sett en tumor som målte 3 x 4 cm med normal overliggende slimhinne. Tumoren var bløt ved palpasjon og uømt. Ellers var tenner uten anmerking. Det ble rekvirert cone beam computed tomography (CBCT) av maksillen som viste normalt luftførende sinus maxillaris og ingen tegn til patologi i kjeve eller rundt tenner. I relasjon til tumor ble det funnet en skålformet skjelettdefekt med uttynning av kortikalt ben (figur 2).



Figur 2. CBCT tatt ved første konsultasjon viser skålformet fortynning av kortikalt ben palatinalt i 1. kvadrant i relasjon til tumor.

Ved konsultasjonen ble pasienten også vurdert av overlege i øre-nese-hals-sykdommer, og basert på anamnese og kliniske funn ble tumoren vurdert som sannsynlig forenelig med pleomorft adenom. Man ble enig om at biopsi og videre oppfølging skulle gjøres ved kjevekirurgisk seksjon. Pasienten ble presentert for aktuelle funn og samtykket til biopsi, som ble tatt under den første konsultasjonen.

Pasientbehandling

I lokal infiltrasjonsanestesi ble det tatt en incisjonsbiopsi med et snitt over tumor maxima mot det anteriore (figur 3). Deretter ble det utført butt disseksjon med arteriepinsett, før det ble tatt ut en representativ bit med tumorvev. Dette ble overført til 4 % formaldehyd og sendt til Avdeling for patologi ved Ålesund sykehus for patologisk anatomisk diagnose (PAD). Incisjonen ble lukket med enkle suturer (Vicryl 3-0, Ethicon).

Pasienten ble etter mottatt biopsisvar innkalt til videre behandlingsplanlegging og informasjon. PAD bekreftet den tentative diagnosen pleomorft adenom. Pasienten ble oppmeldt til eksisjon av tumor i generell anestesi ved dagkirurgisk avdeling. Det ble også tatt alginatavtrykk av overkjeven for fremstilling av tampongholder til bruk postoperativt.

Seks uker etter første konsultasjon møtte pasienten ved dagkirurgisk avdeling for planlagt tumorreseksjon i generell anestesi med



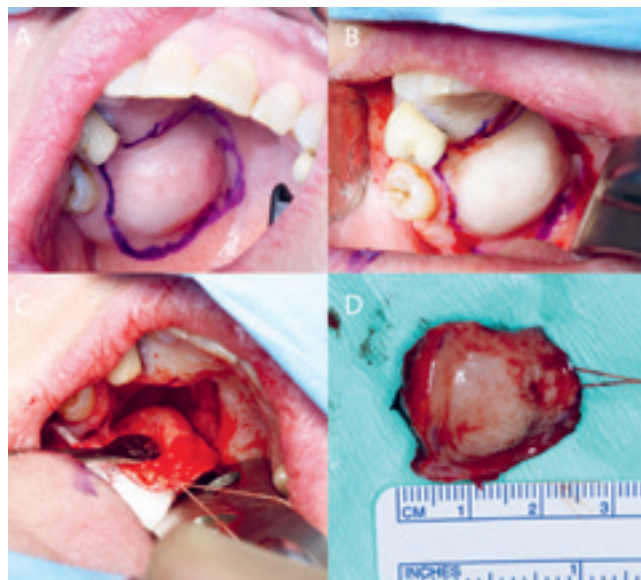
Figur 3. Klinisk foto ved biopsitakning. Incisjon over tumor maxima for biopsitakning.

lokal infiltrasjonsanestesi. Tumor var planlagt fjernet med 5 mm makroskopisk margin (figur 4a). Det ble gjort skarp incisjon langs planlagt reseksjonsrand, og man dissekerte seg ned til ben (figur 4b). Overgang mot bløte gane og arteria palatinus major ble lokalisert (figur 4c). Arteria palatinus major ble frigjort og underbundet med ligatur (Vicryl 3-0, Ethilon), før denne ble satt av med diatermi. Preparatet ble overført til formalin og sendt til avdeling for patologi (figur 4d). Hemostase ble oppnådd ved bruk av diatermi (figur 5) før sårhulen ble pakket med salvetampong (3 x 10 cm), impregnert med Terramycin-Polymyxin B som ble stabilisert med tampongholder i termoplastisk materiale, fremstilt av anaplastolog ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Pasienten ble peroperativt gitt 1 g traneksamsyre intravenøst (fibrinolysehemmer).

Postoperativt ble det foreskrevet paracetamol (Paracet) 1 g x 4 daglig den første uken og oksykodon (OxyContin) 5 mg x 2 daglig ved sterke smerter og skylling med klorheksidin 2 mg/ml (Corso-dyl) 2 ganger daglig i 14 dager.

Grunnet rubor og hevelse i munnslimhinne ved bruk av klorheksidin munnskyll seponerte pasienten dette selv før første postoperative kontroll. Fra første postoperative kontroll og til uke 6 skylte pasienten morgen og kveld med hydrogenperoksid 1 %.

Ved kontroll etter én uke fortalte pasienten om et upåfallende postoperativt forløp. Det ble observert rolige bløtvevsforhold og ingen tegn til infeksjon. Sårhulen ble vasket forsiktig med fysiologisk saltvann, og det ble pakket ny salvetampong. Pasienten ble deretter kontrollert og fikk byttet salvetampong ukentlig i seks uker (figur 6a–



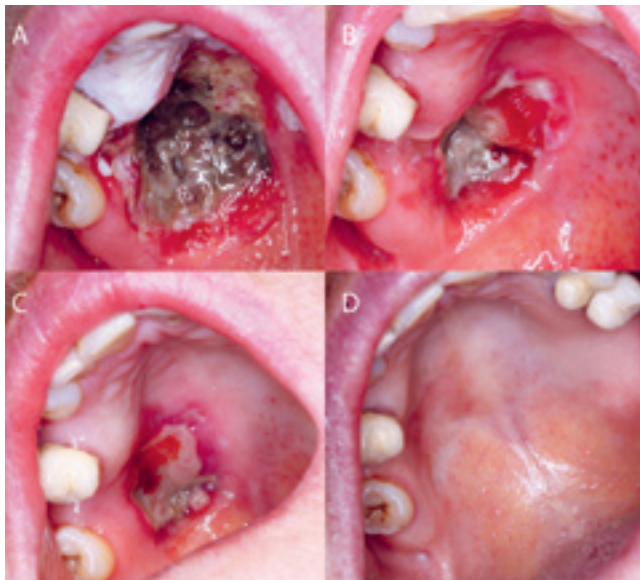
Figur 4. Klinisk foto av operasjon med eksisjon av tumor. Planlagt reseksjon markert med tusj (A). Skarp incisjon ned til periost med kniv (B). Subperiosteal disseksjon og avløsning av tumor. Suture i kl. 12-posisjon for merking av preparat (C). Tumor etter reseksjon, merket med sutur kl. 12, for orientering ved histologi (D).



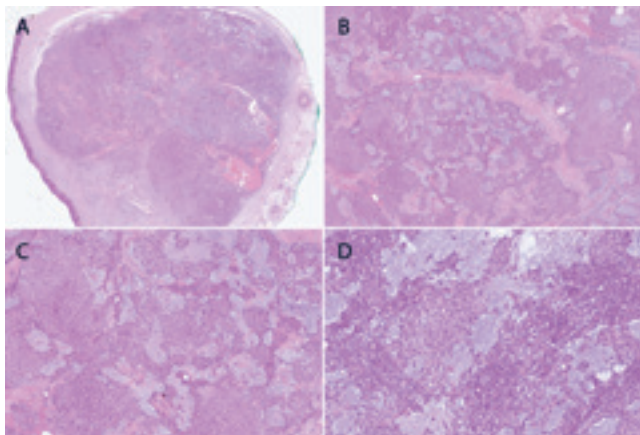
Figur 5. Tumortomt før diatermering for hemostase.

c). Ved kontroll etter seks uker ble det notert granulering av sårhulen med fibrindekke sentralt. Etter uke seks brukte pasienten kun tampongholderen ved matinntak for å beskytte sårområdet mot traume.

Neste kontroll var tre måneder etter reseksjon, og det var da komplett bløtvevstilheling (figur 6d). Den histologiske undersøkelsen viste et pleomorft adenom med kondromyksoid stroma samt epiteliale og myoepiteliale celler som dannet tubulære kjertelstrukturer og solide celleøyer (figur 7a–d). Tumoren var radikalt fjernet,



Figur 6. Klinisk foto ved kontroll etter 1 (A), 3 (B) og 6 (C) uker. Man ser gradvis granulering og fibrindekke av sårdefekt. Videre ser man hvitt belegg på palatinal slimhinne som følge av plakkansamling under tampongholder. Klinisk foto ved 3-månederskontroll viser fullstendig bløtvevstilheling (D).



Figur 7. Histologiske snitt av tumor. Pleomorft adenom med tynn kapsel og overliggende normalt plateepitel (A). Områder med kondromykoïd stroma og myoepiteliale celler som danner tubulære kjertler og solide celleøyer med forstørrelse 2x, 5x og 10x (B–D).

og det overliggende plateepitelet var uten patologiske forandringer. Pasienten følges ved kjevekirurgisk poliklinikk med årlige kontroller i fem år.

Diskusjon

Spyttkjerteltumor utgående fra de små spyttkjertlene er uvanlig sammenlignet med i de store spyttkjertlene, og utgjør kun 10 % av alle spyttkjerteltumorer [1].

Pleomorft adenom er den vanligste av de benigne spyttkjerteltumorene og utgjør rundt 45 % av alle tumorer i de små spyttkjertlene [2] og 65 % av de benigne tumorene i glandula parotis [3]. Pleomorft adenom er en blandet tumor med opphav fra epiteliale og mesenkymale celler [4]. Pleomorft adenom kan oppstå i alle aldre, men er vanligst hos kvinner i 50–60-årene.

I de små spyttkjertlene er vanligste lokalisasjon for denne tumoren den posteriore delen av den harde ganen (10 %), etterfulgt av leppen (4 %) [2][5]. De presenteres vanligvis med et utseende som en fast, ikke-bevegelig masse med normal overliggende slimhinne [2].

Tumorer i den harde ganen kan føre til trykkrelatert benresorpsjon [6]. Klinisk bilde alene er ikke nok til å sette diagnosen pleomorft adenom, da tumoren har flere likheter med andre tumorer i samme område, for eksempel mucoepidermoid karsinom, adenokarsinom, myoepiteliale tumorer eller andre bløtvevstumorer [3]. Det er om lag 50 % risiko for at tumorer i de små spyttkjertlene i ganen er maligne, sammenlignet med andre områder i munnhulen [7]. Nøyaktig diagnostikk med histologisk bekreftelse er derfor avgjørende før definitiv tumorreseksjon utføres.

Pleomorft adenom kan i sjeldne tilfeller ha en malign utvikling til karsinom ex pleomorft adenom [8]. Risikoen for malignitetsutvikling øker med tiden tumor har fått utvikle seg og størrelsen på tumor, samt ved residiv [6]. Risikoen for residiv av pleomorft adenom er liten ved lokalisasjon til de små spyttkjertlene [1]. Siden pleomorft adenom utvikler seg sakte, kan de i mange tilfeller ha vokst i mange år før de blir oppdaget [6]. For alle pleomorfe adenom er det rapportert om malign transformasjon hos 2–7 % [3]. Malign transformasjon skjer oftest ved tumor lokalisert i de store spyttkjertlene og i de små palatinal spyttkjertlene [1]. I tilfeller av residiv av palatinal pleomorft adenom er det rapportert om malign transformasjon hos opptil 22 % [3].

Ved ufullstendig reseksjon er residiv vanlig, og det ser man oftest etter 4–6 år og hos rundt 3 % av pasientene [9]. Hos pasienter behandlet for pleomorft adenom i den harde gane er median tid til residiv rapportert til 16 år [6]. Flere faktorer er kjent for å være assosiert med residiv av pleomorft adenom, inkludert ufullstendig eksisjon, kapselruptur under kirurgi, fravær av tydelige reseksjonsrender samt histologiske trekk som mykoïd stroma og satellittknuter [10]. Hos denne pasienten ble disse risikofaktorene håndtert ved nøye kirurgisk planlegging og gjennomføring. Tumoren ble fjernet med tilstrekkelig margin, og det ble ikke observert kapselruptur peroperativt. Preparatet ble sendt til histologisk vurdering for å bekrefte komplett eksisjon og vurdere eventuelle mikroskopiske utløpere. Pasienten følges opp regelmessig for tidlig identifikasjon av eventuelle tegn til residiv.

Pleomorft adenom har ofte stor morfologisk variasjon og har sjelden en homogen histologisk oppbygning. Histologisk kjennetegnes pleomorft adenom ved en tynn fibrøs kapsel og normal overliggende slimhinne [9]. Tumoren inneholder celler av både epitelialt og mesenkymalt opphav, og man ser elementer med myksoïd vev [5]. Kirurgisk eksisjon av tumor er anbefalt ved pleomorfe adenomer. Disse svulstene kan ha irregulære kanter med «tunger» som vokser inn i omkringliggende bløtvev [5]. Grunnet potensial for vekst utenfor makroskopisk avgrenset tumor er det anbefalt at reseksjon gjøres med en margin på inntil 10 mm (2–10 mm) [2]. Vi valgte i dette tilfellet å eksidere tumor med 5 mm margin da det ble ansett som tilstrekkelig radikalitet, samtidig som det begrenset pasientens morbiditet og la til rette for sekundætilheling.

Konklusjon

Ved faste hevelser i ganen, særlig hos middelaldrende og eldre pasienter hvor ingen dental patologi er funnet, bør spyttkjerteltumorer vurderes. En grundig diagnostisk prosess og komplett kirurgisk eksisjon med adekvate marginer gir god prognose og lav residivrate ved pleomorft adenom.

Den på forhånd fremstilte tampongholderen kan i mange tilfeller ved reseksjoner av bløtvevstumorer i overkjeven være et godt alternativ til fastsuturet tampong, noe som vanligvis gjøres for å kontrollere blødning og beskytte sårflaten. Bruken av tampongholder forbedrer pasientens komfort betydelig, sikrer bedre dekning av sårområdet og gjør tampongsift både enklere, raskere og mindre smertefullt.

Takk

Takk til anaplastolog Mette Fink, Enhet for tann og kjeve, Avdeling for øre-nese-hals, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, for fremstilling av tampongholder.

Takk til Avdeling for patologi, Ålesund sykehus, for histologiske bilder.

Takk til tannlege og lege Jesper Rubin for hjelp med bearbeidelse av røntgenbilder og foto.

Pasienten har gitt skriftlig samtykke til publisering av kliniske opplysninger og bilder.

ENGLISH SUMMARY

Tingvoll DPN, Christoffersen NM, Sandbakk F-J, Vågen PÅ and Loro LL

Pleomorphic adenoma of the palate: diagnosis and treatment

Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 136: 578-583

Pleomorphic adenoma, is a benign mixed tumor, arises from salivary gland tissue and originates from a combination of epithelial (ductal) and myoepithelial cells. It is the most common salivary gland tumor and occurs in both major and minor salivary glands. These typically present as slowly growing, asymptomatic swellings, but growth can cause local symptoms. Pleomorphic adenoma is relatively more common in women than in men and usually occurs between the ages of 40 and 60. The most common locations of pleomorphic adenoma in the minor salivary glands are the palate and the lips. The standard treatment for pleomorphic adenoma is surgical excision of the tumor with its capsule to reduce the risk of recurrence. This case describes the treatment of a 67-year-old

woman with a palatal pleomorphic adenoma. Treatment of this type of soft-tissue tumor lies at the interface between what is usually performed by specialists in oral and maxillofacial surgery and by otorhinolaryngologists. In this case, a tampon holder was used during the healing period to improve hygiene, increase the patient's comfort, and ensure the best possible coverage of the wound area. This was a new approach compared with the previous procedure at Ålesund Hospital.

Keywords: salivary gland tumor, pleomorphic adenoma, palate, excision, tampon holder

REFERANSER

1. Torkov P, Jensen T, Poulsen BM. Pleomorft adenom. Tandlægebladet. 2009;113:358–361.
2. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology: a rationale for diagnosis and treatment. Chicago: Quintessence; 2003. s.528–533.
3. Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumours. Oral Dis. 2002;8(5):229–40. <https://doi.org/10.1034/j.1601-0825.2002.02870.x>.
4. AlSahman L, Alghamdi O, Albagieh H, AlRefai A, AlSahman R, Alnafea S. Pleomorphic adenoma of hard palate: Review of updated literature and "case report". Medicine (Baltimore). 2024;103(36):e39529. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039529>.
5. Lingam RK, Dagher AA, Nigar E, Abbas SA, Kumar M. Pleomorphic adenoma (benign mixed tumour) of the salivary glands: its diverse clinical, radiological, and histopathological presentation. Br J Oral Maxillofac Surg. 2011;49(1):14–20. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2009.09.014>.
6. Lopes-Santos G, Marques NGO, Tjioe KC, Oliveira DT. Clinical behavior of recurrent pleomorphic adenoma in the palate: a systematic review. Acta Cir Bras. 2024;39:e390824. <https://doi.org/10.1590/acb390824>.
7. Bjørndal K, Godballe C. Spytkierteltumorer. Tandlægebladet. 2012;116:424–429.
8. Helsedirektoratet. Hode-/halskreft – handlingsprogram. Oslo: Helsedirektoratet. [Hentet 6. august 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hode-hals-kreft-handlingsprogram>
9. Scully C. Oral and Maxillofacial Medicine: The Basis of Diagnosis and Treatment. 3 utg. London: Elsevier Health Sciences; 2013. s. 217–218.
10. Dulguerov P, Todir J, Pusztaszeri M, Alotaibi NH. Why Do Parotid Pleomorphic Adenomas Recur? A Systematic Review of Pathological and Surgical Variables. Front Surg. 2017;4:26. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2017.00026>.



Klinikk-IT gjort
ENKELT



clinitech

Ta kontakt: post@clinitech.no | +47-40 00 03 33



Blant mye støy og usannheter er bladet du nå leser en viktig motvekt. Dette er ett av 230 fagmedier i Fagpressen – redaktørstyrte medier med journalister som har høy kunnskap om fagene og interessene du bryr deg om.

Som leser får du kvalitetsinnhold du kan stole på, både på papir og digitalt.



Vet du hvor mye omsetning som allerede finnes i journalsystemet ditt?

Knowyn hjelper deg med å avdekke det skjulte potensialet i klinikken ved å identifisere:

- ✓ Pasienter som har uteblitt fra sine recall undersøkelser
- ✓ Pasienter som ikke har blitt innkalt på lang tid
- ✓ Behandlinger og inntektsmuligheter som risikerer å gå tapt
- ✓ Effektiviseringsmuligheter som kan øke lønnsomheten
- ✓ Kostnadsoverslag som ikke er fulgt opp
- ✓ Manglende Helfo-betaling

I tillegg viser Knowyn nøyaktig hvilke pasienter du bør kontakte for å fylle ledige timer og nå klinikkens omsetningsmål, hver eneste dag.

Med sanntidsinnsikt får du full kontroll over klinikkens utvikling, kapasitetsutnyttelse og fremtidige inntekspotensial.

*Basert på gjennomsnittlig identifisert årlig potensial per behandler hos Knowyns kunder. Faktiske resultater vil variere mellom klinikker.

**Besøk
oss gjerne på
Nordental!**

Monter: B32

Mer omsetning. Bedre kontroll. Mindre administrasjon.

Les mer på knowyn.se

knowyn

Clinic Intelligence - Powered by AI



I 1893 ble landets første skole for tannlegeundervisning, Statens poliklinikk for Tandsykdomme, etablert i Theatergaten 18. Her er første kull, fra samme år. Fra billedarkivet ved Det odontologiske fakultet, UiO.

Tegn støttemedlemskap i Norsk odontologihistorisk forening, NOHF!

Adresse: NOHF c/o Nils Rune Tønnessen, Gardvegen 24 B, 2615 Lillehammer. Telefon: 90 25 60 60. E-post: nils.rune@outlook.com

Det er nå 40 år siden det ble invitert til å tegne støttemedlemskap i NOHF. Siden den gangen har mange av dem som tegnet medlemskap gått bort og i dag er det nok mange som ikke er klar over at vi har en slik forening.

Arbeidet med å dokumentere vår historie er en viktig del av vår faghistorie og bør være en æressak å støtte opp om. Fortsatt gjenstår viktige arbeidsoppgaver med å ta vare på, vedlikeholde, registrere samt å stille ut de mange samlinger av gjenstander, bilder og historier som finnes rundt omkring i landet.

Et støttemedlemskap vil bidra til å gjøre dette arbeidet mulig.

Medlemskap kan tegnes ved å innbetale kr 200,- til Norsk odontologihistorisk forening, kontonummer: 0530.18.54686.

Beløpet kan også Vippses til foreningens konto

Med hilsen

Nils Rune Tønnessen

Leder i Norsk odontologihistorisk forening

VALO X

UP
ULTRADENT
PRODUCTS, INC.

VELKOMMEN TIL FAMILIEN

VALO X-herdelampefamilien utvides.

Herdelampene VALO XG og VALO XS er basert på samme fundament av kraft, tilgjengelighet og holdbarhet som VALO X-lampen og går derfor i kompaniskap med den for å gi et tilbud av flere modeller, slik at du kan velge den herdelampen som passer best for ditt tannlegekontor.



© 2026 Ultradent Products, Inc. All rights reserved.



LES MER PÅ
ULTRADENT.EU

NY!

ANTHOS C9

Uniten som har "Alt"!

Heldigital med
det nyeste
innen dental
teknologi!



Fullverdig Endo- /
kirurgimotor/ Implantat-
program ++



Finjustering av pasient-
posisjon, perfekt for arbeid
med mikroskop



OP lampe m/3 farge-
temperaturer og
"Curing mode"



Moderne hygiene-
system for økt pasien-
tsikkerhet

Celfa er Europas største produsent av uniter.
Anthos serien består av totalt 8 modeller med
kun egen produserte deler.

Unident AS tilbyr uniter fra kr 195.000,-



ANTHOS L6

Perfekt balanse mellom ytelse og pris!



Skann koden
for å lese mer



Meget drifts-
stabil unit med
markedets
mest fleksible
nakkestøtte!



Teknisk trygghet. Hver dag.

Skal du bygge nytt eller oppgradere klinikken? DMT planlegger og bygger skreddersydde tekniske rom – basert på lang erfaring og solid fagkompetanse.

Som en del av Unident får du nå tilgang til enda mer kunnskap, ekspertise og support.

Smart planlagt. Trygg drift. Bygget for fremtiden.

DMT
+
 **UNIDENT®**



Pris fra:
65.900,-

NYE Anthos A17+ / A28+ Autoklav
– Innovasjon, sikkerhet samt integrert vannfilter!

