tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
136. ÅRGANG · #7 · 2026



TECHNOMEDICS

www.technomedics.no

Visdomstannekstraksjon på halve tiden

med piezoelektriske hebler



mectron

medical technology





653–712



672

654 Siste nytt først

657 Leder
Nikotinvanene endres – hva med skadene?

659 Presidenten har ordet
En reform må bygge på hele tannhelsetjenesten

662 Originalartikkel
662 Tord Finne Vedøy og Karl Erik Lund: Endringer i andelen brukere av ulike nikotinprodukter i Norge i perioden 2003–2025

672 Sammendrag
672 Randi Jacobsen Bertelsen, Jale Moradi, Eva Gerdts, Ester Kringeland, Anne Isine Bolstad, Dagmar F. Bunæs og Ellen Berggreen: Tobakksrøyking endrer mikrobiomet i både dype og grunne lommer

678 Kronikk
680 Nils Joar Gjerdet: Kunstig intelligens endrer informasjonsbildet

683 Bivirkningsskjema

686 Kommentar og debatt
686 Jon Arne Gangvik-Østgård, Jenny Gundersen, Anna-Lena Løbakk, Ellen Cathrine Mork-Knutsen og Carl Christian Blich: SNU kan ikke støtte regjeringens forslag til tannhelsereform
688 Are Kristofer Hjeltnes: Nå er det på tide vi bygger oss sammen

691 Fra NTF
692 Arbeidsliv: Sykehjelpsordningen gjenåpner, med nye vilkår
694 Spør advokaten: Når arbeidsgiver sier nei til nødvendig arbeidsutstyr
696 Snakk om etikk: Babels tårn –når språket bygger broer og murer
698 Hva sier studentene? Mer enn et ekstra par hender
699 Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning
700 Kurs- og aktivitetskalender
702 Webinar desember 2026
703 LM Takk for i år!
704 Sammen gjør vi kloke valg
705 NTFs symposium 4.–5. mars 2027
706 Husk NTFs nettkurs!
707 Kompetansekurs i psykologisk og farmakologisk behandling av tannbehandlingsangst

708 Notabene
708 Personalia
708 Tilbakeblikk
710 Frister og utgivelsesplan 2026 og 2027

711 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Flere eldre velger vaksine

Tall fra nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK viser god oppslutning om vaksinene i voksenvaksinasjonsprogrammet. Folkehelseinstituttet (FHI) ser spesielt en økning for influensa- og pneumokokkvaksine.

Voksenvaksinasjonsprogrammet ble etablert høsten 2025. Programmet består av influensa- og koronavaksine til eldre og risikogrupper, samt tilbud om pneumokokkvaksine til personer fra det året de fyller 65 år.

Vaksinasjonsdekningen mot influensa blant personer over 65 år har økt, og flere kommuner har nådd det nasjonale målet på 75 prosent. I sesongen 2025–2026 var den nasjonale vaksinasjonsdekningen mot influensa 69 prosent blant personer over 65 år. Det er en økning på tre prosentpoeng sammenlignet med sesongen før.

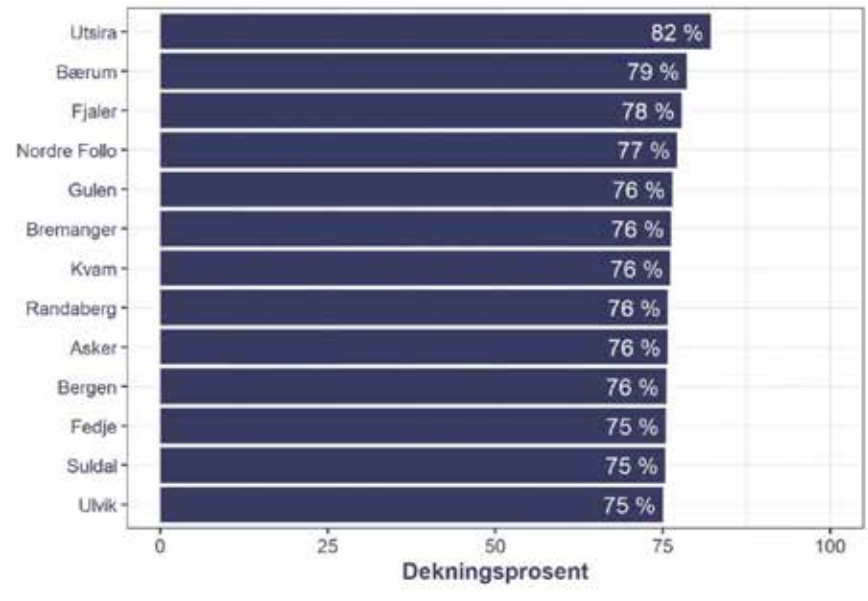
– En svært gledelig utvikling, sier Kjersti Rydland, leder av voksenvaksinasjonsprogrammet ved FHI.

Vaksinasjon mot pneumokokksykdom ble i fjor for første gang tilbudt som en del av et nasjonalt vaksinasjonsprogram for voksne. Blant personer født i 1960 var 43 prosent registrert vaksinert mot pneumokokksykdom ved slutten av forrige sesong Det er en økning fra 13 prosent ved start av vaksineringen høsten 2025.

Blant personer som er 75 år eller eldre, var den nasjonale vaksinasjonsdekningen mot covid-19 på 48 prosent. Dette er en klar nedgang sett i forhold til fjorårssesongen, og nedgangen kan ses over hele landet.

– Vi oppfordrer flere av de eldste til å benytte seg av tilbudet om koronavaksine. Beskyttelsen avtar over tid, og derfor er det viktig å ta vaksinen når den anbefales, sier Rydland.

Tallene viser betydelige forskjeller i vaksinasjonsdekningen mellom fylker og mellom kommuner. Dette gjelder vaksinasjon mot både influensa, korona og pneumokokksykdom. For influensavaksinen var variasjonen mellom kommuner fra 36 til 82 prosent for laveste og høyeste dekning, mens tilsvarende spredning for koronavaksine var på mellom 15 og 71 prosent. Ulikheten i dekning mellom kommuner var likevel størst for pneumokokkvaksinering av 1960-årskullet hvor dekningen lå mellom 10 og 89 prosent.



Figur 1: Oversikt over kommuner med minst 75 prosent vaksinasjonsdekning mot influensa blant personer 65 år eller eldre. Kilde: SYSVAK, Folkehelseinstituttet.

Akademikerprisen til KI-forsker Inga Strümke



Foto: Mona Haugli

KI-forsker Inga Strümke tildeles Akademikerprisen 2026 for sitt bidrag til å gjøre kunnskap om kunstig intelligens tilgjengelig for folk flest. Hun har markert seg som en tydelig og kritisk stemme om teknologiens makt og konsekvenser, skriver Akademikerne.

– Mesteparten av forskningsfronten innen KI er bak lukkede dører. Det vi får vite, er i stor grad det selskapene selv kommuniserer, eller det tidligere ansatte forteller når de advarer om en eksistensiell trussel fra KI. Uavhengige forskere har en helt avgjørende oppgave: Å gi samfunnet kunnskap som ikke er kontrollert av dem som tjener på teknologien, sier prisvinner Inga Strümke.

– Å få denne prisen akkurat i år betyr helt ubeskrivelig mye for meg. Vi har heldigvis kommet forbi det tidligere narrativet der aktiv formidling er ensbetydende med å ofre akademisk kredibilitet, fortsetter Inga Strümke, som har viet en stor del av sitt akademiske virke til formidling.

For Strümke handler formidlingen om å gjøre en teknologi som påvirker stadig mer av samfunnet, forståelig for flere.

– Det viktigste folk bør forstå om KI akkurat nå, er at det ikke er magisk, at det er mulig å forstå, og at det er den mest potente digitale teknologien vi noensinne har laget, sier Strümke.

Akademikerprisen gis til personer som bidrar til akademisk frihet og kunnskapsformidling. Juryen trekker særlig frem prisvinnerens rolle som en fri og kritisk stemme på et felt der teknologien utvikler seg raskere enn reguleringen, og store kommersielle selskaper har betydelig innflytelse.

– Inga Strümke gir oss kunnskap vi trenger for å stille kritiske spørsmål om en tek-

nologi som får stadig større innflytelse på livene våre. Hun har bidratt til å flytte KI-debatten fra tech-industriens hype og folks frykt til kritisk forståelse. Slik bidrar hun til en mer opplyst offentlig debatt og viser hvorfor fri og uavhengig forskning og formidling er så viktig, sier juryleder Håkon Skard.

Strümke er førsteamanuensis ved NTNU. I forskningen sin undersøker hun blant annet hva som skjer når algoritmer får makt til å påvirke beslutninger, og hvordan KI kan reguleres for å sikre ansvarlighet og demokratisk kontroll.

Akademikerprisen består av 200 000 kroner og en skulptur av Nico Widerberg. Tidligere vinnere er blant andre Tiril Willumsen, Thomas Hylland Eriksen, Anine Kierulf, Andreas Wahl, Dag Berild, Kalle Moene og Dag O. Hessen.

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon 2026

Tidende delte ut pris til beste kasuspresentasjon for sjette gang under åpningen av NTFs landsmøte i Stavanger 29. oktober. Prisen gikk til Torgils Lægreid for kasuistikken Kompositttfyllinger i grenseland, publisert i Tidende nr. 9, 2024.

Juryen besto av medlemmene av Tidendes redaksjonskomité: tannlege Odd Bjørn Lutnæs, tannlege Eli-Karin Bergheim og professor Malin V. Jonsson

Om vinneren av Tidendeprisen sier juryen:

«Artikkelen tar opp en klinisk problemstilling som mange møter jevnlig. Den belyser betydningen av personlig tilpassede behandlingsalternativ – det vil si: å se hele pasienten.

Valget mellom krone og stor kompositt-fylling er noe de fleste av oss står i jevnlig, uavhengig av sektor.

Artikkelen går grundig gjennom hele resonnementet – kliniske og radiologiske funn og vurderinger, prognose, økonomi, bespa-relse av tannsubstans – og er direkte anvendbar i praksis.

Gjennomgående god norsk fagterminologi, presise formuleringer og en godt disponert tekst med gode illustrasjoner, gjør artikkelen lett å følge.»



Foto: Heidvig Klem Furset, NPG

Fagstoffet i Tidende er viktig for norske tannlegers kliniske hverdag, og representerer også en viktig kilde til etterutdanning. For de fleste tannleger er Tidende det eneste tidsskriftet de leser. For å inspirere tannleger, enten de jobber klinisk, underviser eller forsker, til å sende inn fagstoff til Tidende, er det opprettet to priser som deles ut vekselvis: én for beste kasuistikk og én for beste originalartikkel. Den siste vil erstatte prisen for beste oversiktsartikkel fra og med 2027.

Det er mange som vil publisere i Tidende og i toårsperioden fra høsten 2024 til våren 2026 publiserte tidsskriftet 18 kasuistikker med norsk førsteforfatter, sammenlignet med ni kasuistikker i perioden 2022-2024. Blant de 18 var flere både gode og relevante, og det var ikke lett for juryen å kåre en vinner.

Kriteriene bak juryens begrunnelse har vært innholdets relevans for Tidendes lesere; disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet, deriblant bruk av godt, norsk fagspråk; diskusjon av behandling og prognose og eventuelle alternative løsninger; illustrasjoner, som røntgen og kliniske bilder og tverrfaglige tilnærminger.



Arthur, 73

Eldre



Zara, 61

Kreftbehandling



Anna, 54

Polyfarmasi



Carole, 45

Kroniske sykdommer



Jane, 49

Overgangsalder

Munntørrhet er en akselerator for karies



1 av 5 voksne pasienter lider av munntørrhet[1]

Blant eldre og de som tar visse medisiner, øker dette til **2 av 5**[1]

Munntørrhet er en akselerator for karies

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

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

Anbefal Duraphat® 5mg/g for å beskytte dine pasienter med munntørrhet 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 pussing 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, -tyggegummi, -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 forårsak allergiske reaksjoner. **Graviditet/Amming:** Skal ikke brukes ved graviditet og amming, 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 tarmskylling 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

1070-02 feb 2026

REDAKTØRANSVAR

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 UTVALG

TRYKT I NORGE NO - 1470

Fagpressen OPPLAGSKONTROLLERT

SVANEMERKET Trykksak 2041 0379

Nikotinvanene endres – hva med skadene?



Foto: Jorunn Greiff Sali

Norge har fått langt færre røykere, i likhet med mange andre land. Betyr det at færre bruker nikotin? Nei, ikke nødvendigvis. Mange har byttet ut sigarettene med snus eller andre nikotinprodukter. To forskningsartikler i denne utgaven av Tidende tar opp bruk av tobakk og nikotin. Den ene viser hvordan nikotinvanene har endret seg, mens den andre handler om hvordan røyking påvirker bakteriene i munnen.

Den første artikkelen viser at stadig færre røyker, mens flere bruker snus. Særlig blant unge har nikotinbruken endret seg. Nedgangen i røyking har skjedd parallelt med økt snusbruk. Betyr dette at snusen har fått folk til å slutte å røyke? Det vet vi ikke sikkert. Også land der salg av snus er forbudt, har hatt stor nedgang i røyking. Noen er kommet like langt som Norge, og noen lenger. Snus kan ha bidratt til nedgangen her hjemme, men er åpenbart ikke den eneste veien til færre røykere.

Er målet at ingen skal bruke nikotin, eller at færrest mulig skal bli syke og dø av tobakksbruk? Svaret trenger ikke være enten eller.

At færre røyker, er utelukkende positivt. Samtidig vet vi at ulike nikotinprodukter er forbundet med ulik grad av risiko. De alvorligste helseskadene ved røyking skyldes først og fremst stoffene som dannes når tobakk brenner, ikke nikotinet alene. For en som røyker og ikke klarer å slutte med nikotin, kan det derfor være en stor helsegevinst å bytte til et mindre skadelig produkt.

Men mindre skadelig betyr ikke ufarlig. Her må vi særlig tenke på unge som begynner med snus eller andre nikotinprodukter uten å ha røykt først. Målet må være både å hjelpe røykere bort fra sigarettene og å hindre at nye generasjoner blir avhengige av nikotin.

I den andre artikkelen, som handler om hvordan røyking påvirker bakteriesammensetningen i tannkjøttlommer, finner forskerne forskjeller mellom røykere, tidligere røykere og personer som aldri har røykt. Røyking kan altså sette spor som ikke alltid er synlige ved en vanlig undersøkelse. Det minner oss om at pasientens røykehistorie er viktig, også når en vurderer risikoen for periodontitt.

Behandlere i tannhelsetjenesten bør derfor spørre pasientene både om hvilke nikotinprodukter de bruker, og hva de eventuelt har brukt tidligere, og samtidig gi god informasjon om forskjellene i helserisiko. Vi vet mye om skadevirkningene av røyking, men mindre om langtidsvirkningene av nyere nikotinprodukter.

Det er fullt mulig å arbeide mot nikotinavhengighet og samtidig mene at det er bedre å bruke snus enn å røyke. Det finnes flere veier til bedre folkehelse, og det er viktig å skille mellom det som er mindre skadelig, og det som er uten risiko. I samtaler én til én er det mulig å nyansere, mer enn i helsekampanjer. Og folk er ikke dumme.

Oppgaven til helsepersonell, også tannleger, må være å skaffe seg kunnskap, bringe den videre og gi råd som bygger på forskning – og som tar hensyn til den enkeltes situasjon.

Ellen Beate Dyvi
Sjefredaktør

Tokuyama

ESTELITE ASTERIA

CREATE
NATURAL
AESTHETICS



Camera access required

En reform må bygge på hele tannhelsetjenesten

De siste ukene har vært krevende for mange tannleger. Regjeringens høringsnotat om en fremtidig tannhelsereform har skapt både engasjement og uro. Ambisjonen er stor: Over tid skal hele befolkningen få rett til nødvendig tannhelsehjelp. Det er et mål Tannlegeforeningen støtter. Vi har lenge arbeidet for at munnhelse skal anerkjennes som en naturlig del av den generelle helsen, og vi har stilt som krav at fremtidens tannhelsetjeneste må baseres på hele tannhelsetjenesten, privat og offentlig.

Da regjeringen la frem sitt forslag, var forventningene høye. Dessverre sitter vi igjen med flere spørsmål enn svar. Høringsnotatet beskriver nye rettigheter, nye strukturer og nye ansvarsforhold, men gir få svar på hvordan personell, kapasitet og finansiering skal følge med. Det skaper usikkerhet for både offentlige og private tannleger.

Særlig bekymringsfullt er det at privat sektor ikke er gitt en tydelig og forpliktende rolle. Den private tannhelsetjenesten representerer kompetanse, kapasitet og investeringer som samfunnet er avhengig av. En reform som skal gi flere rettigheter og bedre tilgjengelighet kan ikke baseres på at denne kapasiteten står på sidelinjen. En reform må sikre faglig autonomi, økonomisk bærekraftige løsninger med mulighet for investeringer og utvikling, herunder også etterutdanning. Hvis myndighetene ikke klarer å sørge for dette vil de private stå utenfor. Det vil medføre økt sosial ulikhet og et dårligere tannhelsetilbud til befolkningen.

Samtidig står den offentlige tannhelsetjenesten også overfor betydelige utfordringer. Mange steder er det allerede krevende å rekruttere og beholde personell. Tjenesten har allerede i dag et sørge-for-ansvar for forebygging, geografisk dekning, beredskap og behandling av pasienter med omfattende behov. Når nye rettigheter innføres, må det også følge med tilstrekkelige ressurser. Lovfestede rettigheter som ikke kan innfris i praksis, skaper hverken tillit eller bedre tjenester. I tillegg må ledelsen i den offentlige tannhelsetjenesten, dersom den skal beholdes i fylkeskommunene, løftes på et høyere administrativt nivå.

Det er derfor vi i Tannlegeforeningen har vært tydelige på våre krav til reformen. Vi mener at privat tannhelsetjeneste må være en integrert og forpliktende del av løsningen. Vi mener at den offentlige tannhelsetjenesten må styrkes og fullfinansieres. Vi mener at finansieringsordninger og avtaler må være langsiktige og forutsigbare, slik at klinikker kan investere, utvikle seg og tilby befolkningen tjenester av høy kvalitet. Og vi mener at prioriteringene over tid må bygge på behov, ikke på fødselsår alene.



Foto: Kristin Aksnes.

Særlig bekymringsfullt er det at privat sektor ikke er gitt en tydelig og forpliktende rolle.

Dersom alle skal få tilgang til nødvendige tannhelsetjenester, må man bygge videre på de fagmiljøene, den kompetansen og den kapasiteten som allerede finnes. Det finnes ingen tannhelsereform uten tannlegene.

I møte med store reformforslag er det naturlig å kjenne på usikkerhet. Mange privatpraktiserende tannleger spør hvilken plass de vil ha i fremtidens tjeneste. Mange tannleger i offentlig sektor spør hvordan nye oppgaver skal løses uten tilsvarende styrking av ressursene. Bekymringene er ulike, men de springer ut av det samme ønsket: en tannhelsetjeneste som er faglig sterk, bærekraftig og tilgjengelig for befolkningen. Samtidig skal tannlegene ha det bra på jobb, og de må ha forutsigbarhet. Mange i privat sektor har vært sterkt bekymret og redd for at livsverket og jobben skal gå tapt. NTF kommer alltid til å kjempe for dere. Jeg og vi vil ha en sterk og tilpasningsdyktig privat sektor i samarbeid med en sterk offentlig ryggrad. Vi har tid til dette. Regjeringen har lagt frem en modell for hvordan dette kan se ut. De har ikke bestemt at det er slik den vil bli. Med en innfasing i 2029 har vi tid til å endre dette, og vi må endre fremtidens tannhelsetjeneste. Derfor oppfordrer jeg medlemmene til å tenke og handle konstruktivt. Din stemme vil kunne være avgjørende for hvilken fremtid NTF vil peke på i sitt høringsinnspill. Jeg lover at du skal få muligheten til å si ditt, jeg lover at du skal bli hørt, og jeg lover at NTF vil levere et høringssvar som gagner tannlegene, og derved også befolkningen. Vi vil følge opp mot politikerne slik at de gir reformen tid, og vi vil følge opp helt frem til innfasingen i 2029. Målet er å bidra til en bedre tannhelsetjeneste for fremtiden. Da må rettigheter følges av ressurser. Og da må beslutningene bygge på faglige vurderinger og realistiske forutsetninger.

Hvis alle skal få tannhelsetjenester må alle tannleger med!

Heming Olsen-Bergem
President i NTF

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

DentFriends

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

HOVEDBUDSKAP

- Nedgangen i andelen nikotinbrukere frem til 2015 er blitt etterfulgt av en utflating blant middelaldrende og eldre og en oppgang blant de yngste.
- Den vedvarende stabiliteten i nikotinbruk blant unge voksne er inkonsistent med myndighetenes målsetting om et nikotinfritt samfunn.
- Andelen røykere har gått ned, tyngdepunktet blant røykerne har forskjøvet seg fra daglig til av og til-røyking, og sigarettforbruket i begge disse kategoriene av røykere er blitt redusert.
- Økningen i andelen snusbrukere har oppveid for reduksjonen i andelen røykere. Forskyvning mot bruk av forbrenningsfrie nikotinprodukter forventes å redusere omfanget av tobakksrelaterte skader.

FORFATTERE

Tord Finne Vedøy, Ph.d. og seniorforsker ved Avdeling for rusmidler og tobakk, Folkehelseinstituttet. Vedøy oppgir ingen interessekonflikter.
Karl Erik Lund, Dr.polit. og seniorforsker ved Avdeling for rusmidler og tobakk, Folkehelseinstituttet. Lund har i løpet av siste to årene mottatt honorar for to foredrag holdt for Munn- og halskreftforeningen, ett for Næringsetaten i Oslo, ett for avtalespesialister i lungemedisin, ett for foreningen Tryggere Ruspolitikk, ett for Pfizer. Lund er fagredaktør for artikler relatert til tobakk/nikotin i Store Norske Leksikon og har mottatt honorar derfra. Utover dette oppgir Lund ingen interessekonflikter.

Korresponderende forfatter: Tord Finne Vedøy. E-post: tord.vedoy@fhi.no

Akseptert for publisering 25.09.2026. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som: Vedøy TF, Lund KE. Endringer i andel brukere av ulike nikotinprodukter i perioden 2003–2025. Nor Tannlegeforen Tid. 2026;136: 662–670
Doi:10.56373/6abbb1407965f

Nøkkelord**:** Tobakk, sigarettrøyking, elektroniske nikotinleveringssystemer, røykfri tobakk

Endringer i andelen brukere av ulike nikotinprodukter i Norge i perioden 2003–2025

Tord Finne Vedøy og Karl Erik Lund

Bakgrunn og formål: Vi har undersøkt om totalandelen brukere av nikotin og sammensetningen av deres produktanvendelse har endret seg i en periode hvor nikotinmarkedet har fått tilskudd av nye produkter.

Materiale og metode: Surveydata samlet inn gjennom årlige representative undersøkelser av befolkningens bruk av sigaretter, snus og e-sigaretter i perioden 2003–2025.

Resultater: Det var en nedgang i nikotinbruk i alle aldersgrupper frem til 2015. Deretter flatet nedgangen ut for de middelaldrende og eldste, mens den ble etterfulgt av en oppgang blant de yngste. I alle aldersgrupper, og mest markant blant de yngste og middelaldrende, har det vært en reduksjon i røyking og en økning i snusbruk. Bare blant de eldste finnes det fortsatt flere røykere enn snusbrukere. Bruk av nikotin har vært mest utbredt i aldersgruppen 16–34 år med et periodegjennomsnitt på oppunder 40 %. I aldersgruppene 35–54 år og 55–79 år var gjennomsnittene henholdsvis 35 % og 24 %. Innad i gruppen røykere har den relative andelen av og til-røykere økt på bekostning av dagligrøykere. Både blant av og til-røykere og dagligrøykere har forbruket av sigaretter gått ned.

Fortolkning: Den vedvarende stabiliteten i nikotinbruk er inkonsistent med myndighetenes målsetting om et nikotinfritt samfunn.

Forfatterbidrag

Begge forfattere har bidratt med ideer til artikkelen. Karl Erik Lund har utformet første tekstversjon, mens Tord Finne Vedøy har utført figurkonstruksjon, databearbeiding og -analyse. Begge har bidratt i litteratursøk/referansearbeid og bidratt til revisjoner av manuskript. Begge forfattere erklærer at de har godkjent det innsendte manuskriptet og at de står bak hele innholdet.

De siste to tiårene er nikotinmarkedet blitt utvidet med nye produktkategorier som e-sigaretter (vapes) i ulike varianter [1], oppvarmet tobakk (heat-not-burn) [2] og tobakksfrie nikotinposer [3]. Nikotinopptak skjer nå fra produkter med eller uten tobakk, med eller uten forbrenning og med eller uten inhalasjon (se tabell 1). I samme periode ble også etablerte tobakksprodukter modifisert. Snus ble lansert i stadige flere smaksvarianter, størrelser, innpakninger og nikotinstyrker [4]. Klikksigaretter, med en væskefylt aromakapsel i filteret, forsynte røykeren med en mulighet til å endre smak under bruk [5]. Innovasjonstakten i nikotinmarkedet har vært utfordrende for myndighetene og resultert i at nye produkter og modifiserte utgaver av eksisterende produkter får fotfeste før de rekker å bli regulert [6].