- Raskere sykluser med modulær tørking
- Innebygd vannfilter for smidig drift
- Smart sporbarhet med QR-/strekkode og app
- 5" HD-skjerm med videotutorials og LED-indikator

SterilConnect App

Med SterilConnect-appen kan man overvåke autoklaven i sanntid fra alle enheter, følge steriliserings-syklusen og motta varsler for mer effektiv håndtering.



DAC Universal D fra W&H
– smøre & rengjøringsapparat

Desinfiserer og smører på 15 minutter inkl. kjøling. (inklusive 6 stk valgfrie adaptere).



**Kampanje-
rabatt
20.000,-**

Kampanje!
74.500,-



NSK iCare+ C2/C3

Automatisk rengjøring, desinfisering og smøring av roterende instrumenter, turbiner og hånd- og vinkelstykker.

Nå er det din tur til å starte med mikroskop!



 **Eighteeth**

Acuvision X

- Innebygget 4K kamera og video
- Arbeidsavstand fra 190–460mm
- 5 ulike fargefilter
- Forstrørrelse: 2,6x til 23,5x

NYHET!
Mikroskop kun:

189.000,–



Skann koden for å
lese mer og se video.

Acuvision X leveres frittstående på fot, takmontert og veggmontert i fargene hvit og svart. Den har 6-trinns forstrørrelse og $\pm 60^\circ$ Horizontal Swing for optimal ergonomi.



Digitaliser dine avtrykk uten å investere stort!



Med Helios 700 + Cart får du maksimal frihet.

Trådløs skanner, fast skjerm samt datamaskin med UPS, som gjør at du kan flytte skanneren mellom rommene uten avbrudd i arbeidet. Uten noen begrensninger kan du enkelt skanne et avtrykk og sende det direkte til laboratoriet eller få ut filen lokalt hvis du ønsker det.



BRUKERVENNLIG



GRATIS
OPPDATERING



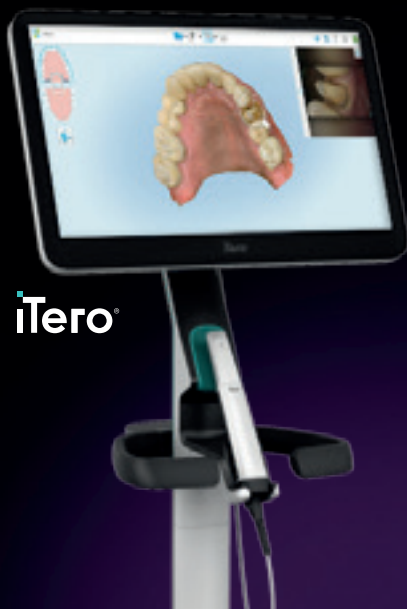
LISENSFRI



 Eighteeth

Helios 700 Cart m/batteri
eller 680 Cart med ledning,
fra:

109.900,-



iTero Lumina Pro

Opplev neste generasjon intraoral scanning fra Align. iTero Lumina™ Pro kombinerer høy presisjon, imponerende visualisering og en smidig digital arbeidsflyt – med sømløs integrasjon til Invisalign®-systemet.



**Eksklusive priser på både
kontantkjøp og Trade-in!**

3shape Premium i hver detalj.

Store muligheter. Elegant design. 3Shape TRIOS.

Sammen med 3Shape kan vi tilby **EKSTRA** gunstige kampanjepriser på hele modellprogrammet, enten du ønsker å kjøpe, leie eller bytte inn din eksisterende scanner.



Hvor godt kan ditt spesialtilbud bli?

Kontakt oss for et personlig forslag basert på hvilken scanner og finansieringsløsning som passer best for deg.



TRIOS 3

En prisgunstig scanner – perfekt for deg som vil komme i gang digitalt.



TRIOS 6

Premiumscanneren for deg som vil ha det beste innen digitale avtrykk.

Sømløst med Unident.

Skanner, support og lab – i en arbeidsflyt.

Kontakt Unident for ScanDeal der du velger merke, modell og omsetning pr. måned i tannteknikk.

Få en sterkt rabattert eller gratis skanner når du velger **Unident + Indental = Sant!**



 Eighteeth



Kampanje!
12.850,-

E-Connect S+ endomotor

- m/innebygget apexlokator
- Trådløst håndstykke
- Ferdig innstilte filprogram til alle filsystem
- Ladestasjon m/ladekabel
- 50-1500 rpm

 Eighteeth

Kampanje!
8.050,-



Fast-Pack Pro

Obturation System med ladestasjon.

 Eighteeth

Kampanje!
3.700,-



Curing Pen 4 LED

Herdelampe m/360° roterende hode, karies detektor.



Kampanje!
7.000,-

FindPex Apexlokator

Apekslokalisator med eksklusiv sinusbølgeteknologi (ASW) og neste generasjons multifrekvensteknologi som ytterligere forbedrer målepresisjonen.

UltraMint Pro LED Ultralydscaler m/ håndstykke

Med en smart touch-skjerm og en stor 900ml vanntank, tilbyr denne scaler brukervennlighet og komfort.



Kampanje!
11.600,-

POLO DENT®

YELLOW POINT

Smart for klinikken. Bra for budsjettet!

Med våre egne merkevarer PoloDent og Yellow Point får du et bredt utvalg av pris-gunstige kvalitetsprodukter til klinikkens hverdag. Produktene er nøye utvalgt med fokus på kvalitet, funksjon og god økonomi – uten unødvendige kompromisser.



<<
Les mer

Pris eks.
Budget Line
Nitrilhansker
100 stk.

60,-



Nyhet hos Unident!

Avansert kontroll av supragingival biofilm – klinisk testet og dokumentert.



Lumoral® er en innovativ, lysaktivert antibakteriell behandling som gir effektiv biofilmkontroll og støtter behandlingen av blant annet gingivitt og periodontitt. Enkel å bruke hjemme – for bedre egenomsorg og mer forutsigbare behandlingsresultater.

Implementer Lumoral i den individuelle behandlingsplanen – og gi pasientene et effektivt verktøy for bedre munnhelse hjemme.



>>
Les mer

PONDUS

av Frode Øverli





TECHNOMEDICS



Kepler Reflekt

Your vision is our mission

Ergolupe med optimal bevegesfrihet
gjennom hele behandlingen.

www.technomedics.no
Telefon: 69 88 79 20
E-post: post@technomedics.no
Gramveien 68, 1832 ASKIM

Fra lab til klinikk

– nå skal tannhelsefagene
lære sammen



Ansatte, studenter og prominente gjester samlet i Ferdighetssenteret ved UiO. Foran fra venstre står prorektor Silje Fekjær fra OsloMet, UiO-rector Ragnhild Hennum, forsknings- og høyere utdanningsminister Sigrun Aasland og dekan ved Det odontologiske fakultet, Hans Jacob Rønold.

Når tannteknikerutdanningen flytter til Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo, er målet mer enn å gi en liten profesjonsutdanning et nytt hjem. Tanntekniker-, tannlege- og tannpleierstudenter skal komme tettere på hverandre. Det kan endre hvordan fremtidens tannhelseteam samarbeider.

  **TONE ELIN BERGSET**

Det er bobler i glassene og blanke, nye arbeidsbenker på Ferdighetscenteret ved Universitetet i Oslo (UiO). Ansatte, studenter og gjester har samlet seg for å markere at tannteknikk nå blir en del av det odontologiske fagmiljøet.

På programmet 31. august står blant andre forsknings- og høyere utdanningsminister Sigrun Aasland, prorektor Silje Fekjær fra OsloMet, UiO-rektor Ragnhild Hennum og dekan Hans Jacob Rønold ved Det odontologiske fakultet.

Har ønsket flytting i rundt 20 år

Feststemningen står i kontrast til usikkerheten som har omgitt utdanningen de siste årene. OsloMet vurderte å avvike bachelorprogrammet før Kunnskapsdepartementet besluttet at utdanningen skulle flyttes til UiO fra studieåret 2026/2027.

Samtidig har fagmiljøet i rundt 20 år ønsket en slik flytting. Begrunnelsen har vært at en plassering sammen med de øvrige odontologiske fagene kan gi større faglige synergier. Det er altså en gammel idé som nå skal prøves ut i praksis.

I sin tale understreket forsknings- og høyere utdanningsminister Sigrun Aasland at samfunnet trenger kompetansen til fremtidens tannteknikere. Faget kombinerer helse, teknologi, håndverk, materialkunnskap og innovasjon. Å samle fagmiljøer som hører sammen, gir ifølge statsråden bedre muligheter for samarbeid, kunnskapsdeling og forståelse av hverandres kompetanse.

Ingen utdanning er en øy

Prorektor Silje Fekjær ved OsloMet pekte på det faglige miljøet som den viktigste begrunnelsen for flyttingen. Det er vanskelig å utvikle en utdanning fullt ut dersom den ikke er omgitt av fagmiljøer som kan utfordre og løfte den, sa hun.

UiO-rektor Ragnhild Hennum fremhevet på sin side muligheten til å skape et helhetlig utdanningsmiljø for de tre tannhelseutdanningene. Studieplanen er modernisert, og lokalene er bygget om for å gi plass til tanntekniske laboratorier.

Den teknologiske utviklingen går raskt, påpekte hun, og tannteknikerfaget vil sannsynligvis se ganske annerledes ut om 20 år.

Dekan Hans Jacob Rønold la vekt på at flyttingen ikke bare skal styrke fagmiljøet, men hele behandlingskjeden – og i siste instans kvaliteten for pasientene.

UiO vil videreutvikle kombinasjonen av håndverk, presisjon og materialkunnskap med odontologisk vitenskap, digitale arbeidsprosesser, 3D-teknologi og nye produksjonsmetoder.

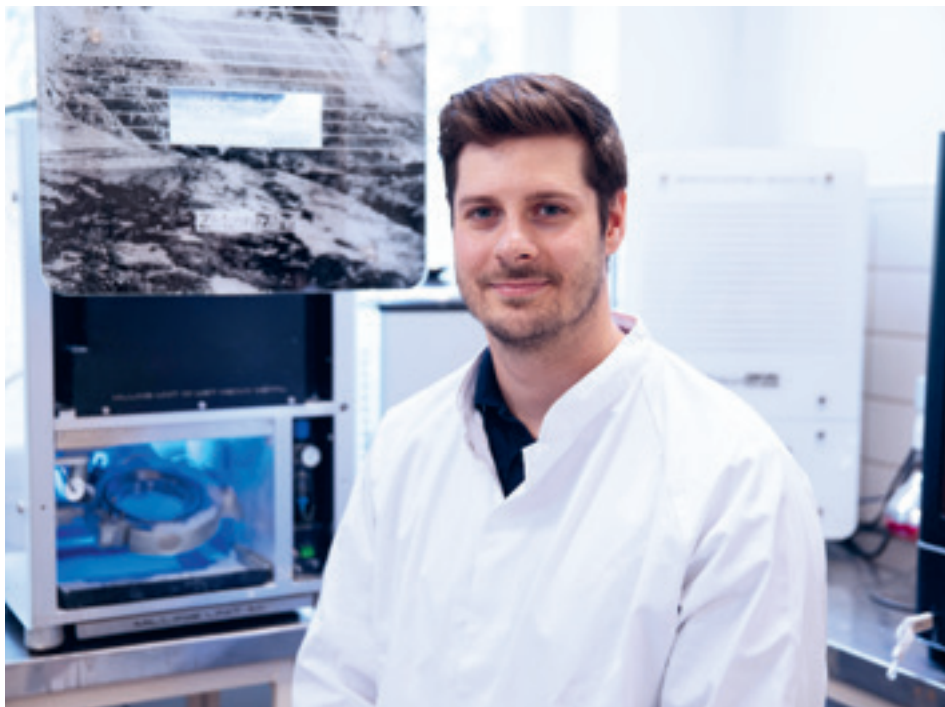
Fra bestilling til samarbeid

Tannteknikere spiller en sentral rolle i produksjonen av blant annet kroner, broer, implantatprotetikk og andre odontologiske hjelpemidler.

Noe av ambisjonen med den nye utdanningen er å trekke tannteknikeren tettere inn i behandlingsforløpet. Tannteknikerstudentene skal få større klinisk forståelse og mer innsikt i behandlingsvalg, materialvalg og pasientforløp.

For tannlegestudentene kan læringen gå motsatt vei: De kan få større forståelse for hva som skjer etter at den digitale filen eller avtrykket har forlatt behandlingsrommet – og hvilke kliniske valg som påvirker tannteknikerens arbeid.

Hvor tett studentene faktisk skal arbeide sammen, er ennå ikke helt avklart. Enkelte kurs blir felles, men det er ikke bestemt i hvilken grad tannteknikerstudentene skal møte pasienter sammen med tannlegestudentene.



Programansvarlig Torben Hildebrand ser frem til arbeidet med den nye studieplanen.
Foto: Marie Lindeman Johansen, Det odontologiske fakultet.

Nyutnevnt programansvarlig Torben Hildebrand mener nærheten mellom fagene uansett kan bidra til et felles språk.

– De vil utvikle et felles grunnlag og et felles språk som de kan bruke i det daglige arbeidet. Det gjør at de forstår hverandre bedre, og de kan lære av hverandres ulike perspektiver.

Hvis tannlege- og tannteknikerstudentene også får erfaring med å diskutere kliniske og tanntekniske løsninger sammen under utdanningen, kan terskelen for faglig dialog bli lavere når de senere kommer ut i arbeidslivet. Tannteknikeren kan i større grad bli en fagperson tannlegen konfererer med – ikke bare mottakeren av en bestilling.

Digital arbeidsflyt

Hildebrand beskriver ikke det nye studieprogrammet som et brudd med utdanningen ved OsloMet, men som en videreutvikling.

– Studentene skal fortsatt ha den praktiske kunnskapen som tannteknikerfaget krever, men de skal også bli gode på digitale arbeidsprosesser. KI er tatt inn i utdanningen, og det legges større vekt på digital arbeidsflyt i kombinasjon med en vitenskapelig tilnærming.

Studentene tas opp på grunnlag av generell studiekompetanse, og det er foreløpig ingen planer om særskilte krav i matematikk eller fysikk.

– Det er mye praktisk undervisning, og teorien læres i sammenheng med det studentene skal bruke den til.

Digitalisering og KI vil endre arbeidsoppgavene, men ikke behovet for faglig vurderingsevne, mener Hildebrand.

– Kunnskapen er selve grunnlaget. Noen arbeidsoppgaver kan bli mindre viktige, men tannteknikerne må fortsatt ha svært god faglig kompetanse. De må være kritiske og forstå hva som faktisk blir produsert. I tillegg må de kunne samarbeide godt med andre faggrupper.

Tannteknikerutdanningen ved OsloMet har tidligere hatt utfordringer med studenter som ikke har fullført. Hildebrand håper det nye studieprogrammet kan bidra til å endre dette.

– Konseptet er litt mer fleksibelt. Studentene trenger ikke å se tannteknikeryrket som det eneste mulige endepunktet. Utdanningen er litt mer åpen og har en sterkere vitenskapelig profil. Det kan gi større fleksibilitet og flere muligheter senere.

Internasjonalisering og utveksling er også en del av satsingen. UiO samarbeider blant annet med fagmiljøer



20 år gamle Puyan Farzian er én av fire mannlige studenter i det første kullet som skal studere tannteknikk ved UiO.

i Finland og med miljøer som arbeider med XR-teknologi, som bygger bro mellom den fysiske og digitale tann-
teknikerverdenen.

– Tannproteser, kroner og broer designes i dag i stor grad digitalt ved hjelp av CAD/CAM-programvare. Jeg håper internasjonalt samarbeid gjør utdanningen mer interessant for studentene og gir dem mer kunnskap om hvordan faget utvikler seg.

Populært fra første opptak

Tannteknikk var blant UiOs mest populære studier i årets opptak. 179 søkere hadde tannteknikk som førstevalg, og bare 25 fikk studieplass.

Puyan Farzian er én av studentene som skal begynne på den nye bachelorutdanningen i *Dentale materialer, design og prosesseteknikk – tannteknikk*.

Han valgte tannteknikk fordi han alltid har vært opptatt av detaljer, er fingernem og liker realfag og teknologi.

– I tillegg har jeg tannleger i familien og kjente til tannteknikeryrket fra før. Da jeg var yngre, fikk jeg være med og se hvordan tannteknikere jobber og syntes det var interessant.

At utdanningen nå ligger sammen med tannlege- og tannpleierutdanningen, var også en del av motivasjonen for å søke.

– Jeg hadde lyst til å bli en del av et stort odontologisk fagmiljø. Å få tilgang til moderne laboratorier, kliniske miljøer, forskere og studenter fra de andre tannhelse-
utdanningene er et stort pluss. Jeg vil lære om hele prosessen fra begynnelse til slutt.

Puyan trekker særlig frem kommunikasjonen mellom studentene.

– Nå er tannleger, tannpleiere og tannteknikere sammen helt fra starten, og vi spiser til og med i samme kantine. Det gir mange naturlige møtepunkter.

Han tror også at tannlegestudentene vil ha nytte av samarbeidet.

– Vi får mer forståelse for hverandres fagfelt. Tannlege-
studentene vil for eksempel kunne lære mer om hvordan de skal bestille arbeider fra oss.

Håndverk møter høyteknologi

I det nye tanntekniske laboratoriet på Ferdighetssenteret står det skannere, fresemaskiner, 3D-printere og tann-
tekniske modeller. Da utdanningen ble flyttet fra OsloMet til UiO, fulgte fem ansatte, arbeidsbenker og annet utstyr med.

Datastyrte produksjonsprosesser har allerede overtatt mye av arbeidet som tidligere ble gjort manuelt.

Puyan gleder seg særlig til den praktiske delen.

– Jeg gleder meg ekstra til å lære håndverket og ser frem til å kunne lage noe selv. Jeg er ikke redd for at kunstig intelligens skal ta over jobben vår. Vi må bare øke kompetansen. Fremtiden er spennende.

Så hvis jeg møter deg i 2029, hvor er du da?

– Tannteknikk kommer jeg til å holde på med resten av livet, så jeg er nok i jobb som tanntekniker. Men det kan hende jeg studerer videre, til tannlege. Jeg vil forstå alt!

Om noen år vil Puyan og de første tannteknikerne utdannet ved UiO sitte på den ene siden av den digitale arbeidsflyten og tannlegene på den andre. Da vil det vise seg om årene sammen under utdanningen har lært dem å forstå hverandres språk, muligheter og begrensninger.



Eller fakta?

Blant mye støy og usannheter er bladet du nå leser en viktig motvekt. Dette er ett av 230 fagmedier i Fagpressen – redaktørstyrte medier med journalister som har høy kunnskap om fagene og interessene du bryr deg om.

Som leser får du kvalitetsinnhold du kan stole på, både på papir og digitalt.



Ti-Max X Series



S-Max M Series



Ti-Max Z45L



Ti-Max Z Series



Verdensledende innen roterende instrumenter. **Kompromissløs kvalitet.**



#Ti-Max Z99L

Les om prisbelønte Ti-Max Z99L

Som verdensledende aktør med snart hundre års erfaring leverer NSK Nakanishi japansk presisjonsteknologi i absolutt toppklasse. Du får eksepsjonell kvalitet, ergonomi og lang holdbarhet i hver eneste detalj. Produktene er skapt for maksimal ytelse og ekstrem nøyaktighet i ditt daglige arbeid.

Velg utprøvd japansk kvalitet fra en global pioner.



Vi sees på stand B19.



Det er nærmest sjokkerende at 63 prosent uttrykker bekymring for fremtiden.

Privatpraktiserende tannleger er fornøyde – men bekymret for fremtiden

CARL CHRISTIAN BLICH, STYREMEDLEM I SENTRALT NÆRINGSUTVALG (SNU) I NTF

NTFs medlemsundersøkelse i privat sektor 2026 etterlater flere spørsmål.

I januar i år sendte NTF ut en spørreundersøkelse til privat sektor. Formålet med denne var å kartlegge forskjellige sider ved privat virksomhet, til nytte for foreningens videre arbeid. Det var også ønskelig å sammenlikne svarene med en tilsvarende undersøkelse som ble gjennomført i 2019. Man kan vektlegge de positive tilbakemeldingene, slik som at 90 prosent skårer høyt på trivsel og at 61 prosent er fornøyd med antall pasienter. Det er imidlertid andre tilbakemeldinger NTF må grave dypere i.

Først noen tørre tall. Undersøkelsen ble sendt ut til 3 359 tannleger, og 42 prosent av disse svarte. Sammenliknet med svarene fra 2019 ser vi følgende endringer:

- Andelen praksiseiere er lavere (44 prosent mot 55 prosent i 2019)
- Andelen assistenttannleger er høyere (52 prosent mot 37 prosent i 2019)
- Bare fire prosent er ansatt (mot syv prosent i 2019)
- Spesialistandelen i undersøkelsen er på 14 prosent, noe som er ganske

representativt sammenliknet med tall fra SSB

- Vi ser en økt sentralisering innenfor fylkene (57 prosent mot 48 prosent i 2019)
- Kvinner utgjør flertallet av respondentene - 57,6 prosent, mot 42,1 prosent menn

Arbeidstid

- 54 prosent jobber fulltid (33-40 timer). Dette utgjør hovedtyngden blant både kvinner og menn
- Mer enn 40 timer per uke: 31 prosent av mennene og 15 prosent av kvinnene
- Deltid (17-32 timer): 24 prosent av kvinnene og 14 prosent av mennene

Alder og rolle

- Praksiseiere: Den største gruppen er i alderen 50-59 år. Én av tre er 40-49 år
- Assistenttannleger: 88 prosent av disse er under 30 år

Inntekt

- Inntektsnivået er svært varierende
- Blant praksiseierne har 63 prosent

- personinntekt over 1,2 mill. og 13 prosent har over 2,5 mill.
- Blant assistenttannlegene oppgir 14 prosent personinntekt under 700 000
 - Tyngdepunktet for assistenttannlegene ligger imidlertid mellom 800 000 og 2,5 mill. 59 prosent hadde personinntekt over 1 mill.
 - Blant ansatte i eget AS tok overraskende mange ut høy lønn fremfor utbytte

Tannlegekjedene

- Det uttrykkes i noen grad skepsis til investoreide tannlegekjeder. Denne skepsisen ser imidlertid ut til å være størst blant tannleger utenfor kjedene
- Likevel opplever 24 prosent av «kjedetannlegene» omsetningspress (13 prosent i 2019)
- 10 prosent opplever krav om tilstedeværelse uten pasienter (seks prosent i 2019)
- 11 prosent opplever press på faglig autonomi (ni prosent i 2019)

Negative konsekvenser etter foreldrepermisjon

- 45 prosent av assistenttannlegene har hatt foreldrepermisjon
- Én av fire opplevde at dette førte til negative konsekvenser da de kom tilbake. Blant disse var flertallet utenfor kjede

Fritekst

Det var et betydelig antall svar i fritekst, og det er åpenbart stort engasjement blant kollegene. Her er noen eksempler,

der Tannlegeforeningen i flere tilfeller sitter langt fra beslutningene:

- Gjenopprette eller styrke velferdsordninger (statens tilskudd til sykehjelpsordningen er som kjent fjernet)
- NTF må vise tydeligere støtte til privat sektor
- Regulere kjededrift og beskytte faglig autonomi
- Forbedre Helfo og sørge for at støtten følger pasientene
- Synliggjøre privat sektor som nødvendig ressurs
- Sikre forutsigbarhet for investeringer, eierskap og fremtidig drift

Noen kommentarer til slutt

Jeg innledet med å skrive at man kan vektlegge de positive tilbakemeldingene. Det er imidlertid andre realiteter jeg, som tillitsvalgt, alltid har ment var viktigere for tannlegenes fagforening. Det er nærmest sjokkerende at 63 prosent av respondentene uttrykker bekymring for fremtiden. Vi vet ikke nok om grunnen(e) til dette, men regjeringens grep med å flytte finansieringen (bortimot 1 mrd.) til anslagsvis 480 000 unge voksne bort fra privat tannhelsetjeneste, har satt en støkk i 70 prosent av medlemsmassen. Foreningen har ikke oppnådd mye gjennom å motsi denne prioriteringen, og det lover ikke spesielt godt i forkant av en universell tannhelsetjeneste. Selvsagt skaper dette reaksjoner, ikke minst på sosiale medier, slik som «Oss tannleger imellom». Med bakgrunn i en rekke av fritekstsvarene opplever jeg usikkerhet hos mange kolleger som

har investert mye tid og penger i sine tannlegevirksomheter. Heldigvis skårer likevel 90 prosent høyt på «trivsel» og 61 prosent er fornøyd med antall pasienter. De fleste jobber også 33 til 40 timer per uke. Men, så er det de 39 prosentene som ønsker flere pasienter, da. De er ikke bare unge nyetablerte i Oslo eller Bergen. Dersom svarene fra 42 prosent av de spurte er representative (536 kolleger), så utgjør dette rundt 1 400 tannleger på landsbasis.