På lovområdet har imidlertid Norge stått i en særstilling med en forskrift fra 1989 som fra da av forbød markedsadgang for alle nye nikotinprodukter [7]. Følgelig har både e-sigaretter, nikotinposer og oppvarmet tobakk vært forbudt å selge. Disse produktene kan imidlertid anskaffes via nettkjøp, ved grensehandel eller fra innsmugling [8], og bruken av både nikotinposer [9] og til dels e-sigaretter [10] har vært utbredt. Nikotinposene som selges i Norge under betegnelsen helhvit snus, blir tilsatt neglisjerbare mengder tobakk for at produktet da skal kunne bli kategorisert som tobakksholdig snus, bli regulert etter eksisterende tobakkslovgivning og dermed få markedsadgang [11].

Gjennom de siste hundre årene har nikotinmarkedets volum og produktsammensetning endret seg mye. Salgsdata viser at skråtobakk hadde markedsdominans ved begynnelsen av forrige århundre. I slutten av 1920-årene overtok piperøyking som markedsleder, og fra 1950- til 1980-årene var det rulletobakken som hadde størst markedsandel. Fabrikkframstilte sigaretter hadde i store deler av hundreårsperioden en høy markedsandel, men først ved inngangen til 2000-tallet ble produktet det mest brukte. Fra 2015 har snus vært mest utbredt blant nikotinproduktene [11].

For oral helse representerer sigarettrøyking en klart større skadebelastning enn både snus og e-sigaretter. Røyking er forbundet med periodontal sykdom, tanntap, langsommere sårtilheling, slimhinneforandringer og kreft. Snus har et særpreget lokalt skadepotensial, særlig for gingiva og munnslimhinne, men ser ikke ut til å øke risikoen for oral kreft. For e-sigaretter er langtidskonsekvensene foreløpig usikre, men det er indikasjoner på at vaping er assosiert med munntørrhet, irritasjon i munn og svelg, inflammasjon, påvirkning av gingiva og endringer i oral mikrobiota [13][14][15].

Det er godt dokumentert at sigarettrøyking har gått ned og at bruk av snus har økt i Norge. Det som i mindre grad er belyst, er hvordan denne utviklingen har endret sammensetningen av den samlede gruppen nikotinbrukere i befolkningen etter hvert som nye nikotinprodukter har kommet til. Verdens helseorganisasjon har anbefalt å overvåke produktmangfoldet på nikotinmarkedet [16].

I denne artikkelen er formålet å bruke *surveydata* for å vise hvordan nikotinmarkedet har endret seg i nyere tid. Mer presist skal vi for perioden 2003–2025 identifisere:

i) endringer i prosentandelen som bruker ett eller flere nikotinprodukt – heretter kalt totalandel nikotinbrukere,

Tabell 1. Kategorisering av ikke-medisinske nikotinholdige rekreasjonsprodukter

	Sigaretter Rullings Pipe Sigar Sigarillos	**Heat-not-burn (oppvarmet tobakk)**	**E-sigaretter (vapes)**	**Løssnus Posesnus med tobakk Skrå**	**Tobakksfrie nikotinposer**
Forbrenningsprodukt	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Inhalasjonsprodukt	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei
Tobakksprodukt	Ja	Ja	Nei	Ja	Nei
I salg fra norske forhandlere	Ja	Nei	Nei*	Ja	Nei**

* Med attest fra lege kan forbruksmengde for tre måneder importeres for bruk i røykeavvenning.
** En produkttype (Zonnic) er godkjent som legemiddel til bruk i røykeslutt og selges fra apotek.

ii) endringer i produktsammensetningen (snus, sigaretter, e-sigaretter) innen gruppen nikotinbrukere,
iii) endringer i andelen som bruker kombinasjoner av nikotinprodukter og
iv) endringer i røykernes forbruksintensitet av sigaretter.

En så detaljert kartlegging av nikotinbruk er ikke tidligere utført for Norges vedkommende.

Materiale og metode

Beregningsgrunnlaget for resultatene er Statistisk sentralbyrås (SSB) serie av tobakksbruksundersøkelser som er blitt gjennomført hvert år siden 1973 blant et representativt utvalg av befolkningen i alderen 16 til 74 år (16 til 79 år fra og med 1992) [17]. Frem til 2023 ble undersøkelsen gjennomført via telefon blant personer trukket tilfeldig fra Folkeregisteret. Fra og med 2024 ble undersøkelsen også gjennomført som selvadministrert webundersøkelse, i tillegg til telefonintervjuer [18]. Vi har brukt undersøkelsene utført i tidsrommet 2003–2025 og gruppert dataene i åtte treårsperioder (med unntak av siste periode som er toårig). Vi presenterer resultatene som vektede andeler, periodevis, sammenslått for begge kjønn, og fordelt på de tre aldersgruppene 16–34 år, 35–54 år og 55–79 år.

Undersøkelsene inneholder spørsmål som gjør det mulig å lage likelydende kategorier for brukerstatus av sigaretter, snus og e-sigaretter i ulike år. Spørsmål om sigarettrøyking ble stilt i alle år og kvartaler. Spørsmål om bruk av snus var kun inkludert i 4. kvartal fra 2003 til 2007, deretter i alle tilgjengelige år og kvartaler. Spørsmål om bruk av e-sigaretter/vape ble stilt i alle år og kvartaler fra og med 2015. Vi definerte «brukere» som respondenter som oppga at de benyttet et produkt enten daglig eller av og til.

I perioden 2003–2023 ble undersøkelsen utført i alle kvartaler, og bruttoutvalget var rundt 10 000 respondenter per år. I 2024 og 2025 ble undersøkelsen gjennomført kun i 2. kvartal, men med et bruttoutvalg på 8000. Andelen som svarte på undersøkelsen, sank fra rundt 70 til rundt 60 % i perioden 2003–2025. Undersøkelsene utføres i samsvar med European Statistics Code Of Practice. Det innebærer bl.a. at besvarelsene er anonyme og at respondentene har rett til å trekke seg i løpet av intervjuet. Grunnlagsmaterialet kan gjøres tilgjengelig for utenforstående ved henvendelse til Kunnskapssektorens tjenesteleverandør Sikt.

Fra og med 2015 har Statistisk sentralbyrå beregnet vekter for å veie opp for utvalgsskjevheter relatert til kjønn, alder, utdanning og geografisk bosted [18]. Disse er benyttet gjennomgående. Usikkerhetsmarginer (95 % konfidensintervaller) vises i figur 1a-c og i vedleggstabell A1, publisert på nett. For figurene 2 og 3 er intervallene vist i vedleggstabellene A2 og A3, publisert i nettversjonen.

Figur 1a-c viser endringer i andelen som oppga å bruke ikke-medisinske nikotinprodukter totalt, sigaretter, snus og/eller e-sigaretter i tre aldersgrupper (begge kjønn samlet) i perioden 2003–2025, samt 95 % konfidensintervaller. En respondent som oppgir å bruke flere enn ett nikotinprodukt, f.eks. sigaretter *og* snus, teller som kun én person ved beregning av totalandel nikotinbrukere, men vil inngå både som bruker av sigaretter, og som bruker av snus. Følgelig kan totalandelen nikotinbrukere i figur 1 bli lavere enn summen av andelene som bruker de ulike nikotinproduktene. Tallgrunnlaget er vist i vedleggstabell A1, som er publisert i nettversjonen.

Figur 2a-c viser endringer i relative andeler for singel- og kombinasjonsbruk av nikotinprodukter i tre aldersgrupper for perioden 2003–2025. Kategoriene er *Kun sigaretter, Sigaretter og snus, Kun snus, Kun vape* og *kombinasjonsbruk av Vape og tobakk* (snus og/eller sigaretter). Tallgrunnlaget er vist i vedleggstabell A2, som er publisert i nettversjonen.

Figur 3 viser endringer i røykernes fordeling etter brukerstatus, daglig (stolper i nyanser av blått) versus av og til (stolper i nyanser av grønt), samt endringer i ukentlig forbruk av sigaretter innenfor hver av disse brukerkategoriene. Sigarettforbruket, som var oppgitt i antall per dag, ble for hver brukerkategori inndelt i tre gruppestørrelser (tilnærmet tertiler). Disse ble slått sammen til én ordinal utfallsvariabel med seks verdier fra minimalt forbruk (én sigarett per uke) til svært høyt forbruk (over 99 sigaretter per uke). Fra vedleggstabell A3, publisert i nettversjonen, går det frem at antallet som har besvart spørsmålet om sigarettforbruk er lavere enn antall røykere som har besvart spørsmålet om røykestatus. Mangelen på samsvar skyldes at spørsmål om sigarettforbruk ikke ble stilt i 1. eller 3. kvartal, eller i 2. kvartal før 2016.

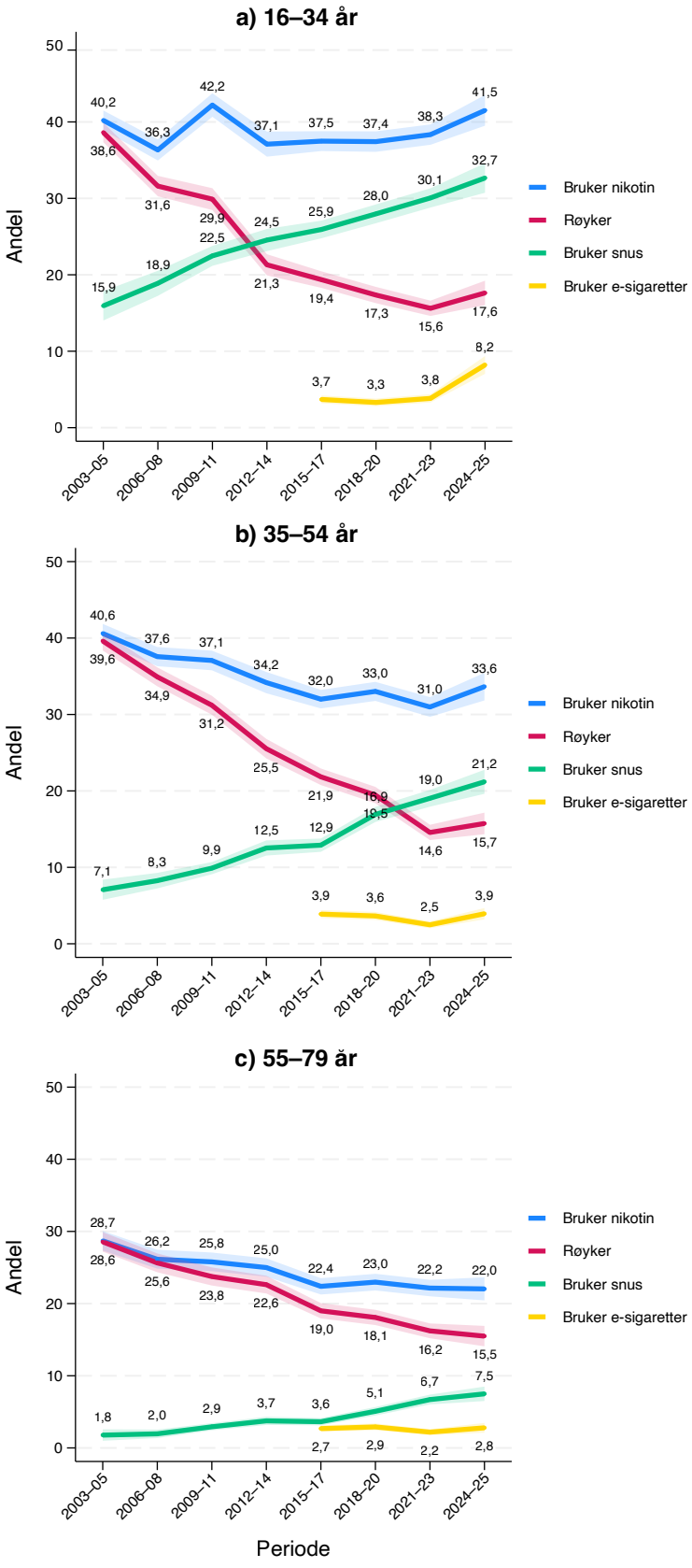
Visualiseringen av våre resultater følger en fremgangsmåte som tidligere er blitt anvendt i en fremstilling av endringer i andelen som bruker ulike nikotinprodukter i England [19].

Resultater

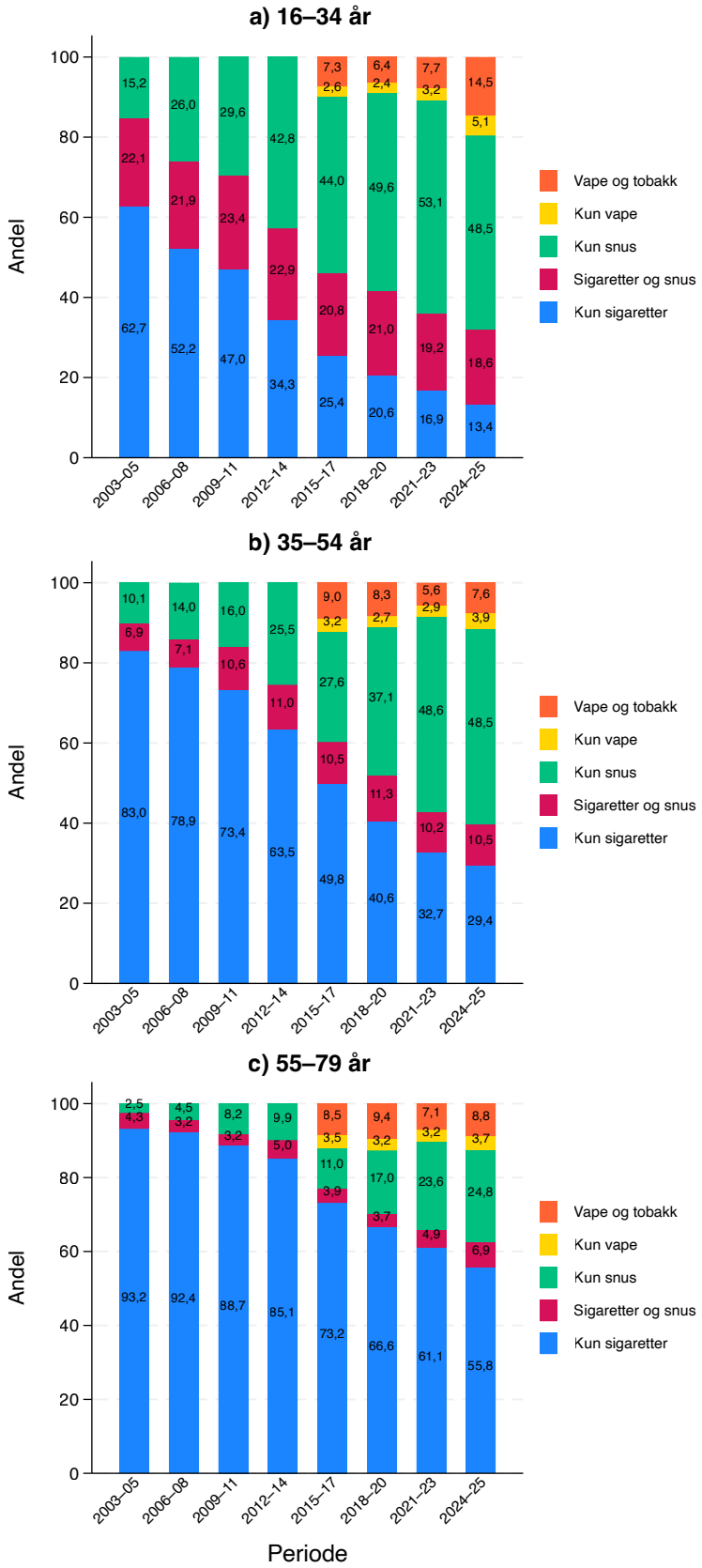
I observasjonsperioden svarte 121 598 personer på ett eller flere spørsmål om nikotinbruk.

Figurene 1a-c viser at det i har vært en nivåforskjell mellom hver av de tre aldersgruppe i totalandel nikotinbrukere. Mest utbredt har nikotinbruk vært i aldersgruppen 16–34 år med et periodegjennomsnitt på oppunder 40 %. I aldersgruppene 35–54 år og 55–79 år har gjennomsnittene vært henholdsvis 35 % og 24 %. I tillegg viser figur 1a-c at det var en nedgang i nikotinbruk i alle aldersgrupper frem til 2015. Deretter flatet nedgangen ut for de middelaldrende og eldste, mens den ble etterfulgt av en oppgang blant de yngste.

Det går også frem fra figur 1a-c at andel røykere er redusert, mens andel snusbrukere har økt. Denne inverse korrelasjonen har



Figur 1a-c. Andelen som oppgir å bruke nikotin (blå linje), sigaretter (rød linje), snus (grønn linje) og/eller e-sigaretter (gul linje) daglig eller av og til i tre aldersgrupper (begge kjønn) i perioden 2003–2025, samt 95 % konfidensintervaller (se vedleggstabell A1 i nettversjonen).



Figur 2a-c. Relative andeler av singel- og kombinasjonsbruk av nikotinprodukter blant nikotinbrukere i tre aldersgrupper for perioden 2003–2025 (se vedleggstabell A2 i nettversjonen).

vært større blant de yngste og middelaldrende enn blant de eldste. Krysningspunktet, der utbredelsen av snusbruk overgikk røyking, skjedde i 2012–2014 blant de yngste, i 2018–2020 blant de middelaldrende, mens dette ennå ikke har inntruffet blant de eldste. I siste periode hadde regelmessig røyking en utbredelse på ca. 15 % i alle aldersgrupper, mens snusbruk var mer utbredt blant de yngste (ca. 30 %) og middelaldrende (ca. 20 %) enn blant de eldste (ca. 8 %). Vaping, målt fra og med 2015, har hatt en stabil lav utbredelse blant de middelaldrende (ca. 4 %) og eldre (ca. 3 %), mens det har inntruffet en økning hos de yngste i siste periode (fra 4 % til 8 %).

Figur 2a-c viser at enebruk av sigaretter var den dominerende bruksmetoden i alle aldersgrupper av nikotinbrukere ved periodens begynnelse, mens det er kun er blant de eldste at enebruk av sigaretter fortsatt gjenstår som den mest utbredte bruksformen av nikotin.

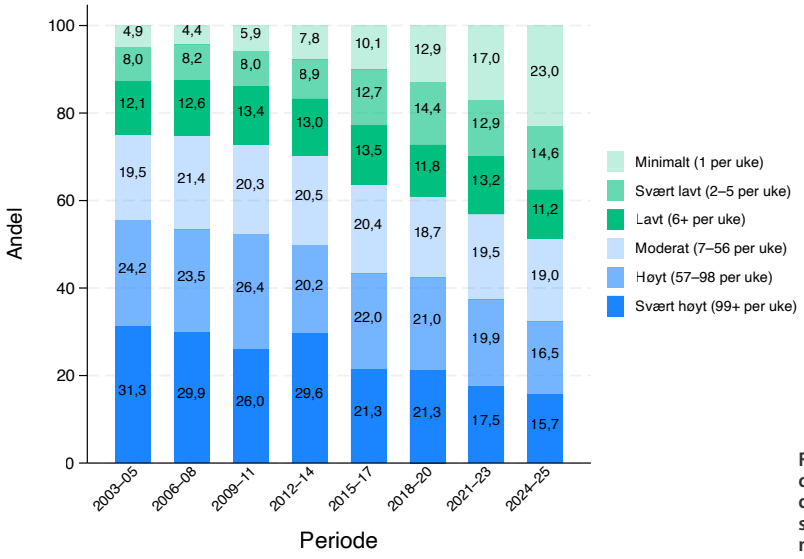
I tillegg viser figur 2a-c at kombinasjonsbruk av sigaretter og snus i hele perioden har vært mest utbredt blant de yngste nikotinbrukerne, og at andelen har vært noenlunde stabil på ca. 20 %. Blant middelaldrende og eldre nikotinbrukerne har kombinasjonsbruk av sigaretter og snus hatt en svak økning fra første til siste observasjonstidspunkt. Forekomsten utgjør likevel bare om lag halvparten av nivået for flerbruk hos de yngste, henholdsvis 10 % og 7 %.

Dessuten viser figur 2a-c at singelbruk av snus har økt markant i alle aldersgrupper av nikotinbrukere. Dette utgjør nå den mest brukte inntaksmetoden for nikotin blant de yngste og middelaldrende. Figur 2a-c illustrerer også at e-sigaretter, i motsetning til snus, i størst grad brukes i kombinasjon med andre produkter. I alle aldersgrupper av nikotinbrukere utgjør singelbruk av e-sigaretter en beskjeden andel av nikotinbruket (5 % eller lavere). Blant de yngste har den relative andelen som kombinerer vaping med bruk av tobakk (sigaretter eller snus) økt markant mot slutten av perioden (fra ca. 7 % til ca. 14 %).

Figur 3 viser at dagligrøykere utgjorde 76 % av regelmessige røykere ved periodens begynnelse, men har fått sin relative andel redusert til 51 % ved periodens slutt. I tillegg viser figur 3 at andelen storrøykere (99+ sigaretter per uke) innad i gruppen dagligrøykere er blitt halvert. Også innad i gruppen av og til-røykere har andelen med lavt konsum økt på bekostning av de med høyere sigarettforbruk. Nesten halvparten av av og til-røykerne oppga i 2024–2025 at de kun røykte én sigarett per uke.

Diskusjon

I et folkehelseperspektiv vil det virke positivt at andelen som røyker har gått ned, at tyngdepunktet blant røykerne har forskjøvet seg fra daglig til av og til-røyking og at sigarettforbruket i begge disse kategoriene av røykere er blitt redusert. Folkehelsegevinsten bremses ved at det samtidig har inntruffet en oppgang i snusbruk og, til en viss grad, i vaping. Nettoutfallet for folkehelsen fra disse motvirkende utviklingstendensene vil være et resultat av skadeforskjellen mellom produktene og hvordan brukerne av snus og e-sigaretter fordeler seg etter røykestatus [20]. Et gunstig bidrag i en folkehelsekalkyle vil kunne oppstå ved substitusjon, f.eks. ved at røykere foretar et fullstendig produktbytte eller demper sin røykeintensitet, eller ved at forbrenningsfrie nikotinalternativer avleder potensielle røykere fra røykestart. Det vil imidlertid være ugunstig dersom snus og e-sigaretter bidrar til nikotinbruk blant personer som ellers ikke ville ha røykt, fører til tilleggsbruk uten demping av røykeintensitet, forlenger bruksperioden for nikotin eller øker risiko for tilbakefall



Figur 3. Den relative fordeling av antall sigaretter røykt per dag (i grupper fra én per uke til mer enn 99 per uke) blant dagligrøykere (blå stolper) og av og til-røykere (grønne stolper) i perioden 2003–2025 (se vedleggstabell A3 i nettversjonen).

til røyking blant forhenværende røykere. Brukersammensetningen av snus [21][22] og e-sigaretter [23], og hvordan denne endrer seg etter hvert som røykingen desimeres, er i noen grad beskrevet i andre publikasjoner, men temaet trenger mer detaljert analyse.

I hver aldersgruppe stoppet nedgangen i den totale andel nikotinbrukere rundt 2015 for deretter å stabilisere seg eller øke for de yngstes vedkommende. Det offisielle målet for tobakkspolitikken er i løpet av vår observasjonsperiode blitt utvidet fra sitt opprinnelige siktemål om et røykfritt samfunn til et lovfestet endemål om et tobakksfritt samfunn [24] og deretter til en ambisiøs plan for et nikotinfritt samfunn [25]. Våre resultater viser at vi er underveis til å oppnå den opprinnelige målsettingen om røykfrihet, men at målet om tobakksfrihet, og i enda større grad nikotinfrihet, foreløpig ligger langt unna. Regjeringens mål om et narkotikafritt samfunn fra 1985 [26] er for lengst oppgitt og erstattet med skadereduksjonstiltak [27]. Det kan ikke utelukkes at nullvisjonen for nikotinbruk kan få samme skjebne hvis det skulle vise seg at den restriktive politikken ikke lykkes med å redusere utbredelsen.

Bare i den eldste aldersgruppen finnes det fortsatt flere røykere enn snusbrukere. Blant eldre har også nedgangen i andelen røykere sunket minst, samtidig som den relative andelen dagligrøykere er høyest [28]. Eldre røykere har som regel hatt en lang brukskarriere, noe som øker risikoen for et nærstående negativt helseutfall [29] [30]. Hovedfokuset til det tobakksforebyggende arbeidet har imidlertid vært å forbygge nikotinbruk blant unge [31], mens tiltak for å redusere røyking blant eldre har fått mindre oppmerksomhet [32].

Av hensyn til begrensninger i surveymaterialets størrelse, i artikkelens lengde og detaljeringsnivå, har vi valgt å slå sammen dagligbrukere og av og til-brukere, presentere resultater for begge kjønn samlet i tre relativt vide aldersgrupper. Nedbryting på brukerstatus, kjønn og flere aldersgrupper kunne ha frembragt et mer detaljert bilde.