Svarene på dette (ønsker flere pasienter) fordeler seg slik:

- 20-29 år: 57 prosent (av 92)
- 30-39 år: 42,8 prosent (av 299)
- 40-49 år: 41,5 prosent (av 388)
- 50-59 år: 33,4 prosent (av 347)
- 60-69 år: 31 prosent (av 219)
- 70+: 21,3 prosent (av 47)

60 prosent av kvinnene og 40 prosent menn ønsker flere pasienter. 28 prosent arbeider i kommuner med færre enn 50 000 innbyggere. Blant flere av spesialistene er det også ønsket om flere pasienter.

Vi vet ikke hvor mange flere pasienter de 536 respondentene ønsker.

Vi vet heller ikke hva tannlegene fyller arbeidsdagene sine med.

SNU har spilt inn spørsmål til levekårsundersøkelsen (vedtatt av NTFs representantskap i 2025), som kan gi svar på dette.



Det viktigste er at privat tannhelsetjeneste står bedre rustet i dialogen med både myndigheter og pasienter.

Vil en prisliste være nok?

✍ JON ARNE GANGVIK-ØSTGÅRD, LEDER AV SENTRALT NÆRINGSUTVALG (SNU) I NTF

Diskusjonen de neste årene vil kanskje ikke først og fremst bare handle om hva tannbehandling koster, men mer om hvordan ressursbruken og kostnadene bak tannhelsetjenester kan beskrives.

Gjennom mange år har diskusjoner om økonomien i privat sektor naturlig nok handlet om pris. Hva skal en fylling koste? Er takstene riktige? Hvordan bør honorarene utvikles? Dette er relevante spørsmål, og de vil være sentrale også i årene som kommer. Likevel mener jeg at det er grunn til å utvide perspektivet. Den viktige økonomiske diskusjonen kan vise seg å dreie seg mindre om selve prisnivået, og mer om hvordan moderne tannhelsetjenester produseres, hvilke ressurser de krever, og hvordan kostnadene bak kan dokumenteres og forklares.

Privat tannhelsetjeneste har de siste årene gjennomgått en betydelig utvikling. Klinikken har investert i digital diagnostikk, CBCT, skannere, CAD/CAM, journalsystemer og stadig mer avansert teknologi. Kompetansekravene har økt, kvalitetskravene er blitt mer omfattende, og dagens klinikker er på mange måter høyteknologiske kunnskapsvirksomheter. Vi har modernisert behandlingen, mens beskrivelsen av økonomien bak har manglet den samme utviklingen.

Dagens takstsystem er et praktisk verktøy til å prise behandlinger. Det ble utviklet i en tid hvor hovedoppgaven var å fastsette honorarer, ikke å beskrive hvilke aktiviteter, ressurser og investeringer som ligger til grunn og hvordan disse påvirker kostnadsbildet. Når behandlingene blir mer komplekse, teknologien mer avansert og finansieringsmodellene trolig endres, er det, etter mitt syn, på høy tid med en mer tidsriktig prisdokumentasjon.

To komposittfyllinger kan ha samme takst, samtidig som ressursbruken er vesentlig forskjellig. Den ene kan være enkel og rask å gjennomføre. Den andre kan kreve omfattende diagnostikk, kofferdam, betydelig oppbygging, større materialforbruk og kreve langt mer tid fra både tannlege og behandlingsteamet.

En CBCT-undersøkelse illustrerer det samme fra en annen vinkel. Selve opp-taket tar kort tid, men krever betydelige investeringer i utstyr, programvare, serviceavtaler og vedlikehold. Her er det først og fremst kapitalbindingen og infrastrukturen som driver kostnadene.

Eksempelene illustrerer at dagens tannhelsetjenester bygger på svært ulike kombinasjoner av tid, kompetanse, materialer og kapital. Skal kostnadsbildet beskrives på en troverdig måte, må også disse faktorene synliggjøres. Dette er

ikke en problemstilling som er unik for tannhelsetjenesten.

Andre virksomheter arbeider mye med kontinuerlig å forstå hvilke aktiviteter som bruker ressurser, hvordan kostnadene utvikler seg og hvordan dette skal dokumenteres. Slike analyser brukes videre som grunnlag for virksomhetsstyring, investeringer og dialog med dem som finansierer virksomheten.

Ingen større virksomhet ville derfor trolig gått inn i viktige forhandlinger med bare en prislister. De ville mest sannsynlig møtt med et godt dokumentert grunnlag som ville forklare grundig hvilke ressurser som ligger bak og **hvorfor** kostnadsbildet er som det er.

Mitt poeng er ikke at privat tannhelsetjeneste skal bli lik industrien, men at andre virksomheter bygger viktige beslutninger på godt dokumenterte kostnadsgrunnlag. Det bør vi også kunne lære av.

Innen strategi og virksomhetsstyring gjelder at målesystemer ikke bare beskriver en virksomhet, men også påvirker hvordan virksomheten forstås, styres og utvikles. Alle viktige beslutninger bygger på et beslutningsgrunnlag, og kvaliteten på beslutningene er i stor grad avhengig av kvaliteten på dette grunnlaget. Skal investeringer prioriteres, virksomheter utvikles eller finansieringsordninger utformes, bør de bygge på en beskrivelse av virkeligheten som er mest mulig presis og etterprøvbart. Det gjør at dette handler om mer enn bare pris. Det dreier seg om hvilket grunnlag fremtidens finansieringsdebatt skal bygges på.

Det naturlige steget bør derfor være å utvikle et mer helhetlig økonomisk rammeverk for privat tannhelsetjeneste. Et mulig utgangspunkt kan være et felles kostnadsgrunnlag som beskriver ressursbruken og de viktigste kostnadsdriverne i moderne tannhelsetjenester. Dette kostnadsgrunnlaget kan danne grunnlag for en mer moderne prisdokumentasjon som viser hvordan prisene bygges opp, hvilke kostnader de bygger på og hvorfor de utvikler seg som de gjør over tid. En slik prisdokumentasjon kan igjen gi grunnlag for en mer troverdig priskommunikasjon overfor myndigheter, media, pasienter og andre som ønsker innsyn i hvordan tannhelsetjenester faktisk produseres.

Målet med dette innlegget er ikke å argumentere for høyere honorarer, men å utvikle en mer moderne og etterprøvbart prisstruktur, slik at prisene i privat tannhelsetjeneste enklere kan argumenteres for, ikke minst i et ikke usannsynlig møte med en statlig motpart.

Privat tannhelsetjeneste har gode forutsetninger for selv å ta initiativ til å utvikle et felles kostnadsgrunnlag, en mer moderne prisdokumentasjon og en tydeligere priskommunikasjon, før dette behovet blir definert eller styrt av andre.

Et slikt grunnlag vil ikke gi alle svarene, men det kan gjøre oss bedre rustet til å dokumentere hvilke ressurser som kreves for å levere moderne tannhelsetjenester, hvorfor kostnadene utvikler seg som de gjør, og hvordan dette påvirker prisene. Det vil gi oss et langt bedre grunnlag dersom fremtidige finansier-

ingsordninger skal forhandles. Det vil også kunne gjøre det enklere for pasienter å forstå hva de faktisk betaler for. Og det vil gi profesjonen et mer objektivt og etterprøvbart grunnlag til å diskutere prisutviklingen over tid.

Når lønnskostnader, materialpriser, teknologiinvesteringer, kapitalkostnader eller nye myndighetskrav endrer kostnadsbildet, vil en slik prisdokumentasjon gjøre det mulig å dokumentere sammenhengen mellom ressursbruk og prisutvikling. Det gir oss et vesentlig sterkere grunnlag for å forklare og begrunne prisendringer enn en prislister alene.

Det viktigste er derfor ikke en ny prismodell.

Det viktigste er at privat tannhelsetjeneste står bedre rustet i dialogen med både myndigheter og pasienter. Med et godt dokumentert kostnadsgrunnlag blir det lettere å forklare hvorfor prisene er som de er, og hvorfor de må utvikle seg i takt med økte lønns-, teknologi-, kvalitets- og kapitalkostnader.

En god prisdokumentasjon skaper ikke nødvendigvis høyere priser. Men den kan skape større forståelse for dem.



Er 2026 året du vurderer et større faglig fellesskap på Innlandet?

Vi vil gjerne å bli bedre kjent med tannleger som har tilhørighet til Lillehammer, Brumunddal, Hamar eller Stange. Er det deg? Ta kontakt for en uforpliktende prat over en god kopp kaffe.



Skann QR-koden og les mer om mulighetene.

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening

Arendalsuka 2026:

NTF på det politiske dansegulvet

Arendalsuka har på få år blitt en av de viktigste arenaene hvor politikk, organisasjoner, academia, næringsliv og befolkningen kan møtes. For Den norske tannlegeforening (NTF) handler deltagelsen om å påvirke, lytte, lære og bygge relasjoner i en periode der utviklingen av norsk tannhelsetjeneste skjer i et tempo vi knapt har sett tidligere.

 **TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSSJEF NTF**

Siden Tannhelseutvalget la frem sin NOU høsten 2024, har tannhelse beveget seg høyere opp på den politiske dagsordenen. Flere partier ønsker økt offentlig finansiering og regjeringen har varslet videre oppfølging av anbefalingene fra utvalget. I løpet av vinteren ventes også en høring om endringer i lovverket og forslag til nye finansierungsordninger. Mange av diskusjonene på Arendalsuka ga et tydelig bilde av hvilke politiske prioriteringer og dilemmaer som vil prege debatten fremover.

For NTF var det viktig å få slått fast at eventuelle reformer må bygge på kunnskap, kapasitet og kvalitet. Skal flere få rettigheter og offentlig støtte, må det samtidig sikres at tilbudet er av høy kvalitet og kan leveres av en samlet tannhelsetjeneste. Disse spørsmålene var derfor sentrale i møtene og samtalene NTF deltok i.

Debatt om fremtidens tannhelsetjeneste

I NTFs eget arrangement «Fremtidens tannhelsetjeneste – status quo et quo vadis?» inviterte vi til en panelsamtale hvor blant annet helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre deltok. Debatten tok utgangspunkt i den raske utviklingen vi har sett de siste årene og hvor veien skal gå videre. Kommer det mer finansiering? Hvordan skal ressursene brukes? Hvilken rolle skal offentlig og privat sektor ha? Og hvordan sikrer vi rekruttering og utdanning av fremtidens tannleger?

Samtalen viste at det er bred enighet om målet om bedre tilgang til tannhelsetjenester, men langt større uenighet om veien dit. Alle

understreket behovet for å bruke den samlede kapasiteten i både offentlig og privat sektor, samt hvordan universelle og målrettede løsninger kan påvirke sosiale forskjeller.

For NTF var debatten en viktig anledning til å minne om at tannhelsetjenesten ikke kan reformeres på papiret alene. Skal endringene lykkes, må de være forankret i faglige vurderinger, realistiske analyser og kunnskap om hvordan tjenesten faktisk fungerer.

Munnhelse på agendaen

Det var også interessant å se hvor mange arrangementer som i år berørte tannhelse og munnhelse, direkte eller indirekte.

Det ble reist spørsmål om hvem som skal gjøre jobben i fremtidens tannhelsetjeneste, og hvordan en utvidet offentlig finansiering vil påvirke ventetider, pasienttilgang og samspillet mellom offentlig og privat sektor. Flere pekte på erfaringer fra Sverige, hvor det nye takstsystemet og rammene for samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste har skapt betydelig debatt og store utfordringer.

Diskusjonene belyste både kompetanse- og rollefordeling, og hvordan munnhelse kan integreres bedre i den øvrige helsetjenesten. Sammenhengen mellom oral helse og generell helse er godt dokumentert, men organiseringen av tjenestene gjenspeiler fortsatt i praksis i begrenset grad denne kunnskapen.

Et annet viktig perspektiv kom frem under arrangementet «Helsetoppmøtet», hvor det ble stilt spørsmål om hvor grensen går for et

individuelt helseproblem til å bli en folkehelseutfordring og et samfunnsansvar. At over 350 000 nordmenn oppgis å la være å oppsøke tannlege på grunn av kostnader, illustrerer hvorfor tannhelse nå har fått en mer sentral plass i den helsepolitiske debatten.

Forskning som skaper verdi

For NTF var det også nyttig å følge debatter innen beredskap, bærekraft, høyere utdanning, forskning, digitalisering og innovasjon.

Norge investerer betydelige ressurser i forskning, men mange mener at landet ikke får nok verdiskaping tilbake for investeringene. Hvordan kan forskning tas raskere i bruk? Hvordan kan forskerkompetanse utnyttes bedre i arbeidslivet? Og hvordan sikrer vi at ny kunnskap faktisk fører til bedre tjenester?

Disse spørsmålene sto også sentralt i debatten om arbeidet med strategien *Sammen om kunnskapsløft for oral helse*, som nå nærmer seg slutten. Her ble det gjort en viktig statusgjennomgang av hva som er oppnådd innen forskning og innovasjon i tannhelsetjenesten, men også hvilke utfordringer som fortsatt gjenstår.

For NTF er dette særlig relevant fordi fremtidens tannhelsetjeneste må bygge på en sterk sammenheng mellom forskning, utdanning og klinisk praksis. Kunnskap som blir liggende i rapporter og forskningsartikler skaper liten verdi. Først når den tas i bruk i tjenesten, kommer den pasientene til gode. God og klinisk relevant vitenskap er et fundament for en kvalitativ god, akademisk tannlegeutdanning. Dette fordrer at universitetene har nok ressurser og er en attraktiv arbeidsplass for tannleger i fremtiden.

Kunnskap som grunnlag for politikk og tillit

Et gjennomgående tema under Arendalsuka var betydningen av kunnskapsbaserte beslutninger i en tid der fakta stadig utfordres. Norge er et samfunn med høy tillit mellom innbyggere, myndigheter, forskningsinstitusjoner og medier. Men flere innledere pekte på at også Norge påvirkes av internasjonale trender med økende polarisering og større avstand mellom beslutningstakere og befolkningen.

Flere arrangementer diskuterte forholdet mellom forskning, demokrati og politiske beslutninger. Det ble stilt spørsmål ved hvordan samfunnet kan bevare tilliten til ekspertise når algorit mestyrte plattformer, desinformasjon og polarisering preger den offentlige samtalen.

Disse diskusjonene er relevante også for tannhelsetjenesten. Faglige råd og behandlingsanbefalinger bygger på forskning og dokumentert kunnskap. Når tilliten til eksperter eller forskningsbasert kunnskap svekkes, får det konsekvenser langt utover akademia. Pasientene må ha tillit til behandlerne, befolkningen må ha tillit til faglige råd, og myndighetene må ha tillit til profesjo-



Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre i samtale med NTFs president Heming Olsen-Bergem under NTFs debatt om fremtidens tannhelsetjeneste i Arendal.

nenes vurderinger. Budskapet var tydelig: Norge har fortsatt høy tillit sammenlignet med mange andre land, men tillit kan ikke tas for gitt.

Relasjoner som varer lenger enn debattene

Arendalsuka handler også mye om det som skjer mellom arrangementene. Godt samarbeid bygges sjelden bare i møterom og formelle paneldebatter. Mange av de viktigste samtalene foregår på kaier, kafeer, frokostmøter og mottakelser. Det er her nye relasjoner etableres, gamle bekjentskaper styrkes og ideer utvikles videre.

For NTF var det spesielt hyggelig å tilbringe uken sammen med representanter fra de andre Akademikerforeningene, og ikke minst med Medvind, som fra 2027 blir vår nye samarbeidspartner for landsmøtet. Medvind inviterte oss til å bo på båten som fungerte som både overnattingssted og møteplass gjennom uken. Det ga gode muligheter til å bli bedre kjent før samarbeidet for alvor starter.

Da passer kanskje metaforen om det politiske dansegulvet godt. Arendalsuka handler om å være til stede når nye partnerskap oppstår, når ideer brytes mot hverandre og når fremtidens politikk formes. For NTF er deltakelsen derfor ikke et spørsmål om synlighet alene, men om å bidra aktivt til utviklingen av en kunnskapsbasert, bærekraftig og fremtidsrettet tannhelsetjeneste.

Sjansen er derfor stor for at vi kommer tilbake også neste år.

Den komplekse pasienten i sentrum på årets digitale fagdag

Rundt 400 tannleger fra hele landet deltok på digital fagdag om hvordan komplekse pasientforløp kan håndteres, fra den første konsultasjonen til rehabilitering, vedlikehold og langtidsoppfølging.

 **TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSSJEF NTF**

Mange tannleger møter pasienter med sammensatte utfordringer, der biologiske, funksjonelle, psykososiale og økonomiske faktorer påvirker både behandlingsmuligheter og prognoser. Årets fagprogram tok utgangspunkt i nettopp disse situasjonene og viste hvordan systematisk diagnostikk, god kommunikasjon og helhetlig planlegging kan bidra til bedre behandlingsresultater.

Den røde tråden gjennom behandlingsforløpet

Programmet belyste betydningen av grundig kartlegging og diagnostikk, som grunnlag for gode kliniske beslutninger, og hvordan behandlere kan skape oversikt i situasjoner som ved første øyekast kan framstå uoversiktlige og krevende.

Fagprogrammet løftet frem vurderinger knyttet til bevaring eller ekstraksjon av tenner, bruk av midlertidige løsninger, rehabilitering og langsiktig vedlikehold. Samtidig ble det understreket at vellyk-

kede behandlingsforløp ikke bare handler om odontologiske vurderinger, men også om pasientens motivasjon, mestringsevne og forutsetninger for å følge opp behandlingen.

Tverrfaglig samarbeid var en annen viktig rød tråd. Flere av foredragene viste hvordan samarbeid mellom allmenntannleger og spesialister kan bidra til mer forutsigbare behandlingsforløp og bedre resultater for pasienten. Gode spørsmål fra deltakerne og grundige paneldiskusjoner ga nyansert og grundig innsikt i ulike synspunkter og faglige innfallsvinkler i de aktuelle kasusene.

Læring av erfaringer

Årets program viet også plass til behandlinger som ikke går som planlagt. Gjennom analyser av kasus med uønskede utfall ble deltakerne invitert til refleksjon rundt risikovurdering, komplikasjoner og hvilke læringspunkter som kan tas med videre inn i egen praksis.

Dagen ble avsluttet med et helhetlig pasientkasus som samlet trådene fra fagprogrammet og illustrerte hvordan vurderinger og beslutninger i de ulike fasene påvirker det endelige resultatet. Det ble også diskutert hvordan behandlingsmål må tilpasses den enkelte pasients situasjon, og at den ideelle løsningen ikke alltid er den mest realistiske.

En verdifull digital møteplass

Den digitale fagdagen har etablert seg som en viktig arena for faglig oppdatering og erfaringsutveksling. Som tidligere år viste fagdagen styrken i det digitale formatet. Deltakerne kunne følge foredragene uansett hvor i landet de befant seg, stille spørsmål underveis og kan ikke minst se foredragene i opptak i opptil fire uker i etterkant.



60 Years X-ray. Follow us into the future.



60 YEARS X RAY

Følg oss!



Feire med oss og la praksisen din skinne.

Vi har satt nye standarder innen tannbehandling i 60 år - med en komplett portefølje av innovativ røntgenteknologi som støtter deg med AI-funksjoner, for eksempel, og gjør praksisen din sikker for framtiden.

Mer på duerrdental.com/60years

 **DÜRR
DENTAL**
THE BEST, BY DESIGN

Kollegahjelperne samlet til seminar: Styrker en viktig støtteordning for tannleger

Å være tannlege kan være krevende av mange årsaker. NTFs kollegahjelpsordning skal sikre at man ikke trenger å møte utfordringene alene.

 **TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSSJEF I NTF**

Sykdom, utbrenthet, konflikter på arbeidsplassen, personlige kriser, pasientklager eller negativ medieoppmerksomhet kan gjøre arbeidshverdagen som tannlege krevende. Som førstelinje i helsetjenesten kan man også oppleve pasienter som har vært utsatt for vold eller står i en i krise, eller man kan være vitne til ulykker eller andre situasjoner som kan gjøre sterke inntrykk. Da kan det være godt å snakke med en kollega som kjenner yrket og forstår utfordringene.

Seminaret startet med erfaringsutveksling og oppsummering av arbeidet fra de siste to årene.

Kurs giver var spesialpsykolog Rune Stuvland, daglig leder ved Senter for Stress og Traume psykologi. Med mer enn 25 års erfaring fra arbeid med kriser og traumatiske hendelser ga han deltakerne innsikt i stressreaksjoner, sekundærtraumatisering og håndtering av traumatiske hendelser. Deltakerne fikk også reflektere over hvordan de selv kan ivareta egen helse og belastning i møte med mennesker som har det vanskelig.

Gjennom foredrag, diskusjoner og konkrete eksempler arbeidet deltakerne med spørsmål som: Hvordan gjennomfører man en god støttesamtale? Hvilke reaksjoner er vanlige hos mennesker som



18. og 19. august var rundt 20 av NTFs kollegahjelpere samlet i Oslo. Gjennom erfaringsutveksling, foredrag og diskusjoner fikk deltakerne anledning til å styrke både kompetanse og nettverk.

opplever stress eller kriser? Og hvordan kan man som kollegahjelper bidra på en måte som hjelper uten å ta over ansvaret?