Det er både styrker og svakheter ved å benytte repeterte tverrsnitt. Fordelene er at dataene er lett tilgjengelige, samlet inn i regelmessige intervaller over en lang periode. Det at man trekker et nytt tilfeldig utvalg hvert år hindrer selektivt frafall (attrition). Ulempene er at repeterte tverrsnitt ikke gir informasjon om hvordan individenes atferd endrer seg over tid. I tillegg, selv om Statistisk sentralbyrås undersøkelser fortsatt har en relativt høy svarprosent (rundt 60 %), har andelen sunket over tiårene, noe som antakeligvis fører til økende grad av selvseleksjon av respondenter. Dette er imidlertid et problem som gjør seg gjeldende i alle tilfeldig trukne representative spørreundersøkelser. Bruk av vekter veier opp for noen av skjevhetene i utvalget, men vil aldri være en fullgod erstatning for selvseleksjon.

Konklusjon

Nedgangen i andelen nikotinbrukere frem til 2015 er blitt etterfulgt av en utflating blant middelaldrende og eldre, og en oppgang blant de yngste. Den vedvarende stabiliteten i nikotinbruk er inkonsistent med myndighetenes målsetting om et nikotinfritt samfunn. Det vil ventelig være av stor betydning for folkehelsen at andel røykere har gått ned, at tyngdepunktet blant røykerne har forskjøvet seg fra daglig- til av og til-røyking og at sigarettforbruket i begge disse kategoriene av røykere er blitt redusert. Økningen i andelen snusbrukere har oppveid for reduksjonen i andel røykere. Forskyvningen fra sigaretter til snus vil ventelig redusere omfanget av tobakksrelaterte skader. Andelen røykere som gjenstår blant eldre er særlig bekymringsfull gitt denne gruppens sårbarhet for røykerelaterte sykdommer.

ENGLISH SUMMARY

Vedøy TF, Lund KE

Changes in the Prevalence of Use of Different Nicotine Products in Norway, 2003–2025

Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 136: 662–670

Background and aim: To examine changes in the prevalence of nicotine use and patterns of product use during a period of expanding nicotine markets and the introduction of new nicotine products.

Material and methods: Annual representative population surveys of cigarette, snus and e-cigarette use in Norway, 2003–2025.

Results: Nicotine use declined across all age groups until 2015. Thereafter, prevalence levelled off among middle-aged and older adults but increased among younger adults. Smoking declined and snus use increased across all age groups, most markedly among younger and middle-aged adults. Only among the oldest age group did smokers still outnumber snus users in 2025. Nicotine use was most prevalent among those aged 16–34 years (period mean just under 40%), compared with 35% among those aged 35–54 and 24% among those aged 55–79 years. Among smokers, the proportion of occasional smokers increased as daily smoking declined. Cigarette consumption decreased among both occasional and daily smokers.

Interpretation: Overall nicotine use has remained relatively stable despite substantial changes in product use. This appears inconsistent with the authorities' goal of achieving a nicotine-free society.

Keywords: Tobacco, cigarette smoking, electronic nicotine delivery systems, smokeless tobacco



REFERANSER

1. Vedøy TF, Lund KE. E-sigarettenes anatomi, funksjonalitet og produktutvikling. forebygging.no. 2025(3). https://doi.org/10.21340/5n6r-7z77
2. Simonavicius E, McNeill A, Shahab L, Brose LS. Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review. Tob Control. 2019;28(5):582–94. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054419
3. Zamarripa CA, Dowd AN, Elder HJ, Czaplicki L, Tfayli D, Rastogi K, et al. A comprehensive review on oral nicotine pouches: Available scientific evidence and future research needs. Exp Clin Psychopharmacol. 2025;33(2):123–32. https://doi.org/10.1037/pha0000755
4. Lawler TS, Stanfill SB, Tran HT, Lee GE, Chen PX, Kimbrell JB, et al. Chemical analysis of snus products from the United States and northern Europe. PLoS One. 2020;15(1):e0227837. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227837
5. Kyriakos CN, Zatoński MZ, Filippidis FT. Marketing of flavour capsule cigarettes: a systematic review. Tob Control. 2023;32(e1):e103–e12. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-057082
6. Ling PM, Kim M, Egbe CO, Patanavanich R, Pinho M, Hendlin Y. Moving targets: how the rapidly changing tobacco and nicotine landscape creates advertising and promotion policy challenges. Tob Control. 2022;31(2):222–8. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056552
7. Sosialdepartementet. Forskrift om forbud mot nye tobakks- og nikotinprodukter. FOR-1989-10-13-1044. Lovdata. 1989. https://doi.org/lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/1989-10-13-1044
8. Vedøy TF, Lund KE. Selvrapporterte forsyningskilder for sigaretter, snus og e-sigaretter. Tidsskr Nor Legeforen. 2017;137(16):1185–90. https://doi.org/10.0.15.205/tidsskr.16.0994
9. Murphy MA, Henenberg D, Reese L. Cross-Sectional Study on Oral Nicotine Product Sales Trends in Scandinavia From 2018 to 2025. JMIR Public Health Surveill. 2026;12:e85490. https://doi.org/10.2196/94157
10. Vedøy TF, Bye EK. Bruk av røyk, e-sigaretter og snus blant ungdom Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. https://www.fhi.no/le/royking/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/bruk-av-royk-e-sigaretter-og-snus-blant-ungdom/
11. Eliassen HØ, Simonsen TP, Djukastein BØ. Forbud i Norge: Anita må til Sverige for å kjøpe tobaksfri snus. NRK.no. 2022 23.08. https://www.nrk.no/norge/denne-tobakksfrie-snusen-er-ulovlig-i-norge-1.16046291
12. Lund KE, Vedøy TF. Skiftende nikotinpreferanser i et stabilt marked. Tidsskr Nor Legeforen. 2026;146. https://doi.org/10.4045/tidsskr.26.0204
13. Bray T, Rose C, Meehan L, Addy L, Mylonas P. What are the oral health implications of using snus? A systematic review. Br J Oral Maxillofac Surg. 2025;63(6):423-8. https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2025.03.015
14. Scherer G, Pluym N, Scherer M. Oral health risks in adults who use electronic nicotine delivery systems and oral nicotine pouches: a critical review of the literature and qualitative synthesis of the available evidence. Harm Reduct J. 2024;21(1):229. https://doi.org/10.1186/s12954-024-01147-y
15. Alwafi AA, Abuljadayel LW. Oral Health of the Electronic Cigarette Smokers: A Systematic Review. J Pharm Bioallied Sci. 2024;16(Suppl 5):S4331-s8. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_573_24
16. World Health Organisation. Monitoring tobacco use and tobacco control 2026. https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/monitoring-tobacco-use-and-tobacco-control
17. Statistisk sentralbyrå. Røyk, alkohol og andre rusmidler 2026. https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/royk-alkohol-og-andre-rusmidler
18. Bye LS. Rusundersøkelsen 2025. Dokumentasjonsnotat. Statistisk sentralbyrå; 2025. Contract No.: 2025/38. https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/artikler/rusundersokelsen-2025/_/attachment/inline/dd8a1be5-57c9-4edd-809e-c997c9ff6363:8de633f7b0691cd6b51dbedda724cc4421f45fed/NOT2025-38.pdf
19. Jackson SE, Shahab L, Buss V, Tattan-Birch H, Cox S, Taylor E, et al. The changing face of nicotine use in England: Age-specific annual trends, 2014 to 2024. Addiction. 2026;121(3):549-63. https://doi.org/doi.org/10.1111/add.70243
20. Lund KE, Vedøy TF, Røgeberg OJ. Hva blir folkehelseeffekten ved å tillate salg av nye nikotinprodukter? Et forslag til rammeverk for å veie fordeler mot ulemper. forebygging.no. 2020(5). https://doi.org/doi.org/10.21340/wqx7-x410
21. Kvaavik E, Lund I, Nygård M, Hansen BT. Lifestyle Correlates of Female Snus Use and Smoking: A Large Population-Based Survey of Women in Norway. Nicotine Tob Res. 2015;18(4):431-6. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv126
22. Lund KE, Vedøy TF, Bauld L. Do never smokers make up an increasing share of snus users as cigarette smoking declines? Changes in smoking status among male snus users in Norway 2003-2015. Addiction. 2016;112(2):340–8. https://doi.org/10.1111/add.13638
23. Vedøy TF, Lund KE. E-sigarettenes bruksmønster blant unge voksne i Norge i perioden 2015 - 2024. forebygging.no. 2025(9). https://doi.org/10.21340/b7gw-ff22
24. Helse- og omsorgsdepartementet. En framtid uten tobakk. Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader 2013–2016. 2013. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/enfremtidutentobakk_nasjonalstrategi.pdf
25. Meld. St. 15 (2022–2023). Folkehelsemeldinga. Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023. p. 146. https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202202300150000dddpdfs.pdf
26. Meld. St. 13 (1985-1986). Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken. Oslo: Sosialdepartementet; 1985. p. 97. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1985-86&paid=3&wid=b&psid=DIVL885&pgid=b_0385
27. Bretteville-Jensen AL, Snertingdal M, Hordvin O. Mot en mindre restriktiv narkotikapolitikk. I: Skretting A, Storvoll EE, redaktører. Utviklingstrekk på rusfeltet. Rapport 3/11. Oslo: SIRUS; 2011. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/sirusrap.3.11.pd.pdf
28. Folkehelseinstituttet. Tobakk i Norge. Folkehelseinstituttet; 2023. https://www.fhi.no/le/royking/tobakkinorge/
29. Joshy G, Soga K, Thurber KA, Egger S, Weber MF, Sarich P, et al. Relationship of tobacco smoking to cause-specific mortality: contemporary estimates from Australia. BMC Med. 2025;23(1):115. https://doi.org/10.1186/s12916-025-03883-9
30. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. BMJ. 2000;321. https://doi.org/10.1136/bmj.321.7257.323
31. Balfour DJK, Benowitz NL, Colby SM, Hatsukami DK, Lando HA, Leischow SJ, et al. Balancing Consideration of the Risks and Benefits of E-Cigarettes. Am J Public Health. 2021;111(9):1661-72. https://doi.org/10.2105/ajph.2021.306416
32. Kleykamp BA, Kulak JA. Cigarette Use Among Older Adults: A Forgotten Population. Am J Public Health. 2023;113(1):27-9. https://doi.org/10.2105/ajph.2022.307151



HERDER SVEKKET EMALJE BETYDELIG

- **Dobbel beskyttelse** – krystallinsk beskyttende lag og omfattende desensibilisering (5 % NaF ≙ 22.600 ppm fluor)
- **Estetisk** – tannfarget
- **Universal** – tilgjengelig i tube og *SingleDose*
- **Variasjon av smaker** – mint, karamell, kirsebær og tyggegummi

VOCO Profluorid® Varnish+BioMin®



MADE IN GERMANY 100%

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Tyskland · Tel. +49 4721 719-0 · www.voco.dental

VOCO THE DENTALISTS

KLINISK HOVEDBUDSKAP

- **Dype periodontale lommer og røyking er forbundet med et subgingivalt bakteriemiljø som biologisk fremmer inflammasjon, øker risikoen for progresjon av periodontitt, og reduserer effekten av behandling selv ved lite uttalt klinisk inflammasjon.**

FORFATTERE

Randi Jacobsen Bertelsen, Tannhelsetjenestens kompetansesenter, TkVestland, og Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen
Jale Moradi, Tannhelsetjenestens kompetansesenter, TkVestland
Eva Gerdts, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen
Ester Kringeland, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen
Anne Isine Bolstad, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen
Dagmar F. Bunæs, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen
Ellen Berggreen, Tannhelsetjenestens kompetansesenter, TkVestland, og Institutt for biomedisin, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Randi Jacobsen Bertelsen.
E-post: randi.j.bertelsen@uib.no

Akseptert for publisering 21.09.2026. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som: Bertelsen RJ, Moradi J, Gerdts E, Kringeland E, Bolstad AI, Bunæs DF, et al. Tobakksrøyking endrer mikrobiomet i både dype og grunne lommer. Nor Tannlegeforen Tid. 2026;136: 672–673
Doi:10.56373/6ab2349aac91d

Tobakksrøyking endrer mikrobiomet i både dype og grunne lommer

Originalartikkelen

Studiene er basert på tannhelseundersøkelsen, HUSK-Tannhelse, på eldre voksne i begynnelsen av 70-årene (født 1950–51) som også har deltatt i Helseundersøkelsene i Hordaland [1]. Vi beskriver bakteriesammensetningen i 1928 subgingivale plakkprøver fra 1287 personer. Det ble tatt prøver fra grunne (≤ 4 mm) og dype (≥ 5 mm) periodontale lommer fra samme person for å sammenligne mikrobiomet på individnivå [2]. Vi undersøkte hvordan røyking (6 % aktive og 50 % tidligere røykere) og alvorlighetsgrad av periodontitt (31 % i stadium III–IV) påvirket det subgingivale mikrobiomet [3].

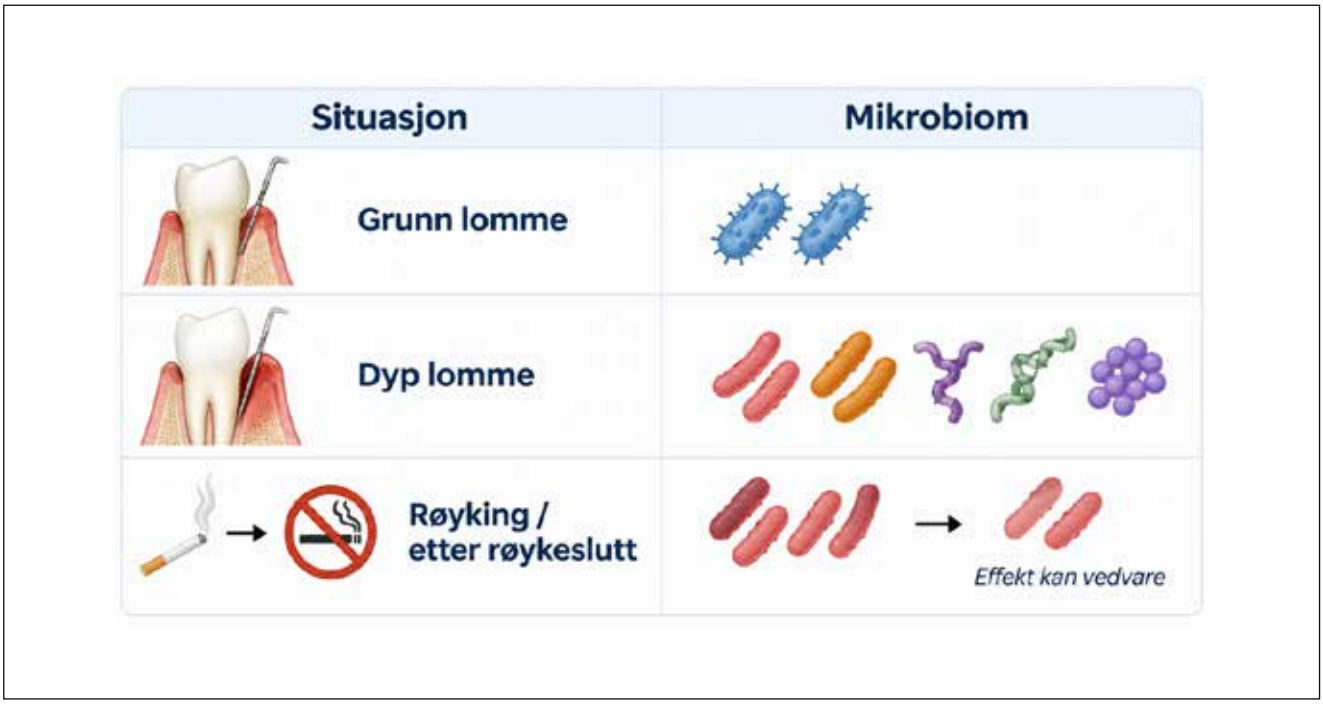
Artiklene er publisert med fri tilgang («open access») i Nature Portfolio journals: *Scientific reports* [2] og *npj Aging* [3].

Klinisk problemstilling

Det forekommer at pasienter (med og uten røykevaner) har dype periodontale lommer til tross for tilsynelatende god infeksjonskontroll og uten kliniske inflammasjonstegn. Hos disse pasientene kan den biologiske sykdomsaktiviteten være vanskelig å fange opp med tradisjonelle kliniske mål [4]. I en aldrende befolkning der mange beholder flere egne tenner enn tidligere [5] vil også periodontal sykdom forekomme samtidig med risikofaktorer som røykehistorikk, redusert immunrespons, kroniske sykdommer og polyfarmasi [6]. Disse aktuelle studiene søker å belyse hvordan lommedybde [2] og røyking [3] påvirker både sammensetning og funksjon i det subgingivale mikrobiomet, for bedre å forstå mekanismene bak behandlingsresistens og sykdomsrisiko.

Beste kliniske praksis eller forståelse

Gjeldende behandling av periodontitt tar hensyn til risikovurderinger av blant annet lommedybde, røykevaner og sykdomshistorikk [7]. Funnene fra disse studiene bekrefter i hovedsak dette, men bidrar samtidig til en biologisk forklaring på hvorfor enkelte pasienter har svakere behandlingsrespons. Studiene utfordrer en forenklet forståelse der lite blødning og god munnhygiene tolkes som syk-



Hovedfunnene i studiene illustreres ved at lommedybde bestemmer det lokale økologiske miljøet som påvirker hvilke bakterier vi finner der, med høyere bakterierikdom og andre typer bakterier i dype enn i grunne lommer. Videre påvirkes bakteriesammensetningen av røyking, selv år etter røykeslutt.

domskontroll, og understreker behovet for å vurdere mikrobiomet som er til stede ved periodontitt. Ettersom røykehistorikk kan lede til et subgingivalt bakteriemiljø der mikroorganismenes aktivitet fremmer og opprettholder inflammasjon, er det behov for mer individuelt tilpasset oppfølging.

Funn og relevans

Studien viser at jo dypere lommer, desto rikere blir mikrobiomet, med flere typer patogene bakterier [2]. Hos røykere med periodontitt er dette spesielt uttalt [3]. Derimot påvirkes mikrobiomet i grunne periodontale lommer i liten grad av om pasienten også har dype lommer [2]. Klinisk betyr dette at det er de dype lommene behandlingen særlig må rettes mot. Aktive røykere har et særlig ugunstig bakteriemiljø, mens bakteriemiljøet hos tidligere røykere skiller seg fra aldri-røykere, noe som tyder på langvarige effekter av røyking [3]. Tidligere røykere kan altså være mer behandlingsresistente enn pasienter med periodontitt som aldri har røykt, og kreve tettere oppfølging i periodontal vedlikeholdsbehandling.

REFERANSER

1. Elabdeen HRZ, Berggreen E, Jensen KH, Sulo G, Kvalheim SF, Hasselgren LC, et al. Prevalence of Periodontitis in a 70-Year-Old Population in Western Norway According to the ACES 2018 Classification Framework: A Cross-Sectional Study. J Clin Periodontol. 2025;52(5):754–761. https://doi.org/10.1111/jcpe.14128
2. Moradi J, Berggreen E, Bunæs DF, Bolstad AI, Bertelsen RJ. Microbiome composition and metabolic pathways in shallow and deep periodontal pockets. Sci Rep. 2025;15(1):12926. https://doi.org/10.1038/s41598-025-97531-0
3. Moradi J, Berggreen E, Gerdts E, Kringeland E, Bolstad AI, Bunæs DF, et al. Taxonomic and functional signatures of smoking and periodontitis severity in the subgingival microbiome of older adults. NPJ Aging. 2025;12(1):20. https://doi.org/10.1038/s41514-025-00319-9
4. Gürsoy UK, Belibasakis G, Belstrøm D, Sorsa T, Bolstad AI. New perspectives in the diagnosis and treatment of periodontitis. Nor Tannlegeforen Tid. 2022;2(132):122–8. https://doi.org/10.56373/2022-2-4
5. Strand GV, Kvalheim SF. Risiko og forebygging av oral sykdom blant eldre. Nor Tannlegeforen Tid. 2021;132:348–55. https://doi.org/10.56373/2021-4-3
6. Kanasi E, Ayilavarapu S, Jones J. The aging population: demographics and the biology of aging. Periodontol 2000. 2016;72(1):13–8. https://doi.org/10.1111/prd.12126
7. Kwon T, Lamster IB, Levin L. Current Concepts in the Management of Periodontitis. Int Dent J. 2021;71(6):462–476. https://doi.org/10.1111/idj.12630

Fagpressen
Samler norske fagmedier



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.

tidende

Colosseum Tannlege



Samarbeid

for pasientens *beste*

Vi tilbyr spesialistbehandling over hele landet. I samarbeid med deg som henviser, sikrer vi behandling av din pasient på høyeste faglige nivå. Sammen skaper vi bedre tannhelse.

Vi har spesialister innen:

- Endodonti
- Periodonti
- Oralkirurgi og oralmedisin
- Kjeveortopedi
- Protetikk
- Radiologi

Henvisdigitalt.no

Alltid ivaretatt. Også på jobb.



Pasientene våre skal alltid føle seg ivaretatt. Det samme gjelder alle som jobber hos oss. Derfor deler vi kunnskap med hele klinikken, fra tannlegen til klinikkassistenten.

Neste år fyller vi 10 år! Da samler vi alle kolleger fra hele landet til vårt største symposium noensinne. To hele dager med faglig påfyll, prisutdeling og feiring av det vi har bygget sammen.



Har du lyst til å bli en av oss?
Skann QR-koden og send oss en åpen søknad.

Alltid ivaretatt
ODONTIA
Tannlegene

Kunstig intelligens endrer informasjonsbildet

Kan vårt kunnskapsgrunnlag for klinisk praksis bli påvirket av KI-produsert fagstoff og av algoritmestyrt utvalg av informasjon? Som et eksperiment ble det laget en fullstendig KI-generert artikkel for å sette odontologi i sammenheng med høyaktuelle, men for oss ganske fjerne forskningstemaer som kvante- og nanoteknologi. Resultatet ble feiende flott ved første øyekast, men hva med faglig verdi? Er det risiko for å bli ledet ut på faglig utrygg grunn av KI-generert fagstoff?

NILS ROAR GJERDET, PROFESSOR EMERITUS, INSTITUTT FOR KLINISK ODONTOLOGI, DET MEDISINSKE FAKULTET, UNIVERSITETET I BERGEN
gjerdet@uib.no

Man skal ha bodd lenge under en stein for ikke å ha hørt om at kunstig intelligens (KI) kan påvirke samfunnet. Det spenner fra nesegrus fremtidstro til dommedagsprofetier. Uansett, ulik slags KI er overalt i den elektroniske hverdagen. Søkemotorene gir nå oftest KI-svar. Gigantiske amerikanske og kinesiske selskaper dominerer utviklingen, mens Europa løper etter.

Råmaterialet for tekgigantene er den enorme informasjonsmengden på det store internettet, ikke minst alt vi selv har gitt fra oss til ulike nettjenester.

Mye av moderne digitalt klinikkutstyr er, eller vil bli, gjennomsyret av KI i ulike former. Da er det gjerne snakk om beslutningsstøtte basert på data fra slik som røntgenopptak, digitale avtrykk og journalsystemer.

Generativ KI, derimot, lager nytt innhold, mer eller mindre selvstendig. Dette er et hett tema generelt, i utdanning og forskning, i pressen og i kreativ aktivitet som skjønnlitteratur og musikk. Diskusjonene går høyt om det er juks og uredelighet, om hvor grensene går, og om fare for ondsinnet bruk.