En viktig påminnelse gjennom kurset var at kollegahjelperne ikke skal fungere som behandlere eller rådgivere i juridiske spørsmål. Rollen handler først og fremst om å være en støttespiller, bidra med veiledning og hjelpe kollegaen videre dersom det er behov for annen profesjonell bistand.

Seminaret ga også anledning til å diskutere hvordan NTF kan senke terskelen for at medlemmene kan be om hjelp. Mange ønsker å klare seg selv, samtidig som det ofte er knyttet skam til å oppleve at man ikke mestrer arbeidssituasjonen slik man ønsker. Derfor er det viktig at medlemmene kjenner til at tilbudet finnes og at det er enkelt å ta kontakt.

På programmet sto også en orientering om Air, et nytt medlems-tilbud gjennom Akademikerne Pluss. Se faktaboks.

Kollegahjelpsordningen er et tilbud til alle medlemmer i NTF som trenger støtte og veiledning i en utfordrende situasjon. Ordningen er forankret i lokalforeningene, og kollegahjelperne er tannleger som har sagt ja til å stille opp for kolleger som trenger noen å rådføre seg med. Tilbudet er basert på tillit, fortrolighet og kollegial støtte. Kollegahjelpere har taushetsplikt. Les mer: www.tannlegeforeningen.no/kollegahjelp

Om A+ Arbeidslivsmestring

NTFs medlemmer har gjennom Akademikerne Pluss mulighet til å benytte seg av tilbudet A+ Arbeidslivsmestring.

Tilbudet er ment for medlemmer som opplever utfordringer som påvirker jobb og fritid og består av inntil tre individuelle, gratis veiledningssamtaler med erfarne fagfolk som ser hele deg og din situasjon. Les mer: www.akademikernepluss.no/arbeidslivsmestring

Stipend til odontologiske utenlandsopphold



Minnefond for Knut og Liv Gard
og for Frans Berggren

Har du planer om odontologiske studieopphold i utlandet eller å representere norsk odontologi i internasjonale møter? Da har du muligheten til å søke om stipend fra Minnefond for Knut og Liv Gard og for Frans Berggren (søknadsfrist 1. november)

Minnefondets formål er å fremme kontakten mellom norsk og internasjonal odontologi ved å yte stipender til medlemmer av NTF for studieopphold i utlandet eller representasjon av norsk odontologi på internasjonale møter.

Fondet er søkbart for 2027, og søknad om bidrag fra stiftelsen må være innsendt NTF innen 1. november 2026.



**Den norske
tannlegeforening**

Mer informasjon om fondet og
lenke til søknadsskjema finner du på
www.tannlegeforeningen.no/fond

Medlemsundersøkelsen i privat sektor 2026:

Tydelige strukturelle endringer – halvparten av assistenttannlegene jobber i en investoreid kjede

 **TONE GALAASEN, ADVOKAT I NTF**

En foreløpig smakebit fra undersøkelsen i privat sektor ble presentert i artikkelen «Høy trivsel – men tydelige bekymringer» (Tidende 3/2026). Her er noen av funnene etter videre analyser, og utviklingstrekk siden en tilsvarende medlemsundersøkelse i 2019.

Betydelig økning i de investoreide kjedene

52 prosent av tannlegene i privat sektor er næringsdrivende såkalte assistenttannleger (oppdragstakere eller leietannleger), som jobber hos en praksiseier.

En av de mest markante utviklingstrekkene, er at 47 prosent av assistenttannlegene er oppdragstakere i en investoreid kjede. Til sammenlikning gjaldt dette kun 11 prosent av alle tannlegene som besvarte undersøkelsen i 2019.

Resultatene viser at spesialister er kraftig overrepresentert i kjedene. Over 70 prosent av spesialistene som er assistenttannleger, jobber i en investoreid kjede. I 2019 jobbet en av fem spesialister i en kjede.

Over en av tre tannleger i kjedene har tidligere vært praksiseiere og solgt til kjeden. Om lag åtte av ti praksiseiere svarte både i 2019 og 2026 at de ikke vurderte å selge klinikken til en investoreid kjede.

Færre praksiseiere – flere næringsdrivende assistenttannleger

Økt kjededannelse er antakelig en av hovedårsakene til at andelen praksiseiere, eller tannlegееide klinikker, har falt fra 55 % til 44 % siden 2019. Samtidig har andelen assistenttannleger økt fra 37 % til noe over halvparten.

Kraftig økning i kvinneandel, og kjønnsutjevning blant praksiseierne

I samme syvårsperiode har kvinneandelen økt fra 51 til 58 prosent. Blant assistenttannleger er nær to av tre kvinner.

Det har vært en kjønnsutjevning blant praksiseierne. Selv om en høyere andel av de mannlige tannlegene etablerer eller kjøper egen tannklinikk, er om lag like mange kvinner og menn nå praksiseiere. Det var 42 prosent kvinnelige praksiseiere i 2019.

Hvorfor ansettes ikke flere tannleger i privat sektor?

Det er fortsatt en marginal andel ansatte tannleger i privat sektor. Tannleger i kjedene ansettes ikke i større grad enn tannleger utenfor kjedene.

Av kun fire prosent ansatte tannleger er litt over halvparten ansatt hos praksiseier som er tannlege, om lag en tredel i en investoreid kjede, og resten i annen privat virksomhet/organisasjon.

Kun én av fem assistenttannleger ville ha valgt å være ansatt arbeidstaker, men med tydelige forskjeller mellom ulike grupper.

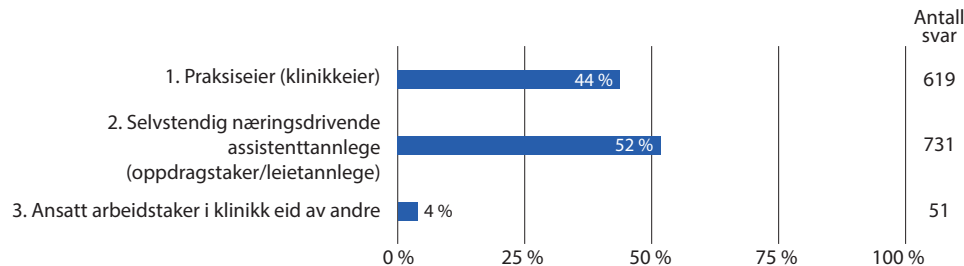
Blant dem som ville ha valgt ansettelse, er hele åtte av ti kvinnelige tannleger. Mens en av fire kvinnelige assistenttannleger ønsker å være ansatt, gjelder dette kun en av ti menn i samme posisjon.

Nærmere 30 prosent i alderen 30-39 år ønsker ansettelse, uavhengig av kjønn. Jo høyere alder, desto færre ønsker ansettelse.

I de investoreide kjedene, ville om lag en av ti tidligere praksiseiere som har solgt til kjeden, heller ha vært ansatt. Blant øvrige oppdragstakere i kjedene, gjelder dette en av fire.

5. Hvilken kategori i privat sektor tilhører du?

Kategori 2 er selvstendig næringsdrivende tannleger med ENK/AS, som har en oppdragstaker- eller leietannlegeavtale med en praksiseier. Kategori 3 er arbeidstakere med en ansettelsesavtale i privat sektor. Hvis du er en kombinasjon av kategoriene, velg det som er din hovedinntektskilde.



Også spesialistene skiller seg ut, ved at bare en av ti ville ha foretrukket å være ansatt, fremfor å være næringsdrivende. Blant kjeveortopedene, som er den klart største av spesialitetene, gjelder dette en av fem.

Mange påpeker at spørsmålet om ansettelse avhenger av lønns- og arbeidsvilkår.

Nesten alle assistenttannlegene jobber kun for én praksiseier

Mer enn åtte av ti assistenttannleger jobber kun for én praksiseier, som i 2019.

Tannleger har sjelden kombinerte inntekter, både som næringsdrivende og ansatt arbeidstaker, ikke medregnet dem som er ansatt i eget AS. For spesialister er dette mer vanlig, og gjelder litt over en av fire.

Tannleger utenfor byene har i all hovedsak «nok» pasienter

Andelen tannleger i byer, definert som 50 000 innbyggere eller mer, har økt fra 48 til 57 prosent siden 2019.

Utenfor byene har tannleger i all hovedsak et tilstrekkelig pasient- og inntektsgrunnlag. Nesten tre av fire har «nok» eller for mange pasienter. Det er vesentlig høyere konkurranse i byene, hvor nesten halvparten av tannlegene ønsker flere pasienter.

Hva kjennetegner spesialistene?

I privat sektor er 14 prosent av tannlegene spesialister, omtrent som i 2019. De er jevnt over mer fornøyd med pasientgrunnlaget, og har til dels også adskillig høyere inntekter enn allmenntannlegene. Det er relativt store forskjeller mellom spesialitetene, som ikke beskrives nærmere her.

Om lag fire av ti spesialister er praksiseiere. Resten er i all hovedsak assistenttannleger, og som nevnt kraftig overrepresentert i kjedene. Svært få er ansatt i klinikk eid av andre.

Spesialister er naturlig nok eldre enn allmenntannlegene, og svært få er under 40 år. To av tre er i aldersgruppene 40–49 og 50–59 år. En av fire spesialister er 60 år eller eldre.

Urovekkende andel negative erfaringer etter foreldrepermisjon

Nærmere halvparten av assistenttannlegene har hatt foreldrepermisjon. Hele en av fire oppgir at permisjonen førte til negative jobbmessige konsekvenser. Resultatene viser betydelige kjønns- og aldersforskjeller.

Nærmere en av tre kvinnelige assistenttannleger som har hatt foreldrepermisjon, har opplevd negative konsekvenser, mens det for menn gjelder noe over en av ti. Av tannleger under 40 år gjelder dette en av tre, uavhengig av kjønn.

Mer enn fire av ti fikk ikke tilbake «nok» pasienter. Over en av fem svarer at «praksiseier beholdt tannlegen som var vikar for meg». Flere har dessverre også opplevd at praksiseier sa opp kontrakten, eller at de ble presset til å slutte frivillig. En relativt høy andel opplevde også andre negative konsekvenser.

Resultatene gir grunn til å understreke at likestillings- og diskrimineringsloven gjelder på samme måte for oppdragstakere som for ansatte arbeidstakere.

Gjennomgående høy trivsel blant tannleger i privat sektor

Et funn som nyanserer bildet av en bransje i endring, er gjennomgående høy trivsel blant tannlegene i privat sektor. Nesten ni av ti praksiseiere og assistenttannleger svarer at de trives godt eller veldig godt, til tross for utfordringer og fremtidsbetyrninger.

Et solid faktagrunnlag av stor betydning for NTF

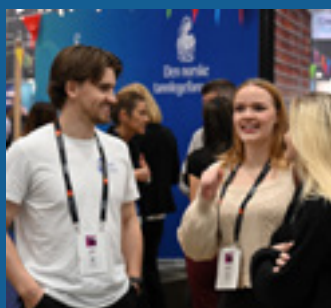
De samlede resultatene gir et solid grunnlag for NTFs videre arbeid og prioriteringer, for å ivareta alle tannleger i privat sektor på best mulig måte.

Undersøkelsen gir langt flere svar om en sammensatt bransje, enn det som er mulig å gjengi her. Et solid faktagrunnlag bidrar til å bekrefte eller avkrefte antakelser og myter om privat tannhelsetjeneste.

Resultatene vil bli brukt som underlagsmateriale også i den benyttede arbeids- og levekårsundersøkelsen, som vil omfatte både privat og offentlig sektor.

VELKOMMEN TIL NORDENTAL

29. - 31. oktober 2026
Stavanger Forum



Vi ser frem til å samle hele den norske dentalbransjen på Stavanger Forum.

Sett av tid til en innholdsrik dentalutstilling med gode tilbud fra sentrale leverandører, underholdning og interaksjon med utstillere.

Bli inspirert, møt kollegaer og gjør en god handel!

For mer informasjon se www.tannlegeforeningen.no/nordental

ÅPNINGSTIDER

Torsdag	29. okt	kl. 0900 - 1700
Fredag	30. okt	kl. 0900 - 1830
Lørdag	31. okt	kl. 0900 - 1400



NORDENTAL

Endringer kan forekomme. Se www.tannlegeforeningen.no/nordental for oppdatert liste

Utstillere
Admetec
Align Technology
Anestesispesialisten.no
Anita Systems
Artinorway Gruppen
Azets Insight AS
Bivirkningsgruppen - NIOM
Bryant Dental
Celeste Dental
Centrix
Clark Dental
Clinitech
Colgate-Palmolive
Colosseum Tannlege
Coltene
Den norske tannlegeforening
Dental Direct
Dental Pluss AS
Dental Sør
DentalCall
DentalSpar AS
Dentalum
DentFriends
Dentio
Dentsply Sirona
Dürr Dental
EMS Nordic
Ergo Optikk
Ferrule Media
Finansco
Flux
Front Payment
Gjensidige tannforsikring
GUM®
Handelsbanken
Health Workers AS
Helfo
HuFriedy Group
Jacobsen Dental AS
Jordan
Knowyn
Kuraray Noritake Dental

Utstillere
Leger Uten Grenser
LIC Scadenta
Majoar Dental
MedicVision Optikk
Muntra
Neo Dental
Nobel Biocare
Norsk helsenett (NHN)
Norsk Tannpleierforening
Novus Dental AS/Curaprox
NSK Nordic
OC Tannklinikker
Odonto
Opus Dental
Optergo
Ordoline
Oris Dental
Plandent AS
Praxis Arbeids- og Fritidsklær AS
Proteket
Sensodyne / Parodontax
Solventum
Sonett
Storebrand
Straumann
SurgiMag Norge
Svea Bank
Swedbank Pay
Tannhelse Rogaland
Tannhelsesekretærenes Forbund
Tannhelsetjenestens kompetansesentre
Tannlab AS
Tannlegenes Gjensidige Sykeavbruddskasse
Technomedics AS
Telavox
TePe Nordic AB
Tonne Dental AS
Trinnvis
Unident AS
W&H Nordic
Zeiss
Zirkonzahn

Næringspolitisk forum 2026

✍ DAG KIELLAND NILSEN, ADVOKAT I NTF

SNU-leder Jon Arne Gangvik-Østgård ønsket velkommen og ledet et arrangement med interessante og aktuelle innlegg.

President Heming Olsen-Bergem orienterte om aktuelle saker og var blant annet innom temaer som utfordringer både geopolitisk og tannhelsepolitisk, tannhelsereformen, Arendalsuka, offentlig/

privat samarbeid og NTFs fokus på at privat sektor er nødvendig for å lykkes med en tannhelsereform. Han viste her til at dette også ble presisert av helseminister Vestre under Arendalsuka.

Lars Duvaland, advokat og leder av avdeling for jus og arbeidsliv i Legeforeningen, orienterte om fastlegers og avtalespesialisters



Næringspolitisk forum ble avholdt 17. og 18. september på Clarion Hotel The Hub i Oslo. Foruten Sentralt næringsutvalg (SNU), som står for arrangementet deltok representanter for privat sektor fra de aller fleste lokalforeninger og deler av NTFs hovedstyre og sekretariat. Foto: Tonje Camacho

avtaler og forhandlinger med myndighetene. Det var et nyttig og interessant innblikk i sammensatte avtaler med mange elementer. Legeforeningen har både staten, helseforetakene og kommunene som avtalemotparter i krevende forhandlinger. For NTF er dette svært interessant med tanke på kommende høringsnotat om tannhelsereformen senere i høst.

Fra NTFs sekretariat holdt spesialrådgiver Christian Pollock Fjellstad et engasjerende innlegg om prosessen med tannhelsereformen så langt, og sannsynlig prosess videre. Han løftet også frem NTFs posisjoner og viktige problemstillinger i det videre arbeidet.

Advokat Dag Kielland Nilsen fra NTFs sekretariat orienterte om ulike modeller for offentlig/ privat samarbeid der det offentlige kjøper tannhelsetjenester fra privat sektor. Det er en del eksempler på slike samarbeid, og det kan bli enda mer aktuelt dersom flere nye grupper får rettigheter ved økt statlig finansiering. Sekretariatet utreder mulighetene for slikt samarbeid. Det har vært litt diskusjoner om krav til kunngjøring og mulighetene til å inngå samarbeid der pasientene kan velge tannlege. Det er etter NTFs syn klart at kunngjøringsplikt følger uansett av Tannhelsetjenesteloven og at det er fullt mulig med samarbeidsmodeller der pasienten kan velge tannlege.

Carl Christian Blich, som sitter i SNU, orienterte om sentrale funn i medlemsundersøkelsen i privat sektor gjennomført i vår.

Undersøkelsen viser blant annet at mange tannleger ønsker flere pasienter. Det kan være grunn til å undersøke nærmere årsakene til dette, antall tannleger og hva de bruker tiden til. Det publiseres egne artikler i Tidende, både fra Blich og fra NTFs sekretariat om viktige funn i undersøkelsen.

Jørn Andre Jørgensen orienterte om prosjektet DigiDot der den offentlige tannhelsetjenesten har gått sammen om å utvikle et nytt journalsystem for offentlig sektor.

Jenny Gundersen, Anna Lena Løbakk og Ellen Cathrine Mork-Knutsen fra SNU orienterte om SNUs arbeid med et næringspolitisk policydokument. Et slikt policydokument skal synliggjøre NTF syn på rammevilkår knyttet til næringsdrivende tannleger.

SNU-leder Jon Arne Gangvik-Østgård takket deltakerne for innsatsen. Han viste også til det kommende arbeidet med tannhelsereformen senere i høst, og oppfordret til felles innsats fra alle tannleger i foreningen: «Skal vi lykkes med det som ligger foran oss, bør vi nå legge forskjellene til side og stå sammen, som kolleger, tannleger og som forening. Det er kun gjennom en samlet og sterk forening vi vil ha størst mulighet til å nå frem.»

Det ble to interessante dager, og deltakerne rakk knapt hjem før de ble invitert tilbake til Storforum i november, for videre arbeid med tannhelsereformen.



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

Arbeidsliv

Tre naboland – tre veivalg

– reisebrev fra årets nordiske møte

 JOHN FRAMMER, FORHANDLINGSSJEF OG ADVOKAT I NTF

De skandinaviske møtene har en egen verdi. Vi deler språk, historie og profesjon – og ofte også de samme grunnleggende utfordringene. Årets møte mellom ansatte tannleger i Norge, Sverige og Danmark viste samtidig at tannhelsetjenestene i de tre landene utvikler seg i ulike retninger. Nettopp derfor blir møtene viktige: De gir anledning til å forstå egne valg i lys av nabolandenes erfaringer, og til å se hvilke utviklingstrekk som er felles – selv når løsningene er forskjellige.

Sverige: Strammer til

Fra svensk side var det særlig regulering, arbeidsorganisering og markedsendringer som preget samtalene. Med bakgrunn i økende bekymring for kriminelle forhold i bransjen ble det tegnet et bilde av et tannhelsemarked som i større grad strammes inn og formaliseres. Fra 1. januar 2026 gjelder krav om konsekvens for å drive privat tannhelsevirksomhet, med tydelige krav til klinikkorganisering, systemer og kompetanse – også innen arbeidsrett. Alt må være på plass og kunne dokumenteres før søknaden behandles.

Så langt i 2026 er kun én aktør godkjent, og uten forutsigbar saksbehandlingstid oppleves ordningen som krevende for nye etablerere. Samtidig ligger arbeidstiden fast på 40 timer per uke, uten inkludert lunsj, og det synes å være begrenset vilje til reduksjon. Om lag 70 prosent av arbeidstiden er klinisk, med journalføring som en integrert del av arbeidet.

Samtidig skjer det en tydelig strukturendring i privat sektor. Andelen oppdragstakere er redusert fra rundt 50 prosent i 2018 til om lag 25 prosent i dag. Dermed er tre av fire tannleger i Sverige nå ansatte. I kombinasjon med sterkere kjedestrukturer peker utviklingen mot et mer arbeidsgiverstyrt og regulert

tannhelsemarked, med mindre rom for individuelle etableringer og mer standardiserte arbeidsformer.

Danmark: Reform og marked

I Danmark er bildet annerledes, men også her er endringene store. En ny tverrpolitisk avtale om voksentannpleien, inngått rett før jul, er nå under innfasing. Reformen innebærer en betydelig utvidelse av offentlig finansiering og har som ambisjon å nå flere av dem som i dag står utenfor tannhelsetjenesten. Rundt 30 prosent av befolkningen oppsøker ikke tannlege i dag, og reformens gjennomslag vil derfor avhenge av både finansiering, kapasitet og faktisk tilgjengelighet.

Tallene illustrerer spennvidden: I dag brukes rundt 14 milliarder kroner på tannhelse, mens kostnadene fremover anslås å kunne øke til mellom 15 og 20 milliarder kroner. Det høye ambisjonsnivået gir store muligheter, men også betydelig usikkerhet om hvordan ordningen vil slå ut i praksis.

Organiseringen er samtidig tydelig: Alle voksne behandles i privat sektor, og tannleger i denne sektoren er enten eiere eller ansatte – oppdragstakere finnes ikke. Kommunene kan i praksis finansiere behandling hos private aktører, og i enkelte områder fører dette til at opp mot halvparten av pasientene velger private tilbud.

For unge tannleger er bildet derfor klart: Yrkeslivet starter som ansatt. Selv om klinikker formelt må eies av tannleger, konsolideres eierskapet i økende grad gjennom kjeder som kjøper opp praksiser. Veien inn i egen praksis blir dermed smalere, samtidig som reformen legger opp til sterkere offentlig finansiering av behandling som i hovedsak utføres i privat sektor.

Norge: Utvidelse og veivalg

Fra norsk side sto særlig utvidelsen av det offentlige ansvaret sentralt. Aldersgruppen 21–28 år er nå inkludert i ordninger med offentlig finansiert tannhelsehjelp. Det er et viktig løft, men innebærer også økte krav til kapasitet, prioritering og bemanning. Lønnsoppgjøret inngår som en del av rammebetingelsene, særlig med tanke på rekruttering, men de mest grunnleggende spørsmålene handler om hvordan tannhelsetjenesten skal organiseres fremover.

Parallelt pågår arbeidet med en større utredning om fremtidens tannhelsetjeneste. Her ligger de store avklaringene: Hva skal regnes som nødvendige tannhelsetjenester? Hvem skal ha rett til offentlig finansiering? Og hvordan skal ansvaret fordeles mellom offentlig og privat sektor? Dette er spørsmål Norge deler med nabolandene, selv om svarene foreløpig ser ut til å bli ulike.



Bakre rekke, fra venstre: Michael Jacobsen (Danmark), John Frammer (Norge), Susanna Magnusson (Sverige) og Christiane H. Dale (N). Foran fra venstre: Valdemar Hein (Dk), Chaim Zlotnik (S), Urban Alsenmyr (S), Ulrika Rebhan (S) og Farshad Alamdari (N). Foto: privat

Felles trekk og ulikheter

Felles er at flere tannleger går over i ansettelsesforhold, at kjedestrukturer får økt betydning, og at tannhelse løftes høyere opp på den politiske agendaen. Samtidig varierer rammevilkårene betydelig. I Sverige preges utviklingen av sterkere regulering, lengre arbeidstid og en tydelig overgang fra oppdragstakere til ansatte. I Danmark kombineres omfattende reformvilje med sterke markedsmekanismer og en privat sektor som bærer hovedansvaret for voksenbehandlingen. I Norge handler diskusjonen i større grad om hvor langt det offentlige ansvaret skal utvides, og hvordan kapasitet og prioriteringer skal håndteres.

Arbeidsvilkår, ferie og mobilitet

Forskjellene merkes også i arbeidshverdagen. Svenske tannleger har 40 timers arbeidsuke uten inkludert lunsj, noe som i praksis innebærer en arbeidsuke på 42,5 timer når lunsjen regnes med. Danske tannleger har 35-timers uke der lunsjen inngår, mens den norske ordningen ligger på 36 timer. Også ferieordningene varierer betydelig: Danske tannleger har ti ukers ferie, svenske tannleger fire uker, mens den norske ferieordningen med fem uker ligger mellom disse ytterpunktene.

Slike rammer påvirker hvordan yrket oppleves, hvor attraktivt det er å arbeide i de ulike landene, og i hvilken grad tannleger beveger seg på tvers av landegrensene. Arbeidstid, ferie og tilknytningsform blir dermed en del av den større diskusjonen om rekruttering, mobilitet og profesjonens fremtidige handlingsrom.

Et nordisk fellesskap

De nordiske møtene handler om å forstå egen utvikling i lys av andres erfaringer – og om å se hva som skjer når felles utfordringer møtes med ulike politiske, organisatoriske og markedsmessige løsninger. Vi organiserer oss ulikt, men arbeider med mange av de samme spørsmålene.

Det nordiske samarbeidet er fortsatt viktig – kanskje viktigere enn på lenge. Når tannhelsetjenesten er i rask endring, gir det nordiske fellesskapet en felles referanseramme, et rom for læring og en mulighet til å drøfte profesjonens utvikling på tvers av landegrenser.

Spør advokaten

Spesifikke forsikringer for tannleger?

 DAG KIELLAND NILSEN, ADVOKAT I NTF

Jeg kjenner flere som i senere tid har skadet hendene sine, og det har fått meg til å tenke at det også kan skje meg. Jeg vil forsikre meg best mulig og lurer på om det finnes tannlegespesifikke forsikringer?

Svar:

De fleste forsikringsselskaper har en forsikring som heter noe slikt som *Ulykkesforsikring med faginvaliditet*. Faginvalditet er en tilleggsdekning til en standard ulykkesforsikring og gir en høyere erstatning hvis en ulykke skader kroppsdelar som er spesielt viktige for yrket eller yrkesutøvelsen din. Merk at dette er en tilleggsforsikring som må avtales særskilt for at den skal gjelde.

En slik forsikring er ganske vanlig blant tannleger, og vil kunne gi noe høyere invaliditetsgrad og høyere utbetaling hvis du ikke lenger kan jobbe som tannlege

Sjekk med ditt eget forsikringsselskap og andre om dette er noe de tilbyr.

Oppfyller alle ønsker



4 MM UNIVERSALKOMPOSITT I FEM CLUSTER-SHADES

- **Universal:** For fyllinger posteriort og anteriort
- **Ingen lagoppbygging:** 4 mm inkrementtykkelse
- **Maksimal stabilitet:** 91 % fyllstoffinnhold
- **Fremragende estetikk:** Førsteklasses polerbarhet
- **5 Cluster-Shades:** Dekker alle 16 VITA® klassiske farger



GrandiSO
Unlimited



Snakk om etikk

Et etisk varsel

Koronapandemien har mange senfølger

også i tannhelsetjenesten

 ANNE RØNNEBERG, STYREMEDLEM NTFS ETIKKRÅD

I Den offentlige tannhelsetjenesten ser vi heldigvis sjelden at barn tidlig i tenårene kommer til akutt behandling med grav karies og behov for endobehandling. Nettopp derfor gjorde en students praksiserfaring fra siste studieår sterkt inntrykk: En tenåring, som ikke hadde uteblitt fra timer, men gått flere år uten å være på kontroll på grunn av etterslep og lange recall-intervaller.

Når et barn med kjent eller sannsynlig kariesrisiko ikke følges opp, og ender med omfattende, irreversible inngrep, reises et grunnleggende etisk spørsmål: Er det forsvarlig at organisatoriske forhold i tannhelsetjenesten bidrar til alvorlig forverring av oral helse hos barn – med konsekvenser i et livsperspektiv?

Studenten hadde fått i oppgave å levere et etisk refleksjonsnotat etter praksisperioden. Hendelsen løftes her inn i Tidendes spalte *Snakk om etikk*, fordi etiske perspektiver ved etterslep og recall etter koronapandemien i liten grad er belyst. Takket være en engasjert tannlegestudent ble tematikken tatt opp til diskusjon i etikkundervisningen og ga nye perspektiver om hvor viktig systematisk etisk refleksjon er.

Situasjonen berørte flere parter:

- Barnet er helt avhengig av at helsesystemene fungerer – her tannhelsetjenesten – og har rett til nødvendig og forebyggende tannhelsehjelp.
- Omsorgspersonene er avhengige av innkalling og tydelig informasjon for å kunne ta reelt omsorgsansvar.
- Tannhelsepersonell har ansvar for faglig forsvarlig behandling, men arbeider i et system med betydelige kapasitetsutfordringer.

- Klinikkleidelse og myndigheter har ansvar for organisering og prioritering, særlig av sårbare grupper som barn og unge.

Spørsmålet om ansvar kan ikke reduseres til enkeltpersoner: det handler om hvordan tjenesten som system er rigget.

Flere helseetiske prinsipper som utfordres er:

- Ikke-skade: Manglende oppfølging kan, selv uten intensjon, lede til omfattende karies og irreversibel pulpaskade, med behov for endodontisk behandling av unge permanente tenner.
- Velgjørenhet: Forebygging og risikobasert recall er sentralt hos barn og tydelig forankret i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer.
- Rettferdighet: Barn er en prioritert gruppe, og lange intervaller av kapasitetsgrunner kan i praksis undergrave denne prioriteringen.
- Autonomi: Omsorgspersoner trenger tilstrekkelig informasjon for å kunne medvirke og ivareta barnets orale helse.

Helsepersonelloven og tannhelsetjenesteloven pålegger både den enkelte tannbehandler og tjenesten som system å sikre nødvendig og forsvarlig tannhelsehjelp til barn og unge. Flere år uten kontroll for et risikobarn utfordrer dette kravet.

Når barn først har utviklet tegn til pulpitt og behov for endodontisk behandling, må tannhelsetjenesten gi best mulig behandling og god informasjon til barn/ungdom og

omsorgspersoner. Studenten reflekterte videre om slike hendelser bør:

- dokumenteres og meldes som avvik
- brukes aktivt til å justere recallrutiner og risikovurdering
- forstås som pasientsikkerhetsutfordringer – ikke bare som logistikkproblemer

Enkelt saker der unge permanente tenner ender med endodontisk behandling som delvis kunne vært forebygget, er et

varsel om at strukturelle forhold kan true faglig forsvarlighet. For tannhelsetjenesten innebærer dette et ansvar for å sikre at barn faktisk får den forebyggende og regelmessige oppfølgingen de har krav på – ikke bare i prinsippet, men i praksis.

Tannlegestudentens refleksjon illustrerer hvordan etisk årvåkenhet og vilje til å melde bekymring kan bidra til å bedre pasientsikkerhet og kvaliteten i Den offentlige tannhelsetjenesten, og til å etterleve spesielt FNs Barnekonvensjon artikkel 24, om at barn har rett til den beste helsehjelpen et land kan tilby.



Hva sier? studentene

Forskning er ikke noe som skjer ved siden av tannlegeyrket

 JULIA SUNDQUIST, LEDER I NTF STUDENT OG FORSKERLINJESTUDENT

Hva gjør en tannlege til en god tannlege? Kliniske ferdigheter, selvsagt, og gode kommunikasjonsevner, erfaring og faglig skjønn. I en tid hvor ny kunnskap publiseres i et stadig høyere tempo, er evnen til å forstå, vurdere og anvende forskning blitt en like viktig del av profesjonen.

Likevel er forskning noe mange tannlegestudenter møter sent og i begrenset omfang. Det er først gjennom masteroppgaven man får anledning til å fordype seg i vitenskapelig arbeid. Det er synd, for forskning handler ikke bare om å utdanne fremtidige forskere. Det handler om å utdanne bedre tannleger.

For å utøve kunnskapsbasert praksis må man også forstå hvordan kunnskapen blir til. Hvor kommer anbefalingene fra? Hvor sterke er bevisene? Hva kan vi stole på, og hva bør vi være mer kritiske til?

I møte med nye behandlingsmetoder, materialer og kommersielle produkter er dette viktigere enn noen gang. Som tannleger må vi kontinuerlig vurdere ny informasjon, og evnen til kritisk tenkning er derfor ikke bare en akademisk ferdighet, men en klinisk nødvendighet.

Forskning er grunnlaget for tannlegeyrket. Hver gang vi vurderer en behandlingsmetode, følger en klinisk retningslinje eller forsøker å gi pasienten den best dokumenterte behandlingen, bygger vi på forskning.

Når studenter får delta i forskningsprosjekter, møter forskningsmiljøer eller får erfaring med vitenskapelig metode utvikler de ferdigheter som kommer til nytte i hele yrkeslivet. De lærer å stille spørsmål, analysere data, håndtere usikkerhet og vurdere kvaliteten på kunnskap – og får et innblikk i hvor kompleks kunnskapsutvikling er.

Forskning er også avgjørende for odontologifagets utvikling. Tannhelsetjenesten trenger ikke bare dyktige klinikere, men fagpersoner som kan identifisere kunnskapshull, undersøke kliniske problemstillinger og bidra til kvalitetsutvikling. Uten forskning stopper fagutviklingen. Uten rekruttering til forskning

risikerer vi å svekke den vitenskapelige forankringen som moderne odontologi bygger på.

Selv om antallet studenter på forskerlinje er beskjedent, viser erfaringene at slike ordninger kan gi studenter en unik mulighet til å følge hele forskningsprosessen fra idé til publisering. De får erfaring med vitenskapelig metode, formidling, forskningsetikk og internasjonale fagmiljøer.

Ved Universitetet i Tromsø er det i flere år ikke tatt opp nye studenter til forskerlinjen på grunn av manglende kapasitet, finansiering og ressurser. Universitetene i Bergen og Oslo melder om synkende søkertall. Dette er uheldig, ettersom nasjonale evalueringer viser at mange forskerlinjestudenter går videre til doktorgradsutdanning. Forskerlinjene er en rekrutteringsarena for framtidige forskere, undervisere og akademikere. Derfor er det viktig at universitetene satser på forskerlinjene.

Forskning bør bli mer synlig gjennom hele tannlegeutdanningen. Ikke ved at alle skal gå forskerlinjen eller ta en doktorgrad, men ved at flere studenter får mulighet til å delta i mindre forskningsprosjekter, møte aktive forskere og oppleve hvordan forskning kan være relevant for kliniske problemstillinger. For noen vil dette vekke en interesse for videre forskning. For andre vil det ganske enkelt gjøre dem bedre rustet til å utøve kunnskapsbasert odontologi.

Til studentene vil jeg si: Ikke vær redd for å utforske forskning. Erfaring med forskning kan gjøre deg til en tryggere, mer reflektert og mer kritisk kliniker.

Til forskningsmiljøene og universitetene: Fortsett å invitere studentene inn. Synliggjør mulighetene, og skap arenaer hvor forskning oppleves relevant, tilgjengelig og meningsfull.

Forskning i grunnutdanningen handler ikke bare om å rekruttere noen få til akademien. Det handler om å styrke hele profesjonen. Det er en investering vi ikke har råd til å la være å gjøre.

Tusen takk til Torbjørn Østvik Pedersen, Janne E. Reseland, Natalia Andronova, Gro Eirin Holde og Lene Marita Steinvik for bidrag.

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

16. oktober	Tromsø	Slimhinnelidelser – teori og praksis
23. oktober	Langesund	«Tenner på felgen» Høstkurs telemark tannlegeforening
29.–31. oktober	Stavanger	NTFs landsmøte og Nordental
11. november	Nettbasert	Webinar NTF - Diagnostisering og behandling av resorbsjoner
13. november	Molde	Julekurs Nordmøre tannlegeforening
13.–14. november	Jeløy	«Perio og protetik» Østfold tannlegeforening
19. november	Kristiansand	«Endo – fra riktig diagnose til behandling»
20. november	Oslo	Endodontiske og protetiske utfordringer i hverdagen, OTF heldagskurs
9. desember	Nettbasert	Webinar NTF - Spiseforstyrrelser: utfordringer i munnhulen
29.–30 januar	Oslo	TSF Fellesseminar

Andre kurs, møter og aktiviteter

20. oktober	Nettbasert	Hovedstyremøte
22. oktober	Oslo	Akademikernes høstkonferanse
18.–19. november	Oslo	Hovedstyremøte
19.–20. november	Gardermoen	Stor-Forum

HUSK NTFs NETTKURS!

Kursene er gratis og teller 2 timer
i NTFs obligatoriske etterutdanningssystem

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

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





Tommy Bysveen:

Jeg kan hjelpe! Førstehjelp for helsepersonell

Dette sier forlaget om boka

Jeg kan hjelpe! Førstehjelp for helsepersonell gir deg en praktisk og forståelig innføring i de mest alvorlige sykdoms-, skade- og ulykkestilfellene du kan møte som helsepersonell – både på jobb og i fritiden. Du lærer hva du skal gjøre, når du skal gjøre det, og hvorfor det er viktig. Boka viser også hvem du bør varsle i ulike situasjoner og hva som skjer etter varsling.

Ved å skanne QR-kodene i boka får du tilgang til korte filmer som utdyper fagstoffet, slik at du kan se hvordan tiltakene utføres i praksis.

Forfatteren, Tommy Bysveen, er ambulansearbeider, paramedisiner og førstehjelpsinstruktør med lang erfaring fra akuttmedisin. Rådene i boka bygger på internasjonal og norsk faglitteratur – og på erfaring fra utallige møter med syke og skadde, og med helsepersonell som ønsker kunnskap og trygghet i alvorlige situasjoner.

Oslo: Gyldendal forlag, 2026. Heftet, bokmål, 288 sider.
ISBN 9788205619388

◀ tilbakeblikk

19/26

Fra hovedstyrets forhandlinger

Skrivelse fra to *Farsund-tandlæger*, der meddeler at en norsk-tysk tandlægestudent driver praksis paa Lister og ogsaa foretar injeksjoner. Sekreæren har raadet de to tandlæger til at melde vedkommende student til politiet, hvilket de ogsaa har gjort. Dessuten er forholdet indberettet til Statens Tandlægeinstitut for at de kan være opmærksom paa dette, hvis vedk. student fremstiller sig til norsk tandlægeeksamen. .

🕒 Tidende oktober 1926

19/76

Seksjon for praksisadministrasjon (SPA)

Jarle Bragelien, skoletannlegesjef i Lillehammer, viste frem en trillebag (handlebag på hjul) med et brett festet til håndtaket med huller for pappbeger. Begrene med fluor kan derved gjøres klar før man går inn i en klasse. Med en plastpose samler man opp brukte beger. Selve bagen gir plass til fluorskyllevæsken, begrene, plastposer etc. Brettet og hjulene kan slås sammen slik at bagen kan bæres som håndveske. Trillebagen får man kjøpt i forretningene. Brettet var laget ved yrkesskolen.

🕒 Tidende oktober 1976

20/16

Høring om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.:

– Helse- og omsorgsdepartementet har levert noe jeg vil beskrive som et hastverksarbeid når det gjelder forslagene om lovendringer. Det er ikke gitt en tilfredsstillende oversikt over hvilke lovbestemmelser som flyttes og tas med videre når tannhelsesloven fjernes og bestemmelsene som angår tannhelse skal følge av lovene om henholdsvis pasient- og brukerrettigheter og helse- og omsorgstjenester. Det har vært en stor jobb for NTFs jurister å finne frem i dette.

Sitat: Morten Rolstad, generalsekretær i NTF

🕒 Tidende september 2016

Personalia

Dødsfall

Sigmund Telnes, f. 22.11.1946,
tannlegeeksamen 1972, d. 09.06.2026
Kjell Erik Tonne, f. 31.07.1941,
tannlegeeksamen 1964, d. 23.07.2026



Bestill en raffineringspakke på **www.tanngull.no**

Gå inn på **www.tanngull.no** og bestill en raffineringspakke med salgsavtale og transportpose!
Eller send e-post til info@norskedelmetall.no

Her kan du også lese mer om oss!

Dra fordel av **fortsatt meget høye** edelmetallpriser !

Hos oss får du mest igjen for ditt dental- / gullskrap.

Det er en årsak til at dine kollegaer kommer til OSS, år etter år.

- - Oversiktlig og detaljert raffineringsresultat ved oppgjør
- Betaling for faktisk resultat (ikke selg på døren!)
- Alle typer skrap/skroder med edelmetallinnhold (Au, Ag, Pt, Pd, mm.)

Vi kjøper også ditt private skrapgull (gamle smykker, barrer, gullmynter, m.m.)

Merk: Skal du sende inn direkte, les instruksjon på nettsiden først: www.tanngull.no

Velg oppgjørsmåte:

Utbetalt til konto eller kombiner med bytte til
NOOR gullsmykker eller gullkjeder www.noorsmykker.no

Merk:

Som raffineringskunde får du rabatt på veiledende priser.

Bestill katalog og prisliste i dag !



Bilder på raffinering for en gullsmed.

I over 36 år har norske gullsmeder, tannleger og tanntekniker kjøpt av oss:
Diamanter • Gullsmykker • Halvfabrikata • Dentalgull • Raffinerings tjenester.
Vi kjøper alle typer edelmetaller: Dentialskrap, filing, smykker, verkstedskrap, m.m.



NOOR EDELMETALL AS

E-post: info@norskedelmetall.no • Boks 300, 1401 SKI

64 91 44 00



Vil du nerde med oss?

I år feirer både Oris Dental og Oris Academy 10 år.

Helt siden starten har faglig utvikling, nysgjerrighet og deling av kunnskap vært en viktig del av hvem vi er. Gjennom Oris Academy har vi bygget et faglig fellesskap der vi lærer av hverandre, deler erfaringer og utvikler oss på tvers av klinikker, fagområder og landegrenser.

Hos oss er «nerd» en hedersbetegnelse. Det handler om å være nysgjerrig, engasjert og opptatt av faglig utvikling. Vi tror de beste fagmiljøene skapes når

kunnskap deles, spørsmål stilles og mennesker utfordrer hverandre til å bli bedre.

Målet er det samme i dag som for ti år siden: å skape et sterkt faglig fellesskap som gir rom for utvikling og bidrar til best mulig behandling for pasientene våre.

På Nordental kan du bli bedre kjent med Oris Dental, Oris Academy og menneskene som er en del av fagmiljøet vårt.

Besøk vår stand på Nordental den 29. – 31. oktober 2026



SPESIALISTER

ENDODONTI

AGDER

Tannlege Christine Westlie Bergman

Spesialist i Endodonti
Tyholmen Tannlegesenter
Teaterplassen 3
4836 Arendal
Tlf: 37 02 55 33
spesialistene@tyholmen-tannlegesenter.no
www.tyholmen-tannlegesenter.no

Tannlege Claus Ungerechts

Leirvollen 1A
4513 Mandal
Tlf. 38 26 06 10
clunge@online.no

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

Tannlege Trude Udnæs

Tannlege Stig Heistein

Endodonti
Smerteutredning
Endodontisk kirurgi
CBCT
Tilrettelagt for rullestolbrukere
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf. 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Kjeller Tannhelse

Erik Katle

Spesialist i endodonti
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Johan August Ulstad

Spesialist i endodonti
Jarveien 1A, 1358 Jar, tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

Tannlegeriet Liabø

Tannlege Erika Giving

Spesialist i Endodonti
Ingierveien 6
1410 Kolbotn
Telf: 66802500
Mail: endo@tannlegeriet.no
www.tannlegeriet.no

Tannlege Thomassen AS

Endodontist Naweed Faizi

Askheim 2, 2022 Gjerdrum
Tlf: 63 99 13 64
Epost: klinikkthomassen@gmail.com

Ullensaker Tannlegesenter

Naweed Faizi

Spesialist i endodonti
Gotaasalleen 29,
2050 Jessheim
Tlf: 67410090
post@ullensakertannlegesenter.no
https://ullensakertannlegesenter.no/

Tannlege Unni Endal, universitetslektor UIO

Oris Dental Lysaker
Lysaker Torg 5
1366 Lysaker
Tlf 67 12 90 00
lysaker@orisdental.no
Endodontisk behandling med spesielt
fokus på:
Smerteutredning
Resorpsjoner
Endodontiskkirurgi
CBCT med diagnostikk/behandling
Tilrettelagt for rullestolbrukere

Tannlege Erik Giving

Spesialist i Endodonti
Skjetten senter
2013 Skjetten
Tlf. 64 83 10 10
post@givingendo.no
www.givingendo.no

BUSKERUD

Bragernes Endospesialist As

Tannlege Elham Al-Toma
Bragernes torg 4
3017 Drammen
Tlf. 32 89 98 60
Faks 32 89 98 61
bragernes.endo@gmail.com
Tar i mot funksjonshemmede

Odontia Tannlegene Brage

Cecilie Herbjørnsen

Spesialist i endodonti
Torgeir Vraas Plass 6
3044 Drammen
Tlf: 32 83 26 40
www.odontia.no
drammen@odontia.no

Nikola Petronijevic

Oris Dental Drammen Spesialistsenter

Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Telefon: 32 83 60 00
Telefax: 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

INNLANDET

Tannlege Veslemøy Linde

Mjøstannlegene

Storgt. 16
2815 Gjøvik
Tlf. 61 13 08 25
post@claria.as

Tannlege Nabeel K. Mekhlif

Vangsvegen 62
2317 Hamar
Tlf. 62 52 70 00

MØRE OG ROMSDAL

Odontia Kvernberget

Marianne Kleivmyr

Spesialist i endodonti
Rørgata 8
6517 Kristiansund
Tlf: 71 67 00 00
www.odontia.no
kvernberget@odontia.no

Sentrum Tannhelse Odontia

Erik Hjelkrem

Spesialist i endodonti
Postboks 2166 Løkkemyra
6502 Kristiansund
Tlf: 71 67 25 00
www.odontia.no
sentrumtannhelse@odontia.no

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege Stig Heistein

Spesialist i endodonti

Endodonti

Smerteutredning

Endodontisk kirurgi

CBCT

Tilrettelagt for rullestolbrukere.