Kunnskapsgrunnlaget og KI

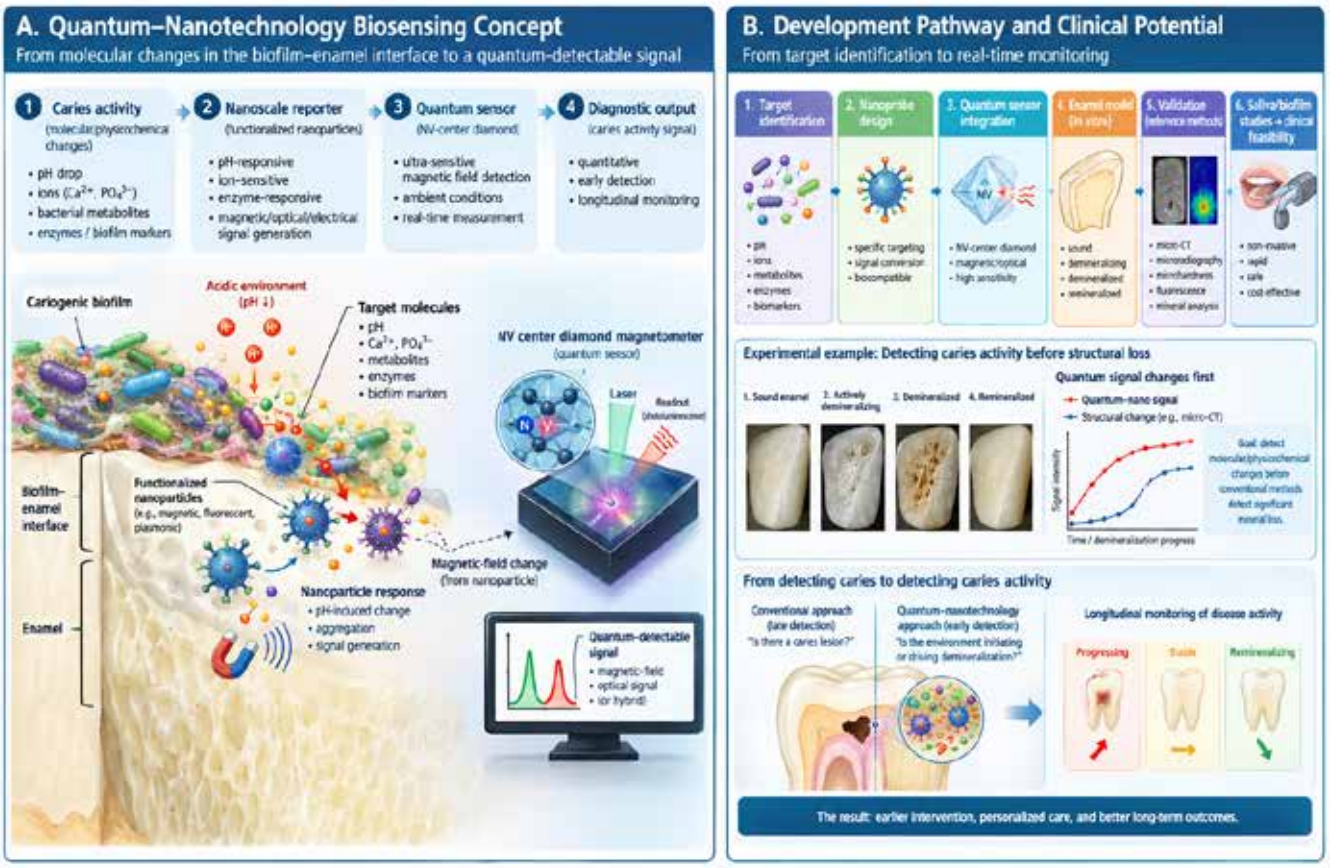
Grunnlaget for hva vi anser som gjeldende god klinisk praksis er oftest basert på samlet informasjon fra vitenskapelig publisering. Dette systemet er under press, blant annet fordi informasjonsmengden vokser voldsomt og det er massevis av publikasjonskanaler som med urette kaller seg vitenskapelige, blant annet såkalte røvertidsskrifter som er rent profittdrevet.

KI henter informasjon fra alle hjørner av internett, fra solid vitenskapelig informasjon til grums i ekkokamre. Dette behandles med statistiske algoritmer, gjerne i såkalte store språkmodeller (large language models, LLM). Dataselskapene kan i prinsippet justere KI-algoritmene sine etter politiske, kulturelle eller økonomiske påvirkninger og andre føringer. Dette er ikke transparente prosesser, mildt sagt.

Kjære KI: Lag en artikkel om kvante- og nanoteknologi med odontologisk vinkling

Bakgrunnen er at Norges forskningsråd nettopp definerte kvanteteknologi som et innsatsområde (som jeg ikke kan noe om). Nanoteknologi er et annet moderne satsingsfelt. Odontologi har knapt plass i disse feltene. Idéen var å la en stor språkmodell, ChatGPT-6 fra OpenAI (gratisversjonen), lage en vitenskapelig artikkel med maksimal bruk av populære uttrykk som *quantum* og *nano*, og sette det i sammenheng med karies. Altså en ganske spenstig problemstilling.

Det skulle være stramt artikkelformat, med litteraturreferanser og illustrasjon. ChatGPT var ikke vanskelig å be. Hovedtekst, referanser og illustrasjon var klar etter cirka 20 minutter foran skjermen med 10-12 instruksjoner (prompter) fra min side. Det eneste manuelle var å sette inn et høyst oppdiktet forskningsgruppenavn. All hovedtekst og illustrasjon er levert av ChatGPT. Hele resultatet finnes i lenken i slutten av denne kronikken. For ordens skyld: Artikkelen er tydelig merket med at den er helt KI-generert.



En illustrasjon i en «vitenskapelig artikkel» produsert av kunstig intelligens (ChatGPT-6). Figuren er laget helt automatisk basert på noen få enkle instruksjoner (prompter) om at det skulle inneholde buzzwords som kvantefysikk og nanoteknologi i forbindelse med karies. Illustrasjon: ChatGPT

Det kritiske spørsmålet

OK, dette er en kunstig fremstilt tekst, men den er verbalintelligent, fremstår som seriøs ved første øyekast, og med en elegant utført illustrasjon. Språket er nærmest feilfritt. Referansene, som den selv har funnet, er korrekt plassert i teksten, referanselisten er formatert slik den skal. Artikkelen kunne til og med oppfattes som faglig innovativ.

Spørsmålet er: Hvor mye av lignende artikler, om enn ikke fullt så kunstig framstilt, finnes der ute? Vil de for eksempel kunne inngå i kunnskapsoppsummeringer som i sin tur påvirker klinisk praksis?

KI er kommet for å bli, om du skulle være i tvil

Det er ikke spørsmål om ja eller nei til KI, vi må lære oss å leve med teknologien. KI er nyttig ved å gi oversikt over store informasjonsmengder og ved være en språkvasker, altså en effektiv assistent. Det er etter hvert, god skikk å redegjøre for i hvilken grad KI har vært involvert i arbeidet.

Utover dette mer redaksjonelle, hva når menneskelig tankevirksomhet overlates til (eller tas over av?) generativ KI, kanskje med en bevisst agenda. Alle med internettilgang kan jo lage overbevisende produkter som i eksempelet her, og med en vinkling som støtter et eller annet synspunkt.

Det er viktig med kritisk tenkning sies det ofte, men det krever en viss grunnkunnskap og en dose humanintelligens. Tradisjonelle redaktørstyrte medier har sin rolle, blant annet fordi de opererer i åpent lende – man vet hvem som snakker.

Kunstig intelligens kan alt, men har lite forstand.

Lenke til hele den KI-genererte artikkelen: https://yals.no/v84k5

Takk til deltakerne i den høyst uformelle morgenkaffezoom-gruppen ved Institutt for klinisk odontologi (IKO) i Bergen. Teksten i denne kronikken er bevisst ikke behandlet av en KI-assistent.

Klinikkens beste valg: På egne premisser!

En god samarbeidspartner gjør det enklere for klinikken å forstå alternativene, vurdere økonomien og ta faglig begrunnede valg. For en klinikk handler det også om å finne partnere som forstår hva den ønsker å bygge.

Av Torbjørn Løkken, CEO i Norsk Dental Lager

Klinikkens ambisjoner som utgangspunkt

En uavhengig klinikk bestemmer selv hvordan den vil drive. Den bygger et fagmiljø, velger behandlingsmetoder og investerer i løsninger den mener gir bedre pasientbehandling. For å realisere ambisjonene trenger den også gode samarbeidspartnere: noen som forstår hvorfor klinikken velger som den gjør, tilfører kunnskap og bidrar til å løse utfordringer som ennå ikke har et godt svar.

Hvordan kan klinikken vite at leverandøren faktisk arbeider i dens interesse?

Produkter, teknologi og arbeidsmetoder er i stadig utvikling. Gode samarbeidspartnere kan gjøre ny kunnskap lettere å omsette i praksis. Men kunnskapen går begge veier. Klinikkens erfaringer kan avdekke behov som dagens produkter og tjenester ikke dekker, og gi grunnlag for å utvikle bedre løsninger.

Da blir det interessant hvem klinikken samarbeider med. Hvilken kompetanse ligger bak anbefalingene? Hvem bestemmer hvilke løsninger det satses på? Og er det plass til å utfordre det etablerte når klinikkens behov tilsier en annen retning?

Markedslandskapet

Det norske dentalmarkedet har mange navn, men færre eiere. Plandent og Dental Sør inngår i Planmeca-gruppen. Jacobsen Dental, LIC Scadenta, Dental Direct og Technomedics tilhører Lifco. Seks kjente leverandørnavn er dermed samlet under to eiere.

Begge konsernene har virksomhet innen produksjon og distribusjon. Eierskapet omfatter dermed flere ledd mellom produsenten og klinikken. Det betyr økonomiske interesser både i hvilke produkter som selges, og i hvem klinikken kjøper dem fra.

Eierskap og internasjonal størrelse

Gruppe	Global omsetning 2024/2025
Planmeca	Ca 1,24 mrd. EUR
Lifco	Ca 28,25 mrd. SEK
Nuent	Ca. 1,86 mrd. SEK

Ulikt virksomhetsomfang og valuta.

Flere valg er ikke alltid mer valgfrihet

Planmeca og Lifco står samlet for rundt 86 prosent av omsetningen for 2024. Utvalget viser en duopollignende struktur: to dominerende konserngrupper og vesentlig mindre øvrige aktører.

Et nytt leverandørnavn er ikke nødvendigvis et nytt, uavhengig alternativ. Klinikken kan bytte selger og leverandør uten å bytte eiermiljø. Selskapene kan konkurrere, men flere tilbud alene dokumenterer ikke bredden i de uavhengige alternativene.

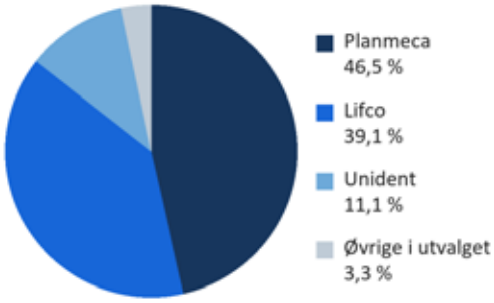
Hvem får gevinsten av stordriften?

Når produksjon, merkevarer og distribusjon samles, kan konsernet påvirke både sortiment, lagerføring og synlighet. Klinikken sammenligner dermed et utvalg som allerede er formet av kommersielle prioriteringer. Konkurransen starter før prisen sammenlignes.

Stordrift bør også gi fordeler for klinikken. Når størrelse brukes som argument for samarbeid, bør gevinsten kunne vises i prisene, leveransene eller den faglige støtten. Økt fortjeneste til multinasjonale konserner er i seg selv ingen kundeverdi.

Egne konsernprodukter trenger samme faglige begrunnelse som andre produkter. Hvilken dokumentasjon støtter anbefalingen, hvilke alternativer er vurdert, og hvorfor passer produktet klinikken? Konsernets økonomiske interesse i salget er ingen faglig begrunnelse for kjøpet.

Fordeling i det norske tallutvalget



Kilde: Regnskapstall for 2024.

Gode innkjøp handler om mer enn rabatter. Hvem står bak anbefalingene, hva koster avtalen egentlig, og hvor uavhengige er alternativene? For klinikken handler det om å finne samarbeidspartnere som setter faglige behov, forutsigbar økonomi og pasientbehandling først.

Klinikkens behov må styre utviklingen

Uavhengige aktører kan utfordre etablerte produktvalg og salgsmodeller. Men lokalt eierskap må også gi klinikken noe konkret: bedre faglig støtte, enklere arbeidsmåter eller mer oversiktlige betingelser. Uavhengighet må merkes i samarbeidet.

Et nytt produkt er først en forbedring når det løser et relevant problem. Klinikkens erfaringer bør påvirke hva som utvikles. Hva forbedrer løsningen i behandlingen, arbeidsflyten eller økonomien? Nyhetsverdien alene gir ikke svaret.

Faglig støtte bør gjøre klinikken tryggere på egne beslutninger. Forståelige priser, tilgjengelig produktdokumentasjon og brukbar ordrehistorikk gjør rådene etterprøvbare og rutinene lettere å overta. Verdien ligger også i kompetansen klinikken sitter igjen med.

Hvorfor må klinikken finne den bedre prisen selv?

Når prismatch krever at klinikken finner, dokumenterer og følger opp et bedre tilbud, gjør kunden arbeidet som utløser prisfordelen. Leverandøren beholder handelen. Klinikken betaler med tid. En god kundeavtale bør ha verdi også før kunden vurderer å gå. Hvis bedre betingelser først kommer da, hva ga den løpende avtalen?

Rabatten måles mot leverandørens egen listepris, ikke mot konkurrentens pris. En høy rabatt dokumenterer derfor ingen besparelse. Innlogging og individuelle prisavklaringer gjør sammenligningen mer arbeidskrevende. En partner bør kunne bruke klinikkens ordrehistorikk til å sammenligne faste innkjøp på samme produktgrunnlag, med frakt og vilkår inkludert.

Hva kan en gjennomgang være verdt?

Regneeksemplene forutsetter at forbruksvarer utgjør 10 prosent av årlig omsetning, og at varekostnaden reduseres med 15 prosent ved uendret mengde og kvalitet.

Klinikk omsetning	Årlig kostnad til forbruksvarer	Årlig besparelse ved 15 % lavere varekostnad
4 mill. kr	400 000 kr	**60 000 kr**
8 mill. kr	800 000 kr	**120 000 kr**
12 mill. kr	1 200 000 kr	**180 000 kr**

Illustrasjon

Besparelsen tilsvarer 1,5 prosent av omsetningen. Ved åtte millioner i omsetning er det 120 000 kroner årlig til lønn, utstyr, faglig utvikling eller markedsføring, uten flere behandlinger.