Refstadveien 64

0589 Oslo

Tlf: 22939340

post@tannmedisin.no

Vi bruker HENVISNING.NO

OC Festningen Tannklinikk

Tannlegene Lars M. Døving, Lene Rikvold

og Kima Karimiha

Nedre Vollgt 1

0158 Oslo

Tlf: 22 42 54 87

Faks 22 41 31 73

www.octannklinikker.no

hei@festningentannklinikk.no

Odontia Tannlegene Oslo Sentrum

Kima Karimiha

Spesialist i endodonti

Skippergata 31-33

0154 Oslo

Tlf: 22 34 82 00

www.odontia.no

oslosentrum@odontia.no

Oslo Endodontisenter

Spesialist i endodonti Thomas H.

Myrhaug

Spesialist i endodonti Iman Saleh

Spesialist i endodonti Knut Årving

Spesialist i endodonti Erika Giving

Sørkedalsveien 10B

0369 Oslo

Tlf: 24 07 61 61

Fax: 21 03 76 87

www.osloendo.no

post@osloendo.no

SpesDent

Spesialistklinikk

Hegdehaugsveien 31

0352 Oslo

Endo spes. Gilberto Debelian

Endo spes. Andre Roushan

Tlf: 22 95 51 00

Vi tar i mot elektroniske henvisninger

www.spesdent.no

post@spesdent.no

Tannlege Homan Zandi AS

Homan Zandi

Spesialist i endodonti, PhD

Parkveien 60

0254 Oslo

Tlf. 22 44 18 11

E-post: homan@zandi.no

www.zandi.no

Tanntunet AS

Tannlege og Dr.odont. Iman Saleh

Tannlege Nicolai Orsteen

Spesialist i endodonti

Nydalen Allé 71

0485 Oslo

Tlf. 22 15 00 00

henvisning@tanntunet.no

www.tanntunet.no

Samarbeider med radiolog Neeraj Kasbekar

Tannlege Anne Gunn Nygaard-Østby

Spesialist i endodonti

Akersgt.16

0158 Oslo

Tlf 23105350

Mail: annegunn@dentalpartnerne.no

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Calin Cristea, spesialist i endodonti

Postboks 325

5501 Haugesund

Tlf: 52 70 77 00

www.tkrogaland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Aff Tabbara, spesialist i endodonti

Elisabeth Samuelsen, spesialist i endodonti

Torgveien 21 B

4016 Stavanger

Tlf 51 50 68 10

www.tkrogaland.no

Tannlege Ole Henrik Nag

Spesialist i endodonti

Tannlege Haakon Gramstad Skeie

Spesialist i endodonti

Løkkeveien 51

4008 Stavanger

Tlf. 51 52 12 23

E-mail: post@nognp.no

TELEMARK

Spesialist i endodonti Robert Austheim

Skien tannklinikk, endodontisk avdeling

Telemarksvegen 170,

3730 Skien

Tel: 35583965

TROMS

Tannlege Anne Kjæreng

Strandskillet 5

9008 Tromsø

Tlf. 77 28 01 00

Faks 77 28 01 11

anne.k@tannlegespesialistene.no

Tannlege Sissel Storli

Spesialist i endodonti

Strandtorget tannklinikk

Standtorget 3, Pb. 252

9253 Tromsø

Tlf 776 81 297

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Spesialist i endodonti Jonas Skyrud

Nedre Bakklandet 58c

7014 Trondheim

Tlf. 73 56 88 00

post@bakketannlegekontor

www.bakketannlegekontor.no

VESTLAND

Tannlege Hekland AS

Tannlege Hege Hekland

www.tannlegehekland.no

Starvhusgt 2A

5014 Bergen

Tlf. 55 31 65 17

post@tannlegehekland.no

Tannlege Louis Cuomo Høisæter

Åsane Tannlegesenter AS,

Åsane senter 42,

5116 Ulset

Tlf 55 53 18 30

tannlege@asatann.com

ØSTFOLD

Nye Fredrikstad Endodonti

Anders Samuelsen

Spesialist i endodonti

Hans Jacob Nilsens gate 12

1606 Fredrikstad

Tlf: 69 31 93 65

www.odontia.no

Varna Tannlegesenter

Erik Katle

Spesialist i endodonti

Lilleeng Helsepark

1523 Moss

Tlf: 69 26 49 00

www.odontia.no

varna@odontia.no

KJEVE- OG ANSIKTSRADIOLOGI

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

Tannlege Anders Valnes
Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Tilrettelagt for rullestolbrukere
Gamle Ringeriksvei 37
1356 Bekkestua
tlf 67 83 22 10
post@bekkestuatannmedisin.no

Kjeller Tannhelse

Ingvild Vestengen

Spesialist i kjeve og ansiktsradiologi
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

Ski Tannlegesenter

Tannlege Lena Vannas-Løfqvist

Spesialist i kjeveortopedi
Jernbaneveien 4
1400 Ski
radiologi@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64 85 26 00
CBCT / 3D røntgen

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Ingvild Vestengen

Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Jarveien 1A, 1358 Jar, tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

BUSKERUD

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Ingvid Kibsgaard Vestengen

Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Ulf Riis

Spesialist i kjeve og ansiktsradiologi
Grønland 40
3045 Drammen
Tlf: 97474300
post@spesunion.no
www.spesialistklinikken-unionbrygge.no

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege Anders Valnes

Refstadveien 64
0589 Oslo
Tlf: 22939340
post@tannmedisin.no

Fjord Dental AS

Katarzyna Skramstad

Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Valkyriegata 5
0366 Oslo
Tlf. 22 46 57 23
www.fjorddental.no
post@fjorddental.no

Holtet Spesialisttannhelse AS

Tannlege Christina Stervick

Kongsveien 94
1177 Oslo
Tlf. 21 41 50 80
www.spesialisttannhelse.no
post@spesialisttannhelse.no

Oralkirurgisk klinikk Oris dental

CBCT ved Anders Valnes
Fridtjof Nansens Vei 19,
0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90
oralkirurgisk@orisdental.no
www.orisdental.no/klinikker/oralkirurgisk-
klinikk

Tanntunet AS

Radiolog Neeraj Kasbekar

Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henviising@tanntunet.no
www.tanntunet.no

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Ingibjörg Benediktsdóttir,

spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Ingibjörg Benediktsdóttir, spesialist

i kjeve- og ansiktsradiologi
Torgveien 21 B
4016 Stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

Tannlege Gro Wilhelmsen Hustvedt

Forus Tann- & Kjeveklinikk
Luramyrvæien 12
4313 Sandnes
Tlf: 51 96 99 99
post@forustann.no
www.forustann.no

TELEMARK

Tannlegene Otterstad A/S

Tannlege Sophia Aredal
Storgaten 118 A,
3921 Porsgrunn
Tel. 35 930360
www.tannlegeneotterstad.no
post@tannlegeneotterstad.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

CBCT ved radiolog Neeraj Kasbekar

Nedre Baklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor.no
www.bakketannlegekontor.no

KJEVEORTOPEDI

AGDER

Tannregulering Sør

Tannlege Nelly Brokmeier

Spesialist i kjeveortopedi
Østre Strandgate 56
4608 Kristiansand
Tel.. 91861046
post@tannregsr.no
www.tannregsr.no

AKERSHUS

Asker Tannregulering

David Weichbrodt
Torvveien 7
1383 Asker
Telefon 66 90 20 20
Faks 66 90 20 19
info@askertannregulering.no
www.askertannregulering.no

Ski Tannlegesenter

Tannlege Sreeram Kumar
Spesialist i kjeveortopedi
Jernbaneveien 4
1400 Ski
kjeveortoped@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600
Vanlig kjeveortopedi
Invisalign / clear aligners

Kristin Aanderud-Larsen

Tannhelsesenteret Lørenskog
Skårersletta 10
Lørenskog
Tel 67917200
Email kr-aan@online.no

BUSKERUD

Hønefoss Tannregulering

Kjeveortoped Maryam Mehdinia

Kartverksveien 7, 3511 Hønefoss
Tlf: 32 14 31 04
E-post: info@honefosstannregulering.no
Webisode: www.honefosstannregulering.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Ingeborg Engeseth

Spesialist i kjeveortopedi
Grønland 40
3045 Drammen
Tlf: 97474300
post@spesunion.no
www.spesialistklinikken-unionbrygge.no

INNLANDET

Odontia Tannlegene Fåvang

Parandosh Afnan
Spesialist i kjeveortopedi
Stasjonsvegen 4
2634 Fåvang
Tlf: 61 28 29 60
www.odontia.no
faavang@odontia.no

Dag Kjelland

Spesialist i kjeveortopedi
Kjellands Tannlegepraksis AS
Strandbygdvegen 54
2408 Elverum
Telefon: 62431000
post@kjelland.no

MØRE OG ROMSDAL

Aksla Tannhelse As

CBCT – 3D-bilder

Vi tar imot henvisninger til CBCT
(3D-røntgenbilder).
Ystenesgata 6 B
6003 Ålesund
Tlf. 701 22 294
hei@akslatannhelse.no

Sentrum Tannhelse Odontia

Anna Kasbekar

Spesialist i kjeveortopedi
Postboks 2166 Løkkemyra
6502 Kristiansund
Tlf: 71 67 25 00
www.odontia.no
sentrumtannhelse@odontia.no

OSLO

Adamstuen tannregulering

Kjeveortoped Dorita Preza, PhD
Ullevålsveien 82B
0454 Oslo
Tlf: 22 46 79 32
E-mail: post@adamstuentannregulering.no
www.adamstuentannregulering.no

Oslo Endodontisenter

Nina Torgersbråten

Spesialist i kjeveortopedi
Sørkedalsveien 10B
0369 Oslo
Tlf: 24 07 61 61
www.odontia.no
post@osloendo.no

Tanntunet AS

Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak

Spesialist i kjeveortopedi
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Kjeveortoped Håkon Haslerud Høimyr

Spesialist i kjeveortopedi
Akersgata 51
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
https://hoimyr.tannregulering.no/

Tannlege Svein Høimyr

Akersgata 51
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
Faks 22 42 74 02
https://hoimyr.tannregulering.no/

Tannlege Kim Christian Johansen

Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5 C
0988 Oslo
www.tannogkjeveklinikken.no
kim@tannogkjeveklinikken.no
Tlf. 22 21 42 22

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Jenny Bogstad Søvik

spesialist i kjeveortopedi
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Linn Haugland, spesialist i kjeveortopedi

Jane van Boven, kjeveortoped

Torgveien 21 B
4016 stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

VESTFOLD

Kristin Aanderud-Larsen

DENTA Tannklinikk
Kilgaten 16
3217 Sandefjord
telefon 40411656

ØSTFOLD

Kransen Tannlegesenter AS

Dr. Ramtin Taheri, spes. i kjeveortopedi
Trad. tannregulering
Incognito
Invisalign
Kransen, 16, 1531 Moss
kransentannlegesenter.no
kransen@smilehull.no
Tlf: 69 25 19 82

Varna Tannlegesenter

Lukas Moser

Spesialist i kjeveortopedi
Lilleeng Helsepark
1523 Moss
Tlf: 69 26 49 00
www.odontia.no
varna@odontia.no

ORAL KIRURGI OG ORAL

MEDISIN/KJEVEKIRURGI

AGDER

Tannlege Katja Franke

Oralkirurgi
Implantologi
Leirvollen 1A, 4513 Mandal
Tlf. 38 26 06 10
dr.katjafranke@online.no

AKERSHUS

Kjeller Tannhelse

Modassar Amin

Spesialist i oralkirurgi og medisin
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

Nittedal Tannlegesenter AS
Maxillofacialkirurg Dominykas Dvylys
Mattias Skytters Vei 173, 1482 Nittedal
Tel. 67 07 77 77
post@nittedaltannlegesenter.no
www.nittedaltannlegesenter.no

Vi tar imot henvisninger for oralkirurgisk behandling, mukogingival kirurgi, implantatkirurgi og CBCT.
I samarbeid med anestesileger tilbyr vi behandling under lystgass, intravenøs sedasjon og generell narkose.

Odontia Tannlegene Asker
Modassar Amin
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Torvveien 12
1383 Asker
Tlf: 66 77 11 99
www.odontia.no
asker@odontia.no

Ski Tannlegesenter
Tannlege Leonardo Carone
Jernbaneveien 4, 1400 Ski
oralkirurg@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600
Visdomstenner
Implantatbehandling
Kirurgisk fjernelse av tenner
Benregenerasjonsbehandling

Tannlegene i Jarhuset AS
Tannlege Amin Homayouni
Spesialistkandidat i oral kirurgi og oral medisin
Jarveien 1A, 1358 Jar, tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

Tannlegene i Jarhuset AS
Tannlege Dag Tvedt
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Jarveien 1A, 1358 Jar
tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

BUSKERUD
Accept Dental Tannlegesenter
Oral kirurg Amir Ashourioun
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Storgata 8, Kongsberg
Tlf.: 32753233
www.acceptdental.no
service@acceptdental.no

Henvisninger fra alle pasientgrupper for oralkirurgi, mukogingival kirurgi, implantatkirurgi og CBCT. Mulighet for behandling under sedasjon og narkose.

Tilrettelagt for rullestolbrukere

DRAMMEN ORALKIRURGI
Spesialister i oral kirurgi og oral medisin
Implantatkirurgi
Oralkirurg Kjetil Misje
Oralkirurg Gudmundur Björnsson
Torgeir Vraas Plass 6
3044 DRAMMEN
Tlf. 32 27 67 50
Post@drammenoralkirurgi.no

Flattum Tannlegesenter
Tannlege Øystein Langeland
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Odontia Tannlegene Brage
Modassar Amin
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Torgeir Vraas Plass 6
3044 Drammen
Tlf: 32 83 26 40
www.odontia.no
drammen@odontia.no

Ringerike Tannlegesenter AS
Tannlege Ulf Jonsson
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS
Tannlege Else KB Hals
Dr.odont, spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Tannlege Mirna Farran
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Grønland 40
3045 Drammen
Tlf: 97474300
post@spesunion.no
www.spesialistklinikken-unionbrygge.no

Dr. Odont Shelley Khullar
FDS Royal College of Surgeons (London)
Spesialist i Oralkirurgi MNTF
MSC i implantologi
Oris Dental Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

INNLANDET
Aktiv Tannhelse AS
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Ulf Jonsson
Lille Strand gt. 3, 2317 Hamar
Tlf: 62 52 36 96
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

Lillehammer Tannhelse
Arezo Tardast
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Nymosvingen 6
2609 Lillehammer
Tlf: 61 25 06 64
www.odontia.no
lillehammertannhelse@odontia.no

Odontia Tannlegene Brumunddal
Sara Bergstrand
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Nygata 9
2380 Brumunddal
Tlf: 62 34 05 26
www.odontia.no
brumunddal@odontia.no

Odontia Tannlegene Lillehammer
Lilletorget
Fredrik Lindberg
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Storgata 89
2615 Lillehammer
Tlf: 61 25 27 63
www.odontia.no
lillehammer@odontia.no

MØRE OG ROMSDAL

BLINDHEIM TANNLEGESENTER AS **Dr. odont spesialist oral kirurgi-oral** **medisin Lado Lako Loro**

Samarbeidende tannlege med godkjennelse for implantatbehandling med stønad fra trygden
Pb. 9204- Vegsund, 6023 Ålesund
Besøksadresse: Blindheim butikkssenter 3. etg / Blindheimshaugen 9
Tlf: 70 14 54 24/70 14 18 55.
post@blindheimtann.no
Fri parkering ved senteret. Gode forhold for funksjonshemmede

Oralkirurg Fredrik Ahlgren

Spesialist i oral kirurgi & oral medisin.
MSC Implant Dentistry
Narkose
Campus tannklinikk Kristiansund, 5 etg.
Fosnagata 12
6509 Kristiansund
Mobil 40348649
campusklinikk@gmail.com

NORDLAND

Odontia Tannlegene Sortland

Seong Hwan Jeon
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Kjøpmannsgata 22
8400 Sortland
Tlf: 76 12 22 35
www.odontia.no
sortland@odontia.no

OSLO

Fjord Dental AS

Rafael Marques da Silva
Spesialist i oral kirurgi, Ph.D.
Oral kirurgi og Implantatkirurgi
Mirna Farran
Spesialist i oral kirurgi
Oral kirurgi og Implantatkirurgi
Valkyriegata 5
0366 Oslo
Tlf: 22 46 57 23
www.fjorddental.no
post@fjorddental.no

Grünerløkka Tannhelsesenter

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Ulf Jonsson
Thv. Meyersgate 33, 0555 Oslo
Tlf: 22 35 77 92
kontakt@grunerlokka-tannhelsesenter.no
www.grunerlökkatannhelsesenter.no

KIRURGIKLINIKKEN

Alt innen oral- og kjevekirurgi
Implantatprotetikk
Frode Øye, spes. oral kirurg og oral medisin
Helge Risheim, spes. oral og maxillofacial kirurgi
Tormod Krüger, spes. oral kirurgi og oral medisin
Fredrik Platou Lindal, spes. maxillofacial kirurgi
Hanne Gran Ohrvik, spes. protetikk.
Margareth Kristensen Ottersen, spes. kjeve og ansiktsradiologi
Kirkeveien 131, 0361 Oslo
Tlf. 23 36 80 00
Faks. 23 36 80 01
post@kirurgiklinikken.nhn.no
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

OC Festningen Tannklinikk

Lege og tannlege Lars Peter Sand
Lege og tannlege Mats Døving
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Nedre Vollgt 1, 0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
hei@festningentannklinikk.no
www.octannklinikker.no

Odontia Tannlegene Oslo Sentrum

Sara Bergstrand
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Skippergata 31-33
0154 Oslo
Tlf: 22 34 82 00
www.odontia.no
oslosentrum@odontia.no

Oralkirurgisk klinikk Oris dental

Spesialistklinikk – Implantatbehandling
Tannlege, spes. oral kirurgi Hanne Kleven
Ingstad
Tannlege, spes. oral kirurgi Johanna Berstad,
Spes. oral kirurgi Erik Bie
Tannlege, spes. oral kirurgi Hauk Øyri
Fridtjof Nansens Vei 19, 0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90 Faks: 23 19 61 91
oralkirurgisk@orisdental.no
www.orisdental.no/klinikker/oralkirurgisk-
klinikk

Oslo Endodontisenter

Sara Bergstrand
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Sørkedalsveien 10B
0369 Oslo
Tlf: 24 07 61 61
www.odontia.no
post@osloendo.no

SpesDent

Spesialistklinikk
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Ulf Stuge
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Marianne Tingberg
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Øystein Langeland
Tlf. 22 95 51 00
Vi tar i mot elektroniske henvisninger
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Tanntunet AS

Oralkirurgi, Oralmedisin og Implantatkirurgi
Spes. i Maxillofacialkirurgi & Spes. i
Oralkirurgi og oral medisin Even Mjøen
Spes. i Maxillofacialkirurgi Steven
Anandan
Nydalén Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no
Samarbeider med radiolog Neeraj Kasbekar

Oralkirurg Laszlo Kalmar

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin,
implantatkirurgi
Smil Tannlegesenter
Nationaltheatret: Tordenskiolds gate 7,
0160 Oslo
Nydalén: Sandakerveien 116, 0484 Oslo
Løren: Peter Møllers vei 2, 0585 Oslo
Tlf. 23 65 18 81
info@smiltannlegesenter.no
www.smiltannlegesenter.no
Klinikker i Nydalén, Nationaltheatret,
og Løren. Klinikkene ligger alle rett ved
t-banen.

Tannlege Gholam Soltani

Spesialist oral kirurgi og oral medisin
Bislett Tann- & Kjeveklinikk
Rosenborggata 26, 0356 Oslo
Tlf 22 17 65 66
E-post: tannkjevebislett@yahoo.com

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk

Dr. Peter Schleier

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,
Implantatbehandling

Attila Csillik

spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Luramyrvеien 12

4313 Sandnes

Tlf : 51 96 99 99

post@forustann.no

www.forustann.no

Haugesund spesialisttannklinikk

Gregor Volz, spesialist i oral medisin og
oral kirurgi

Haugesund tannklinikk

Postboks 325

5501 Haugesund

Tlf: 52707700

www.tkrogaland.no

Odontia Tannlegene Haugesund

Vegard Østensjø

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Sørhauggata 111

5527 Haugesund

Tlf: 52 71 10 00

www.odontia.no

haugesund@odontia.no

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Dr. Peter Schleier

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,
Implantatbehandling

Attila Csillik

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Gregor Volz

PB 73 Sentrum

4001 STAVANGER

Tlf : 51 53 01 99

post@stavangertann.no

www.stavangertann.no

Stavanger Tann & Kjeveklinikk

Avd Haugesund

Gregor Volz

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

PB 4027 Storasund

5506 Haugesund

Tlf 52722000

haugesund@stavangertann.no

www.stavangertann.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Mindaugas Brukas, spesialist i oral medisin
og oral kirurgi

Gregor Volz, spesialist i oral kirurgi og oral
medisin

Torgveien 21 B

4016 Stavanger

Tlf 51506810

www.tkrogaland.no

TELEMARK

Holtanklinikken, Michael Unger.

Spesialist i oralkirurgi.

Oralkirurgi og implantatkirurgi.

Implantatprotetikk med Helfo refusjon v/

Inge Holtan Saga.

Folkestadvegen 12, Pb 153

3833 Bø i Telemark

Tlf: 35 06 10 50

post@holtanklinikken.no

Sentrum Tannklinikk Porsgrunn AS

Maxillofacial kirurg Dominykas Dvylys

Tannlege og lege. Oralkirurgi og

implantatkirurgi.

Storgata 146, 3915 Porsgrunn

post@sentrumtannklinikkporsgrunn.no

Tlf. 40455514

Sentrum Tannklinikk Porsgrunn AS

Oralkirurg Eva Sawicki Vladimirov

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin.

Oralkirurgi og implantatkirurgi

Storgata 146, 3915 Porsgrunn

post@sentrumtannklinikkporsgrunn.no

Tlf. 40455514

Tannlegene Otterstad A/S

Tannlege spesialist oral kir. og oral med.

Erik Bie

Tannlege spesialist oral kir. og oral med.

Ilaria Vitali

Tannlege spesialist oral kir. og oral med. Eva

Sawicki Vladimirov

Storgaten 118 A,

3921 Porsgrunn

Tel. 35 930360

www.tannlegeneotterstad.no

post@tannlegeneotterstad.no

TROMS

Odontia Tannlegene Tromsø Byporten

Seong Hwan Jeon

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Skippergata 32

9008 Tromsø

Tlf: 77 67 31 00

www.odontia.no

byporten-tromso@odontia.no

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS

Oral kirurgi / kjevekirurgi, samt alle typer
tannbehandlinger i narkose.

Tor Håkon Larsen, tannlege og spesialist-

kandidat i oral kirurgi og oral medisin

Bernt Arne Rønbeck, spesialist i oralkirurgi

Geir Store, Professor i kjevekirurgi

Sjøgata 39, 3. etasje, 9008 Tromsø

Tlf: 975 35 000

post@ttkns.no

www.ttkns.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Oral kirurgi og implantologi

Oral Kirurg Murwan Idris

Nedre Bakklundet 58c

7014 Trondheim

Tlf. 73 56 88 00

post@bakketannlegekontor

Lege og Tannlege

Bjørn K Brevik

Spesialist i kjevekirurgi

Implantologi

Dentoalveolær kirurgi

Oral medisin

TY Tannklinikk Liljendal

Peder Falcks vei 3

7044 Trondheim

Tlf 73602030

bjorn.ketil.brevik@tytannklinikk.no

VESTFOLD

Odontia Kaldnes Tannhelse

Rafael Da Silva

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Rambergveien 3

3115 Tønsberg

Tlf: 33 38 08 88

www.odontia.no

tonsberg@odontia.no

Odontia Tannlegene Larvik

Anne Aasen

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Prinsegata 3-5

3256 Larvik

Tlf: 33 18 44 24

www.odontia.no

larvik@odontia.no

Tannklinikken Skeie AS

Oralkirurg Fredrik Lindberg

Implantater og annen oral kirurgi

-sedasjon/narkose om ønskelig

Aagaards plass 1

3211 Sandefjord

Tlf: 33 46 61 71

resepsjon@tannklinikken.no

Tannlege og lege Bjørn J. Hansen

Kjevekirurg
Implantologi
Storgaten 33, 3110 Tønsberg
Tlf. 33 31 22 36
Faks 33 31 61 39
bjhan3@online.no

ØSTFOLD

Kransen Tannlegesenter AS

Zina Kristiansen,
spes. i oral kirurgi og oral medisin
Kransen, 16, 1531 Moss
kransentannlegesenter.no
kransen@smilehull.no
Tlf: 69 25 19 82

Varna Tannlegesenter

Rafael Da Silva

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Rosenvingesvei 8
1523 Moss
Tlf: 69 26 49 00
www.odontia.no
varna@odontia.no

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Peer Mork-Knutsen

Dyrendal Tannhelsesenter
Dyrendalsveien 13 C
1778 Halden
Tlf 69211060

ORAL PROTETIKK

AGDER

Spesialist i protetikkl Erlend Ribe

Oris Dental Kristiansand
Markensgate 17, 4611 Kristiansand
Telefon: 38 02 73 80
E-post: kristiansand@orisdental.no

Oris Dental Søgne
Adresse: Rådhusveien 37, 4640 Søgne
Telefon: 38 05 06 68
E-post: sogne@orisdental.no

AKERSHUS

Kjeller Tannhelse

Trine Bjelke-Holtermann

Spesialist i oral protetikkl
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Åshild Frettem

Spesialist i oral protetikkl
Jarveien 1A, 1358 Jar
tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

Tannlege Knut Erik Eide

Implantatprotetikkl
Tannlegene i Concoridiabygget
Stortorvet 20
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

Tannlege, PhD, Jørn A. Aas

Spesialist i oral protetikkl
Implantatprotetikkl
Tannlegene i Concoridiabygget
Stortorvet 20
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

BUSKERUD

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Anders Brennhovd

Spesialist i oral protetikkl.
Implantatprotetikkl. TMD. Søvnappé
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Odontia Tannlegene Brage

Marianne B. Vangsnes

Spesialist i oral protetikkl
Torgeir Vraas Plass 6
3044 Drammen
Tlf: 32 83 26 40
www.odontia.no
drammen@odontia.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Christine Dæhli Oppedal

Spesialist i oral protetikkl
Tannlege Ole Johan Føske Johnsen
Spesialistkandidat i oral protetikkl
Grønland 40
3045 Drammen
Tlf: 97474300
post@spesunion.no
www.spesialistklinikken-unionbrygge.no

Tannlegene Sydow og Mo AS

Odontologisk spesialistpraksis
Spesialister i oral protetikkl:

Arild Mo

Carl Hjortsjö ph.d

Åshild K Frettem

I tverrfaglig samarbeid med:
Siv Forsberg Hansen spes. oral kirurgi/
medisin
Odd Carsten Koldsland, ph.d, spes. perio
Jørgen Hugo spes. kandidat perio
Ulf Riis spes. kjeve og ansiktsradiologi
Torgeir Vraa's Plass 4
3044 Drammen
Tlf. 32 83 10 54
post@tannlegesydow-mo.no
www.sydowogmo.no

INNLANDET

Tannlege Eva Gunler

Implantatprotetikkl
Tannlegene i Hippegården
Storgt 111, Pb 110
2390 Moelv
Tlf. 62367301

NORDLAND

Tannlege Are Arnesen Moen

Spesialist i oral protetikkl
Bodø Tannlegesenter AS
Storgata 3b, 8006 Bodø
Telefon 75 50 65 10
post@bodotannlegesenter.no
www.bodotannlegesenter.no

OSLO

Aktiv Tannklinikk AS

Tannlege Anne Kalvik

Spes. protetikkl. Implantatprotetikkl,
tannslitasje, fast/avtakbar og
kombinasjonsprotetikkl, snorkeskiner.
Tverrfaglig samarbeid på klinikken med
periodontist, kjevekirurg og endodontist.
Storgata 17, 0184 Oslo
Tlf. 22 41 80 80
epost@tannlegekalvik.no
post@aktivtann.no
www.aktivtann.no
Lett tilgang for rullestol/
bevegelseshemmede. Sentralt, nær tog,
buss og trikk

Bjerke Tannmedisin AS
Tannlege Hans Jacob Rønold

Spesialist i oral protetik, Dr. Odont.,
Professor
Protetik bla. med fokus på periodonti og
implantat.
Refstadveien 64
0590 Oslo
Tlf: 22939340
capedelas@gmail.com
Vi bruker HENVISNING.NO

Bjerke Tannmedisin AS
Tannlege Roy Samuelsson

Spesialist i oral protetik
Refstadveien 64
0589 Oslo
Tlf: 22939340
post@tannmedisin.no
Vi bruker HENVISNING.NO

Fjord Dental AS
Monika Caban

Spesialist i oral protetik
Valkyriegata 5
0366 Oslo
Tlf. 22 46 57 23
www.fjorddental.no
post@fjorddental.no

Holtet Spesialisttannhelse AS
Tannlege Knut-Erik Jacobsen

Kongsveien 94
1177 Oslo
Tlf. 21 41 50 80
www.spesialisttannhelse.no
post@spesialisttannhelse.no

KIRURGIKLINIKKEN

Hanne Gran Ohrvik, spes. protetik.
Implantatprotetik
Kirkeveien 131, 0361 Oslo
Tlf. 23 36 80 00
Faks. 23 36 80 01
post@kirurgiklinikken.nhn.no
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

OC Festningen Tannklinikk

Tannlege Cathrine Å. Karlsen, spes.
protetik. Implantatprotetik
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.octannklinikk.no
hei@festningentannklinikk.no

Oral kirurgisk klinikk Oris dental

Spesialistklinikk
Tannlege, PhD Jørn A. Aas
Spesialist i oral protetik
Implantatprotetik
Fridtjof Nansens Vei 19,
0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90
Faks: 23 19 61 91
Oralkirurgisk@orisdental.no
www.orisdental.no/klinikker/oralkirurgisk-
klinikk

Oslo Endodontisenter

Rune Sollin
Spesialist i oral protetik
Sørkedalsveien 10B
0369 Oslo
Tlf: 24 07 61 61
www.odontia.no
post@osloendo.no

SpesDent

Spesialistklinikk
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Henrik Skjerven PhD
Allina Iqbal
Spesialister i oral protetik
Implantatprotetik
Tlf. 22 95 51 00
Vi tar i mot elektroniske henvisninger
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Tannlege Elisabeth Henderson

Spesialist Oralprotetik
Implantologi, Porslensfasader,
Kombinasjonsprotetik, Snorkeskinner

Tannlege Åshild Kvamen Frettem

Spesialist Oral protetik
Slottsparkentannklinikk As
Tannlegene Stene- Johansen
Parkveien 60, 0254 Oslo
Tlf 22441738
www.Slottsparkentannklinikk.no,
post@slottsparkentannklinikk.no

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk
Trond Storesund, spesialist i oral protetik
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf: 52 70 77 00
www.tkrogaland.no

Odontia Tannlegene Haugesund

Trond Storesund
Spesialist i oral protetik
Sørhauggata 11
5527 Haugesund
Tlf: 52 71 10 00

www.odontia.no
haugesund@odontia.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Inken Reichhelm, spesialist i oral protetik
Lena Johansen, spesialist i oral protetik
Torbjørn Leif Hansen, spesialist i oral protetik
Torgveien 21 B
4016 Stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

Tannlege Hannu Larsen

Spesialist oral protetik
Tannklinikken Larsen og Bøe
Implantatbehandling
Løkkeveien 51
4008 Stavanger
Tlf. 51 53 13 00
post@tannlegenelarsenogboe.no
www.tannlegenelarsenogboe.no

TROMS

Tannlege Hans Are Ovanger

Implantatprotetik
Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
hans.are@tannlegespesialistene.no

TRØNDELAG

Bakke tannlegekontor AS

Tannlege Amanda H. Ulsund

Spesialist oral Protetik
Implantatprotetik, fast og avtakbare
proteser, tannslitasje, estetisk behandling,
TMD, Søvnapné.
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor.no
www.bakketannlegekontor.no

Tannlege Eva Børstad

TY tannklinikk Liljendal
Peder Falcks vei 3, 7044 Trondheim
Tel. 73602030
e-post: eva.borstad@tytannklinikk.no

VESTFOLD

Odontia Kaldnes Tannhelse

Monika Caban

Spesialist i oral protetik
Rambergveien 3
3115 Tønsberg
Tlf: 33 38 08 88
www.odontia.no
tonsberg@odontia.no

Tønsberg Tannlegevakt

Tannlege Pål-Espen Tannmand

Tannlege Sigurd Schneider

Spesialist i oral protetik. Implantatprotetik.
TMD. Søvnapné
TOO tannlege, Narkose
Storgaten 27B
3126 Tønsberg
Tlf. 40 61 12 12
tonsberg-tannlegevakt.no
tannmand@tonsberg-tannlegevakt.no

VESTLAND

Tannlege Marit Morvik

Spesialist i oral protetik
Rehabilitering, fast og avtakbar protetik,
tannslitasje, implantatbehandling og
estetisk tannbehandling.
Behandlingsplanlegging og rådgivning.
Bergen Nord tannhelsesenter, en del av OC
Tannklinikker
Åsamyrane 90
5116 ULSET
Telefon 55395080
marit.morvik@bergennordtannhelse.no
Klinikk:www.bgn-tannhelse.no
Web:www.octannklinikker.no

ØSTFOLD

Odontia Tannlegene Walle

Rune Sollin

Spesialist i oral protetik
Gudes gate 1 B
1530 Moss
Tlf: 69 20 54 00
www.odontia.no
walle@odontia.no

Varna Tannlegesenter

Spesialist i oral protetik **Sigurd Schneider**

Spesialist i oral protetik **Lars-Fredrik**

Gjølstad

Rosenvingesvei 8
1523 Moss
Tlf: 69 26 49 00
www.odontia.no
varna@odontia.no

PEDODONTI

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Marie Anette Nilsen

spesialist i pedodonti
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Sonja Yr Løken, Andrzej Pawlowski, Ciara

Houlihan

spesialist i pedodonti
Torgveien 21 b, 4016 Stavanger
Tlf 51506810
www.tkrogaland.no

PERIODONTI

AGDER

Spesialist i periodonti Eirik M. Aaen

Oris Dental Kristiansand
Markensgate 17, 4611 Kristiansand
Telefon: 38 02 73 80
E-post: kristiansand@orisdental.no

Oris Dental Søgne
Rådhusveien 37, 4640 Søgne
Telefon: 38 05 06 68
E-post: sogne@orisdental.no

AKERSHUS

Kjeller Tannhelse

Simen W. Johnsen

Spesialist i periodonti
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

Ski Tannlegesenter

Tannlege Torkel Kolsrud. Kort ventetid.

Jernbaneveien 4
1400 Ski
perio@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600
Implantatbehandling
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Implantatkirurgi

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Jørgen Hugo

Spesialist i periodonti
Jarveien 1A, 1358 Jar,
tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

Tannlege Marie Fjærtøft Heir

Strøket 9, 1383 Asker
Tlf. 66 78 97 47
Faks 66 75 93 33

Tannlege Berit Bae Lier

Sentrumsveien 4, 1400 Ski
Tlf. 64 87 41 20
Faks 64 87 19 50

Tannlege Tove Roscher

Depotg. 20, 2000 Lillestrøm
Tlf 63 81 22 76
post@tannlegenedepotgaten.no

BUSKERUD

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Kristin Rustand

Spesialist i periodonti
Postboks 1164, 3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Ringerike Tannlegesenter AS

Tannlege Dr.Odont Kristin M. Kolltveit

Spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Implantatbehandling
Mukogingival kirurgi
Preprotetisk gingival kirurgi
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Jon Flinth Vatne

Spesialist i periodonti

Tannlege Kristin Rustand

Spesialist i periodonti

Tannlege Siddharth Shanbhag

Dr. odont, spesialistkandidat i periodonti
Grønland 40
3045 Drammen
Tlf: 97474300
post@spesunion.no
www.spesialistklinikken-unionbrygge.no

Periospesialist Sandra B. Tunbridge
Oris Dental Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
<https://orisdental.no/klinikker/drammen/>

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS
Cecilia Johansson
Spesialist i periodonti
Lille Strand gt. 3, 2317 Hamar
Tlf # 62 52 36 96
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

Lillehammer Tannhelse
Knut Sæther
Spesialist i periodonti
Nymosvingen 6
2609 Lillehammer
Tlf: 61 25 06 64
www.odontia.no
lillehammertannhelse@odontia.no

Tannlege Martin Wohlfeil
Spesialist i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Estetisk mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Klinikk77 AS
Kirkegata 77 , 2609 Lillehammer
Tlf. 61 24 00 04
post@k77.no
Tilgang for handicappede.
Nær parkering, buss og tog

Tannlege Klaus Ånerud
Spesialist i periodonti
Implantatkirurgi
Implantatprotetikk
Parkveien 7, 2212 Kongsvinger
Tlf. 62 81 46 78
klaus.anerud@gmail.com

OSLO

Aktiv Tannklinikk AS
Tannlege Janet Maistry Østrem
Spesialist i periodonti
Storgata 17
0184 Oslo
Tlf: 22 41 80 80
Email: post@aktivtann.no
www.aktivtann.no

Bjerke Tannmedisin AS
Tannlege Caspar Wohlfahrt
Spesialist i periodonti, 1. amanuensis, PhD, MS
Periodonti
Implantatkirurgi
Estetisk (Mucogingival) kirurgi
Refstadveien 64
0589 Oslo
Tlf: 22939340
capedelas@gmail.com
Vi bruker HENVISNING.NO

Bjerke Tannmedisin AS
Tannlege Maria Balta
Spesialist i periodonti, 1. amanuensis, PhD
Periodonti
Implantatkirurgi
Estetisk (Mucogingival) kirurgi
Refstadveien 64
0589 Oslo
Tlf: 22939340
capedelas@gmail.com
Vi bruker HENVISNING.NO

Bjerke Tannmedisin AS
Tannlege Anders Verket
Spesialist i periodonti, 1. amanuensis, PhD
Periodonti
Implantatkirurgi
Estetisk (Mucogingival) kirurgi
Refstadveien 64, 0589 Oslo
Tlf: 22939340
capedelas@gmail.com
Vi bruker HENVISNING.NO

Nordstrand Tannhelse AS
Tannlege Trond Telje
Spesialist i periodonti
Von Øtkens vei 1, 1169 Oslo
Tlf. 22 61 32 01
post@nordstrandtannhelse.no
www.nordstrandtannhelse.no

SpesDent
Spesialistklinikk
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Spesialist i periodonti Ingeborg Kolseth
Tlf. 22 95 51 00
Vi tar i mot elektroniske henvisninger
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Spesialistklinikk for Periodonti as
Tannl.spes.perio Bettina Iversen Thomseth
Tannl.spes.perio John Erik Thomseth
Tannl.spes.perio Helena Olavsdottir Haugbo
Hegdehaugsv. 36
0352 Oslo
Tlf. 22 46 78 10
post@spes-periodonti.no

Tanntunet AS
Tannlege og Dr.odont. Mawaan Khadra
Spesialist i periodonti
Ny dalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvising@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Tannlege Nina Bjergene
Akersgata 16
0158 Oslo
Telefon 23 10 53 50
post@periodonti.no

Tannlege Karin Børsum
Spesialist i Periodonti
Lilleaker Tannklinikk
Lilleakerveien 31
0283 Oslo
Tel 22505103/97501616
<https://www.lilleaker-tannklinikk.no>
post@lilleaker-tannklinikk.no

Tannlege Mette Gilhus Hillestad
Slem dal tannlegesenter
Stasjonsveien 4
Postboks 31
Slem dal 0710 Oslo
Tlf. 22 14 18 00
firmapost@slem dal-tann.nhn.no
www.slem dal-tann.no

Periospesialist Ingeborg Kolseth
Akersgata 16, 0158 Oslo
post@periodonti.no

Tannlege Spesialist Periodonti
Dr.Med. Annika Sahlin Platt
Periodontal behandling, Implantat,
Implantat protetikk , Periimplantit,
proteser og biteskinner
Slottsparkentannklinikk As
Tannlegene Stene- Johansen
Parkveien 60
0254 Oslo
Tlf 22441738
www.Slottsparkentannklinikk.no,
post@slottsparkentannklinikk.no

Tannlege Sandra Bellagamba Tunbridge

Grünerløkka tannhelsesenter
Thorvald Meyersgt. 33, 0555 Oslo
Tlf. 22 35 77 92
Faks 22 35 49 18
Mobil: + 47 984 777 62

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Erik Klepsland Mauland, spesialist
i periodonti
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

Odontia Tannlegene Haugesund Vidar Ingvaldsen

Spesialist i periodonti
Sørhaugata 111
5527 Haugesund
Tlf: 52 71 10 00
www.odontia.no
haugesund@odontia.no

Tannlegene Hetland AS Tannlege Trond Ole Hetland, Tannlege Pedro Franca

Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Lorenz Volker Knie, spesialist i periodonti
Torgveien 21 b
4016 Stavanger
Tlf 51506810
www.tkrogaland.no

TELEMARK

Holtanklinikken, prof. Hans Preus

Spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Folkestadvegen 12, Pb 153
3833 Bø i Telemark
Tlf: 35 06 10 50
post@holtanklinikken.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Spes. Perio Dr. Alberto Turri

Nedre Bakklandet 58 c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor.no
www.bakketannlegekontor.no

VESTFOLD

Odontia Sandefjord

Arnt Helge Dybvik
Spesialist i periodonti
Aagaards Plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 44 60 30
www.odontia.no
sandefjord@odontia.no

Perio Tannklinikken AS

Tannlege Nico H. Toosinejad
Systematisk periodontal behandling
Mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Kilgata 9, 3217 Sandefjord
Tlf. 33 46 22 11, 33 46 28 13
post@perioklinikken.com

ØSTFOLD

Kransen Tannlegesenter AS

3 spesialister i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Implantatbehandling
Estetisk mucogingival kirurgi
Kransen, 16, 1531 Moss
kransentannlegesenter.no
kransen@smilehull.no
Tlf: 69 25 19 82

Odontia Tannlegene Walle

Lars Walle

Spesialist i periodonti
Gudes gate 1 B
1530 Moss
Tlf: 69 20 54 00
www.odontia.no
walle@odontia.no

Varna Tannlegesenter

Jon Olav Kubberød

Spesialist i periodonti
Rosenvingesvei 8
1523 Moss
Tlf: 69 26 49 00
www.odontia.no
varna@odontia.no

Tannlege Karin Børsum

Spesialist i Periodonti
Oris Dental Moss Spesialistklinik
Dronningens gate 19
1530 Moss
Tel 69241950
https://orsidental.no/klinikker/moss-
spesialistklinik
moss-spesialistklinik@orsidental.no

SPESIALKOMPETANSE

IMPLANTATPROTETIKK

* Godkjent til å utføre implantatprotetisk
behandling med tryggestønad.

AGDER

Odontia Tannlegene Lyngdal Steinar Osmundsen

Tannlege
Kirkeveien 17
4580 Lyngdal
Tlf: 38 34 44 80
www.odontia.no
lyngdal@odontia.no

AKERSHUS

Odontia Tannlegene Sandvika Sheeba Kumar

Tannlege
Brodtkorbsgate 7
1338 Sandvika
Tlf: 67 55 07 00
www.odontia.no
sandvika@odontia.no

Odontia Tannlegene Ås

Harald Høyvik

Tannlege
Rådhusplassen 29
1430 Ås
Tlf: 64 94 09 51
www.odontia.no
aas@odontia.no

Ski Tannlegesenter

Tannlege Magnus Paulsbo,
Tannlege Morten Paulsbo. Kort ventetid.
Jernbaneveien 4
1400 Ski
implantat@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Julie Frigaard, PhD

Implantatprotetikk
Jarveien 1A, 1358 Jar, tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

Tannlege MNTF Hans Kristian Dahl

Son Torg, Storgt. 25
1555 Son
64 95 80 00/64 95 85 85
tahk.da@online.no

BUSKERUD

Accept Dental Tannlegesenter

Tannlege Simon Budak

Godkjent for implantatprotetikk med trygderefusjon (UiO)
Master of Science in Implantology and Dental Surgery
Storgata 8, Kongsberg
Tlf.: 32753233
www.acceptdental.no
service@acceptdental.no
Vi har også oral kirurg på klinikken.
Tilrettelagt for rullestolbrukere.

Ringerike Tannlegesenter AS

Tannlege Bjørn Even Gulsvik

Kartverksveien 9
3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Tannlege Trond Anderssen

Oris Dental Drammen
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

Tannlege Bent Dramdal

Myntgt. 5, 3616 Kongsberg
Tlf. 32 73 10 06, faks 32 72 42 28
Klokkebakkentannlegene@gmail.com

Tannlege Terje Døvik

Samarbeider med
Dr.odont, oralkirurg Gudmundur Björnsson
Oralkirurg Kjetil Misje
Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas plass 6, 3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50
terje.doviken@drammenoralkirurgi.no
www.drammenok.no

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS

Tannlege Caslav Kokosar

Lille Strand gt. 3
2317 Hamar
Tlf. 62523696
www.aktivtannhelse.no
post@aktivtannhelse.no

Hartz Dental AS

Tannlege Einar Hartz
Storgata 7b
2408 Elverum
Tlf 62432100
www.hartzdental.no
info@hartzdental.no

Odontia Tannlegene Brumunddal

Tannlege Jørn Bang-Larsen

Tannlege Ingeborg Langmoen Ørum

Tannlege Hildegunn Wingdahl

Nygata 9
2380 Brumunddal
Tlf: 62 34 05 26
www.odontia.no
brumunddal@odontia.no

Odontia Tannlegene Lillehammer

Lilletoget

Tannlege Kristin Lillemo-Thorud

Storgata 89
2615 Lillehammer
Tlf: 61 25 27 63
www.odontia.no
lillehammer@odontia.no

Odontia Tannlegene Stange

Espen Mjelde

Tannlege
Storgata 4
2335 Stange
Tlf: 62 57 38 80
www.odontia.no
stange@odontia.no

Olivera tannhelseteam

Tannlege Olivera Maksimovic

Storgata 64B
2609 Lillehammer
tlf. 61256789
www.oliveratannhelseteam.no
post@oliveratannhelseteam.no
åpningstid: 08-18

MØRE OG ROMSDAL

Odontia Kvernberget

Kirsti Kristoffersen

Tannlege
Rørgata 8
6517 Kristiansund
Tlf: 71 67 00 00
www.odontia.no
kvernberget@odontia.no

Sentrum Tannhelse Odontia

Tannlege Gøran Aass

Tannlege Camilla Anderson

Postboks 2166 Løkkemyra
6502 Kristiansund
Tlf: 71 67 25 00
www.odontia.no
sentrumtannhelse@odontia.no

Tannlegekontoret Volda

Tannlege John Thomas Riise

Tannlege Silje E. V. Heggedal

Hamnegata 5
6100 Volda
Tlf: 70 07 60 67
www.odontia.no
tannlegekontoret@odontia.no

Tannlege Helene Herje

Tannlegene i Myrabakken
Myrabakken 5, 6413 Molde
Tlf. 71 21 55 15
post@tannlegeneimyrabakken.no
www.tannlegeneimyrabakken.no
Tilrettelagt for rullestolbrukere

NORDLAND

Odontia Tannlegene Sortland

Line Pedersen

Tannlege
Kjøpmannsgata 22
8400 Sortland
Tlf: 76 12 22 35
www.odontia.no
sortland@odontia.no

Tannlege Per Hamre

Tannboden Brønnøysund AS
Storgata 19
8900 Brønnøysund
Telefon 924 79 700

OSLO

Fjord Dental AS

Martin Christopher Hoftvedt

Spesialkompetanse Implantatprotetikk
Spesialistkandidat Oral Protetikk, UiO
Valkyriegata 5
0366 Oslo
Tlf. 22 46 57 23
www.fjorddental.no
post@fjorddental.no

OC Festningen Tannklinikk

Tannlege Cathrine Å. Karlsen

Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
hei@festningentannklinikk.no
www.octannklinikker.no

Odontia Tannlegene Oslo Sentrum

Tannlege Lasse Fasting

Tannlege Temoor Ilyas

Skippergata 33
0154 Oslo
Tlf: 22 34 82 00
www.odontia.no
oslosentrum@odontia.no

Odontia Tannlegene Røa

Shilpi Midha

Tannlege
Vækerøveien 205A
0751 Oslo
Tlf: 23 25 15 60
www.odontia.no
roa@odontia.no

Odontia Tannlegene Ullevål

Tannlege Anne-Sofie Brath

Tannlege Steinar Osmundsen

Kirkeveien 166
0450 Oslo
Tlf: 21 08 04 44
www.odontia.no
Ullevaal@odontia.no

Tanntunet AS

Tannlege Kristin W. Haugstoga

Samarbeider med Spes. i
Maxillofacialkirurgi & Spes. i Oralkirurgi og
oral medisin **Even Mjøen**
Nydaalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf: 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Tannlege Siv Kristin Helgheim

Tannlege Parwana Naimy

Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo
siv@rommentannhelse.no
www.tannogkjeveklinikken.no
Tlf: 22 21 42 22

Tannlege, PhD (dr.odont)

Elisabeth Aurstad Riksen

Bygdøy Alle 58 B, 0265 OSLO
Tlf: 22 44 86 13
tannrik@online.no
www.tannlege-ar.no
Åpningstider: Man–fre 8–16

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk

Tannlege Linh Bui

Tannlege Øivind Nerheim Torkelsen

Luramyrvæien 12,4313 SANDNES
Tlf: 51 96 99 99
post@forustann.no
www.forustann.no

Haugesund spesialisttannklinikk

Carla Ramirez

spesialkompetanse implantatprotetikk
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

Odontia Tannlegene Haugesund

Vibeke Bjerkvig

Tannlege
Sørhauggata 111
5527 Haugesund
Tlf: 52 71 10 00
www.odontia.no
haugesund@odontia.no

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Tannlege Gaute Kommedal

Tannlege Linh Bui

Tannlege Eniko Kovacs

PB. 73 Sentrum
4001 Stavanger
Tlf: 51 53 01 99
post@stavangertann.no
www.stavangertann.no

Tannlegene Hetland AS

Tannlege Trond Ole Hetland

Tannlege Pedro Franca

Implantatbehandling
Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf: 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

Waage Tannlegesenter

Tannlege Fredrik Waage

Kjøpmannsbrotet 5
4352 Kleppe
Tlf: 51 42 16 94
Mail: post@waage.no
Web: www.waage.no
Åpningstider: 08.00–15.30.

Tannlege Leif Berven

Pb 430
4379 Egersund
Tlf: 51 49 11 30
Faks 51 49 33 82
leif_berven@hotmail.com

TELEMARK

Sentrum Tannklinikk Porsgrunn AS

Tannlege Aiste A. Aasen

Implantatprotetikk
Storgata 146, 3915 Porsgrunn
post@sentrumtannklinikkporsgrunn.no
Tlf. 40455514, 40455237

Tannlegene Otterstad A/S

Tannlege Per-Christian Otterstad

Tannlege Per Otterstad

Storgaten 118 A,
3921 Porsgrunn
Tel. 35 930360
www.tannlegeneotterstad.no
post@tannlegeneotterstad.no

TROMS

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS

Implantat / protetikk, samt alle typer
tannbehandlinger i narkose.

Sjøgata 39, 3. etasje

9008 Tromsø

Tlf: 975 35 000

post@ttkns.no

www.ttkns.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Kai Sandvik

Nedre Bakklundet 58 c
7014 Trondheim
Tlf: 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor.no
www.bakketannlegekontor.no

TANNLEGE ALSTAD AS

v/Tannlege Miriam Elisabeth Alstad

v/Tannlege Per Johan Alstad

Jernbanegt. 15

7600 Levanger

tlf. 74 08 23 35

mea@tannlege-alstad.no

pja@tannlege-alstad.no

www.tannimplantater.no

Tannlege Angelus AS

Abel Margrethe Meyersgt. 8

7800 Namsos

Tlf. 74 27 22 69

nik.angelus@gmx.net

Åpningstider mandag–fredag 08.00–15.30

Mulighet for å ta imot funksjonshemmede

Tannlege Lars Rudel

v/Tannleger Bilstad, Rudel og Moen
Skolegata 14
7713 Steinkjer
<https://tannlegesteinkjer.no>
lars.rudel@tannlegesteinkjer.no
Tlf. 46 700 287

VESTFOLD**Odontia Tannlegene Larvik****Silje Eikre**

Tannlege
Prinsegata 3-5
3256 Larvik
Tlf: 33 18 44 24
www.odontia.no
larvik@odontia.no

Odontia Tannlegene Sandefjord**Odd-Magne Liaskar**

Tannlege
Aagaards Plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 44 60 30
www.odontia.no
sandefjord@odontia.no

Perio Tannklinikken AS**Tannlege, periodontist Nico H. Toosinejad**

Kilgata 9, 3217 Sandefjord
Tel 33 46 22 11, 33 46 28 13
post@perioklinikken.com

Tannklinikken Skeie AS

Tannlege Anne Therese Omdal
Tannlege Rune Skeie
(Oralkirurg Fredrik Lindberg)
-sedasjon/narkose om ønskelig
Aagaards plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

ØSTFOLD**Odontia Tannlegene Varna****Tannlege Ola Hall****Tannlege Ingebjørg Lunde**

Lilleeng Helsepark, inngang B
Rosenvingesvei 8
1523 Moss
Tlf: 69 26 49 00
www.odontia.no
varna@odontia.no

Privattannlegene AS**Tannlege Tore Karlsen****Tannlege Pål Sørensen**

Farmannsgt 13b
1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 25 27
resepsjon@privattannlegene.no
www.privattannlegene.no
Tilrettelagt for funksjonshemmede

Rakkestad Tannlegesenter**Tannlege Nohad Mousa**

Storgata 42
1890 Rakkestad
Tlf: 69221555
rakkestadtannlegesenter.no
tnl.sent@online.no

LYSTGASS**AKERSHUS****Ski Tannlegesenter**

Flere tannleger med lystgassautorisasjon.
Kort ventetid.
Jernbaneveien 4
1400 Ski
lystgass@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

NORDLAND**Tannlege Per Hamre**

Tannboden Brønnøysund AS
Storgata 19
8900 Brønnøysund
Telefon 924 79 700

TRØNDELAG**Tannlege Yvonne Rudel**

v/Tannleger Bilstad, Rudel og Moen
Skolegata 14
7713 Steinkjer
<https://tannlegesteinkjer.no>
yvonne.rudel@tannlegesteinkjer.no
mobil 46700287

NARKOSE/SEDASJON**AKERSHUS****Ski Tannlegesenter**

Jernbaneveien 4
1400 Ski
narkose@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

BUSKERUD**Oris Dental Drammen/****Drammen Spesialistsenter**

i samarbeid med anestesilege Terje
Hanche-Olsen
Øvre Torggt 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks: 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
<https://orisdental.no/klinikker/drammen/>

INNLANDET**Aktiv Tannhelse AS**

Lille Strand gt. 3
2317 Hamar
Telefon: 62523696
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

MØRE OG ROMSDAL**Aksla Tannhelse AS**

Vi tilbyr behandling i narkose/sedasjon.
Ystenesgata 6B
6003 Ålesund
Tel: 70 12 22 94
hei@akslatannhelse.no
<https://akslatannhelse.no/narkose/>

NORDLAND**Tannlege Per Hamre**

Tannboden Brønnøysund AS
Storgata 19
8900 Brønnøysund
Telefon 924 79 700

OSLO**Fjærvik klinikken**

Tannlegene Ingrid Fjærvik og Vera Breivik
Narkose/sedasjon/lystgass
Sommerrogata 13-15, 0255 Oslo
Tlf. 21 63 16 00
www.fjaervikklinikken.no
Epost: post@fjaervikklinikken.no
Tilgjengelig for bevegelseshemmede
Kveldsåpent

Tanntunet AS

Vi tilbyr behandling i sedasjon/narkose
Anestesilege Stefan Hauptig
Ny dalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvising@tanntunet.no
www.tanntunet.no

ROGALAND

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Vi tilbyr behandling i full narkose og i sedasjon hos våre oralkirurger Dr. Peter Schleier og Attila Csillik, samt hos våre tannleger Gaute Kommedal, Linh Bui og Eniko Kovacs.
PB 73 Sentrum
4001 STAVANGER
Tlf : 51 53 01 99
post@stavangertann.no
www.stavangertann.no

TROMS

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS

Implantat / protetik, samt alle typer tannbehandlinger i narkose.
Sjøgata 39, 3. etasje
9008 Tromsø
Tlf: 975 35 000
post@ttkns.no
www.ttkns.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

i samarbeid med
anestesilege Jostein Brede
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor.no
www.bakketannlegekontor.no

VESTFOLD

Tannklinikken Skeie AS

Kons, protetik, syst.perio., endo, kirurgi, implantat i sedasjon eller narkose
Overlege Johan Peder Smedvig, spes. i anesthesiologi
Aagaards plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

ANDRE KOLLEGIALE

HENVISNINGER

NTF påtar seg ikke ansvar for at tannleger som annonserer under «andre kollegiale henvisninger» har nødvendige formelle kvalifikasjoner.
Under denne overskriften kan man annonsere at man tar i mot henvisninger innenfor oral implantologi, narkose, odontofobi osv.
For mer informasjon, henv.
Eirik Andreassen, tlf. 22 54 74 30,
eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

AKERSHUS

Kjeller Tannhelse

Spesialist- og allmennpraksis
Spesialist i Oralprotetik Trine Bjelke-Holtermann
Spesialist i Endodonti Erik Katle
Spesialist i Oralkirurgi og medisin Modassar Amin
Spesialist i Kjeve og ansiktsradiologi Ingvild Vestengen
Spesialist i Periodonti Simen W. Johnsen
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

INNLANDET

Tannlege Veslemøy Linde

Kompetanse innen søvnmedisin og søvnapné
Mjøstannlegene
Storgata 16
2815 GJØVIK
Tlf 61130825
epost: post@claria.as

OSLO

Avdeling for patologi, Rikshospitalet

Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo
Tar imot og besvarer biopsier fra tannleger og oral kirurgi, se nettside *labfag.no* (søk oralpatologi)
Spesialkompetanse i oralpatologi
Tannlege, dr. odont. Tore Solheim
Telefon: 22 84 03 78/41 44 73 36
solheim@odont.uio.no
Tannlege, Phd Tine Søland
Telefon: 22 84 03 76
tinehe@odont.uio.no

SENSODYNE

CLINICAL

REPAIR

NYHET

HALEON

NO. 1 DENTIST
RECOMMENDED BRAND

SENSODYNE



STARTS TO
REPAIR
SENSITIVE
TEETH IN
2 MINS*

CLINICAL
REPAIR

DEEP CLEAN

Begynner å **REPARERE** sensitive tenner på **2 MINUTTER***

32 % mer effektiv rengjøring**
og samtidig skånsom mot emaljen.

Klinisk bevist langvarig
lindring av ising.***

Unik **NovaMin®**-teknologi.

Opplev neste
generasjons tannkrem.



Bestill prøvetuber
via QR-koden.

*Klinisk bevist lindring av ising innen 3 dager.
**Vs Sensodyne Repair & Protect Deep Repair.
***Ved kontinuerlig bruk.
Varemerke eies av eller lisensieres til Haleon.
©2026 Haleonkonsernet eller dets lisensgiver.
PM-NO-SENO-25-00026 11/25

HALEON

STILLING LEDIG

TANNLEGE SØKES, OSLO

Vi søker en selvstendig og kvalitetsbevisst tannlege i en 60% stilling. Du må like å jobbe i team og å samarbeide, men må også kunne arbeide selvstendig, være ivaretagende og kunne kommunisere godt såvel med pasientene som med kollegaene.

Vi er en veletablert tannklinikk med et hyggelig og inkluderende arbeidsmiljø bestående av to tannleger, tannpleier og sekretær.

Søkeren må beherske norsk muntlig og skriftlig og ha norsk autorisasjon.

Søknad/CV sendes til post@bolertannhelse.no

TANNSTELLET – LENA TANNHELSESENTER SØKER TANNLEGE

Tannstellet Lena tannhelsesenter er en veletablert tannlegepraksis beliggende 20 km fra Gjøvik. Vi søker en engasjert tannlege i 80 % stilling, med gode muligheter for utvidelse til 100 % stilling i løpet av kort tid.

Tiltredelse: Etter avtale

Kontakt: lenatannhelsesenter@gmail.com

TANNLEGE SØKES I SPYDEBERG

Tebotannlegene i Spydeberg søker tannlege i 60-100 % vikariat, oppstart januar 2027 tom juli 2027, med tilbud om fast 40 % stilling etter dette. Hvor stor stillingsprosent (innenfor 60-100 %) du ønsker i vikariatet, kan du bestemme selv. Du kommer rett inn i en etablert timebok med et hav av hyggelige pasienter.

Vi er en moderne klinikk med svært godt omdømme, fornøyde pasienter og er i stadig vekst. Spydeberg er et koselig tettsted 35 min med tog fra Oslo S.

Hvis du bor i, eller planlegger å bosette deg i Indre Østfold eller omegn, vil du bli prioritert.

Vi kan tilby:

- Moderne og velutstyrte lokaler, 3 behandlingsrom, OPG og skanner
- Gode inntjeningsmuligheter
- Et godt arbeidsmiljø med vekt på trivsel og faglig utvikling

Vi ser etter deg som:

- Setter pasienten i fokus, er positiv, samarbeidsvillig og selvstendig
- Ønsker en variabel og hektisk arbeidshverdag med fulle pasientlister
- Vil være en del av et team som spiller hverandre gode
- Har norsk autorisasjon som tannlege og behersker norsk flytende, både muntlig og skriftlig.

Søknad, CV og eventuelle spørsmål sendes til: post@tebotannlegene.no.

Søknader vurderes fortløpende. Vi ser frem til å høre fra deg!



TEBOTANNLEGENE



**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**



Tannlege søkes til svangerskapsvikariat ved Akسدal tannklinikk!

80–100 % stilling fra januar–august 2027.
Hyggelig arbeidsmiljø og spennende arbeid. Lønn etter avtale.
Interessert? Kontakt oss på post@aksdaltannklinikk.no

Bli en del av Oris Dental Melhus

Vi er i sterk vekst og utvider klinikken med 350 nye m². Med stor pasienttilgang og et sterkt fagmiljø søker vi nå flere kolleger som vil være med på utviklingen videre.

Vi søker:

Tannlege – 100 %
Kjeveortoped – 50–100 %
Spesialist i periodonti – 50–100 %
Oppstart alle stillinger mars 2027

Hos oss får du et moderne og tverrfaglig arbeidsmiljø, erfarne kolleger, gode utviklingsmuligheter og et solid pasientgrunnlag – kun 15 minutter sør for Trondheim.



Nysgjerrig? Ta gjerne kontakt for en uforpliktende prat.

Kai Åge Årseth
Clinic Manager og tannlege
911 38 836 | kaiage.arseth@orisdental.no

Bjørn Gunnar Benjaminsen
Tannlege
906 51 970 | bgbenjaminsen@gmail.com

KJØP OG SALG

TANNKLINIKK MEGET SENTRALT PLASSERT I OSLO

ønsker samarbeid med tannlege med egne pasienter, eventuelt en spesialisttannlege med egne henvisninger. Lokalene er i nærheten av Nationaltheatret, og klinikken er romslig og velutstyrt. Det kan bli aktuelt med overtakelse av klinikken på sikt.

Ta kontakt med erlendur@vika-tannhelse.no ved interesse.

UTSTYR

Nye Turbin, Vinkel og litt til selges rimelig.
Kontakt : rezapanj@yahoo.no

OSLO

Solopraksis i daglig drift i Oslo sentrum selges på grunn av pensjonering. Takst fra Oslo Tannlegeforening foreligger.

Henvendelse på e-post til: solopraksis.selges@gmail.com

OSLO SENTRUM

Tannlegekontor til leie midt i Oslo sentrum for tannlege med egne pasienter. I samme bygg med flere tannleger.

Henv. tlf. 92286149, e-post: hriazati@online.no

Veldrevet kjeveortopedisk praksis i Haugesund sentrum selges grunnet oppnådd pensjonsalder.

Ønsket overtagelse 2027.

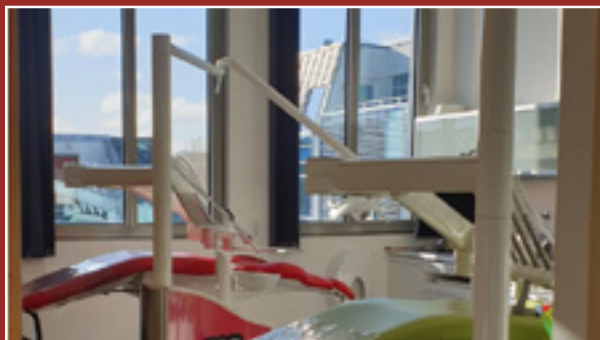
Lyse og lette lokaler fra 2006, med en tilhørende parkering for ansatte.

Om ønskelig kan kontor lokalene og parkering kjøpes. Under klinikken er der et åpent parkeringshus med en times gratis parkering for alle. Praksisen er i dag i full drift med fire ansatte.

- ◇ Pasientliste med recall
- ◇ Areal på 143 m2 med lave felleskostnader, ingen gjeld i sameiet
- ◇ 4 stoler fordelt på to behandlingssoner
- ◇ Resepsjon, steril, laboratorium, pauserom, kontor, røntgenrom, venterom, mm.

HAUGESUND

- Kjeveortopedisk praksis selges rimelig



<https://www.tannreguleringhaugesund.no>
 Interesserte bes ta kontakt på:
 e-post: Signsto@outlook.com
 mobil: 99247210

TANNKLINIKK I ROMSDALEN VURDERES SOLGT

Veletablert, lys og trivelig tannklinikk i Romsdalen vurderes solgt.

Klinikken er i full drift, har god pasienttilgang og lyse, romslige lokaler med moderne og godt utstyr.

En god mulighet for tannlege som ønsker å overta en etablert klinikk med eksisterende pasientgrunnlag og drift.

Nærmere informasjon om klinikken, drift og økonomien gis ved seriøs henvendelse.

Kontakt: vestitann@gmail.com

Smartere drift av tannklinikken

Visuell bemanningsoversikt

Bemanningskalenderen gir helhetlig oversikt over arbeidstider, ferie og fravær for hele personalet.

[illegible]

Rimelig, reklamefri inforskjerm

Styr infoskjermen på venterommet fra din Trinnvis-konto. Kobles til den skjermen du allerede har.



Stoffkartotek som leser, tolker og organiserer databladene

Last opp hele mappen med datablader og la Trinnvis lese dem, tolke dem og presentere dem i en ryddig oversikt for hele personalet. Automatiske forslag til risikovurderinger for alle fareklasser.



HMS

Bedriftshelsetjeneste

Medarbeidersamtaler

Personalregister

Risiko

Avvik

Kriseberedskap

Utstyrskontroll

Datasikkerhet

Når du sjonglerer rollene som bedriftsleder, arbeidsgiver og helsearbeider, er det godt å ha smarte verktøy. Trinnvis hjelper deg å holde orden og oversikt, bruke arbeidskraften effektivt og ivareta et godt arbeidsmiljø. Trinnvis er et felles system for alle på tannklinikken, og gjør det enkelt å dokumentere og kommunisere ansvar, rutiner, oppgaver og planer.



Prøv gratis
Få en demo
Les mer



Utvikles i samarbeid
med Tannlegeforeningen.
Medlemmer får rabatt



trinnvis
Drift • HMS • Kvalitet

Drift • HMS • Kvalitet

#whnordic



wh.com



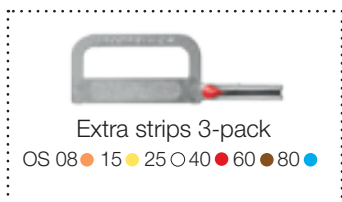
Alt du trenger til IPR behandling



Avstandsmåler IPR-DC



OST400Set03/6, kassett + 6st ortho strips



Extra strips 3-pack

OS 08 ● 15 ● 25 ○ 40 ● 60 ● 80 ●



Start/intro ●



Åpne interproximalt med
Ortho-strips 08 µm opener

Reduksjon ● ● ●



Kontrollert reduksjon med
Ortho-strips 40 µm Central



Kontroller reduksjonen
med intensiv
avstandsmåler

Polering ● ○



Poler og etterbehandle med
Ortho-strip polish 15 µm

*Finnes også med lys

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