Prisundersøkelser utført i 2026 viser at klinikker kan spare mellom 5%-30% av varekostnaden til forbruksmateriell.

Når rabatten har en motkostnad

En bonus kan gjøre det kostbart å velge annerledes. Hvis kjøp hos andre utløser tap av opptjent bonus, får klinikken en ekstra kostnad ved å bytte. Avtalens verdi må vurderes etter slike vilkår og tiden som går til prisavklaringer og oppfølging.

Når rabatten krever større bestillinger, overtar klinikken lagerplass, kapitalbinding og risiko for ukurans. En lavere varepris kan dermed flytte kostnader til klinikken. Forutsigbar tilgang på relevante varer fra et lokalt lager kan muliggjøre mindre bestillinger. Redusert lagerbinding frigjør kapital, adskilt fra årlig prisbesparelse.

En god partner må kunne anbefale mindre kjøp

Verdien av faglige råd blir særlig tydelig når rådet reduserer salget. Færre overlappende produkter, mindre overbestilling eller fortsatt bruk av utstyr som fungerer, kan være riktig for klinikken. Et partnerskap må ha plass til slike anbefalinger. Klinikkens utvikling kan ikke måles i leverandørens salgsvekst.

Uavhengige klinikker og lokale leverandører kan utvikle løsninger tett på behovene. I Norsk Dental Lager ønsker vi å bidra med åpne priser, lokalt lager for utvalgte varer og tannlegekompetanse i teamet.

Vi skal ta vår del av arbeidet med å gjøre innkjøp enklere. Også våre priser og anbefalinger skal tåle sammenligning. Tilliten må vi fortjene gjennom verdien vi skaper for klinikken, også når det betyr at vi selger mindre.

Torbjørn Løkken
CEO, Norsk Dental Lager

BIVIRKNINGSSKJEMA

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

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

☐ Tannlege, offentlig ☐ Tannlege, privat
Spesialist i:

☐ Tannpleier, offentlig ☐ Tannpleier, privat

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

Pasientdata

Kjønn: ☐ Kvinne ☐ Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintlighet/allergi:

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

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
Umiddel-bart	innen 24 timer	innen 1 uke	innen 1 måned	måneder til år	ukjent

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
☐ **Ingen**

Intraoralt:
- ☐ Svie/brennende følelse
- ☐ Smerte/ømhet
- ☐ Smaksforstyrrelser
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Tørrhet
- ☐ Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:
- ☐ Svie/brennede følelse
- ☐ Smerte/ømhet
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Hudreaksjoner
- ☐ Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:
- ☐ Muskler/ledd
- ☐ Mage/tarm
- ☐ Hjerte/sirkulasjon
- ☐ Hud
- ☐ Øyne/syn
- ☐ Øre/hørsel, nese, hals

Øvrige symptomer:
- ☐ Tretthet
- ☐ Svimmelhet
- ☐ Hodepine
- ☐ Hukommelsesforstyrrelser
- ☐ Konsentrasjonsforstyrrelser
- ☐ Angst
- ☐ Uro
- ☐ Depresjon

Annet:

Rapportørens funn
☐ **Ingen**

Intraoralt:
- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Hvitlige forandringer
- ☐ Sår/blemmer
- ☐ Rubor
- ☐ Atrofi
- ☐ Impresjoner i tunge/kinn
- ☐ Amalgamtatoveringer
- ☐ Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever
- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Sår/blemmer
- ☐ Erytem/rubor
- ☐ Utslett/eksem
- ☐ Palpable lymfeknuter
- ☐ Kjeveleddsdysfunksjon
- ☐ Nedsatt sensibilitet

Annet:

Øvrige funn: Angi lokalisasjon:
- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Urtikaria
- ☐ Sår/blemmer
- ☐ Eksem/utslett
- ☐ Erytem/rubor

Annet:

I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)?

☐ Fyllinger (direkte teknikk)
☐ Innlegg, fasader
☐ Faste protetiske erstatninger
☐ Avtagbare protetiske erstatninger
☐ Bittfysiologisk behandling
☐ Midlertidig behandling
☐ Rotbehandling (rotfylling)
☐ Tannkjøttsbehandling
☐ Oral kirurgi
☐ Tannregulering
☐ Forebyggende behandling
Annet:

Hvilke materialer mistenkes å være årsak til reaksjonen(e)?

☐ Amalgam
☐ Kompositt
☐ Kompomer
☐ Glassionomer
  ☐ kjemisk ☐ lysherdende
☐ Bindingsmaterialer ("primer/bonding")
☐ Isolerings-/foringsmaterialer
☐ Fissurforseglingsmaterialer
☐ Beskyttende filmer (f.eks. varnish, ferniss, fluorlakk)
☐ Pulpaoverkappingsmaterialer
☐ Endodontiske materialer
☐ Sementeringsmaterialer
  ☐ vannbasert ☐ plastbasert
☐ Metall-keram (MK, PG)
  ☐ metall/legering ☐ keram
☐ Materialer for kroner/broer/innlegg
  ☐ metall/legering ☐ plastbasert ☐ keramisk
☐ Materialer for avtakbare proteser
  ☐ metall/legering ☐ plastbasert
☐ Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur
  ☐ metall/legering ☐ plastbasert
☐ Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur
  ☐ metall/legering plastbasert
☐ Materialer for bittfysiologisk apparatur
☐ Materialer for implantater
☐ Avtrykksmaterialer
  ☐ hydrokolloid ☐ elastomer
☐ Midlertidige materialer – faste proteser
☐ Midlertidige materialer – avtakbare proteser
☐ Andre midlertidige materialer
☐ Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam)
☐ Andre materialer

Produktnavn og produsent
av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e):
Legg gjerne ved HMS-datablad.

Hvor sikker bedømmes relasjonen mellom materialet og reaksjonen(e)?

Tannlege/tannpleier/lege:
☐ Sikker/trolig relasjon
☐ Mulig relasjon
☐ Usikker/ingen oppfatning

Pasient:
☐ Sikker/trolig relasjon
☐ Mulig relasjon
☐ Usikker/ingen oppfatning

Henvisninger

Er pasienten henvist for utredning/undersøkelse/ behandling av reaksjonen(e)?
☐ **Nei**

☐ **Ja til**
☐ Bivirkningsgruppen
☐ tannlege
☐ odontologisk spesialist
☐ allmennlege
☐ medisinsk spesialist eller på sykehus
☐ alternativ terapeut
Annet:

Bivirkningsregisterets notater

Mottatt: _____

Besvart: _____

Registrert: _____

Klassifisert: _____

Sign: _____

☐ **Yrkesreaksjoner**

Reaksjonen(e) gjelder tannhelsepersonell i yrkessammenheng (dette er et forhold som sorterer under Arbeidstilsynet, men vi ønsker denne tilbakemeldingen fordi det kan ha relevans også for reaksjoner hos pasienter).

☐ **Ønsker flere skjema tilsendt**
Antall:

Ansvarlig: **Bivirkningsgruppen**
Årstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: +47 90 17 01 97

E-post: Bivirkningsgruppen@niom.no
Web: http://www.niom.no

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.

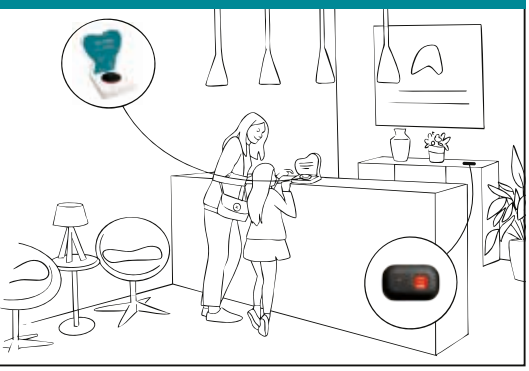
NIOM
Bivirkningsgruppen

DentalCall™

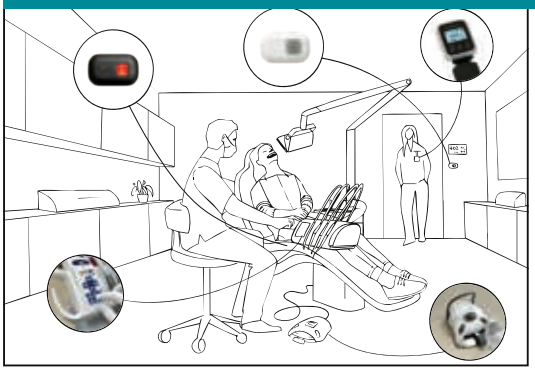
Improving efficiency

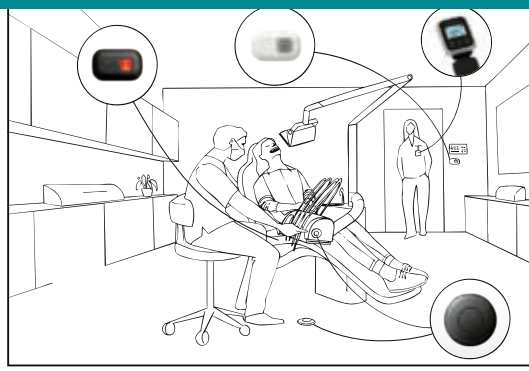
Effektiv tilkalling gir god KlinikkFlyt™

RESEPSJON



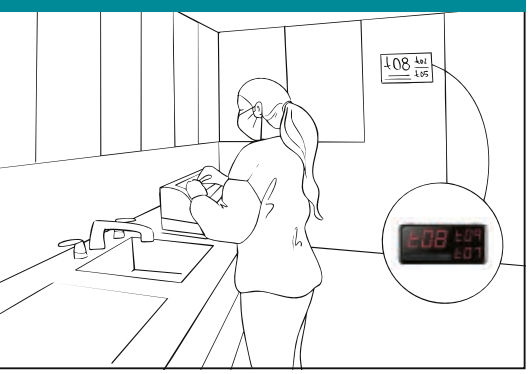
BEHANDLINGSROM



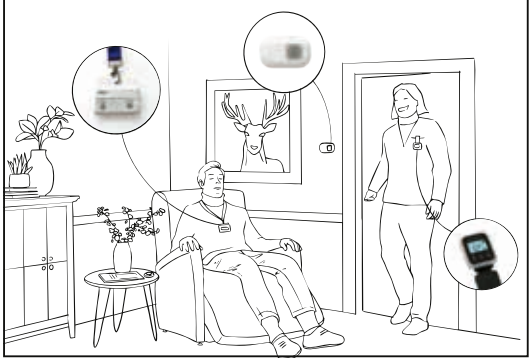


Mindre stress og støy = Bedre miljø!

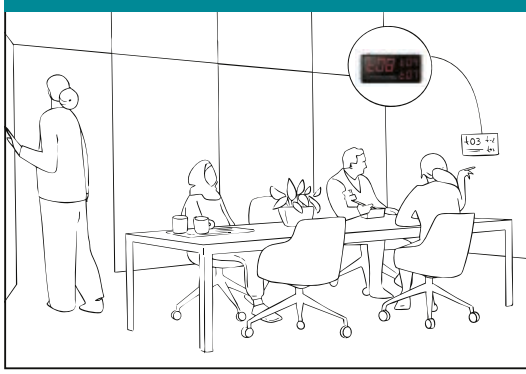
STERIL



PASIENT HVILEROM



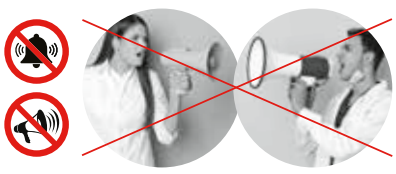
SPISEROM / SKRIVESTUE



TEST DentalCall i 3 uker før beslutning om kjøp

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

Bytt ut melodispillende ringeklokker og roping!



Som kanskje ikke høres og forstyrrer alle på klinikken

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

Idéhuset Albretsen

Call Systems Norge AS
Gauterødveien 6b, 3154 Tolvsrød
Telefon: 90 04 60 40
E-post: hei@callsystems.no

Forhandlere Norge

Plandent
plandent.no

dental sør
dentalsor.no

a concept by CSN™



Offentlig finansiering må følge pasienten og ikke være et middel til å flytte pasienter fra privat til offentlig sektor.

SNU kan ikke støtte regjeringens forslag til tannhelsereform

JON ARNE GANGVIK-ØSTGÅRD, ØSTFOLD, LEDER I SENTRALT NÆRINGSUTVALG
JENNY GUNDERSEN, TROMS, NESTLEDER I SENTRALT NÆRINGSUTVALG
ANNA-LENA LØBAKK, TRØNDELAG, STYREMEDLEM I SENTRALT NÆRINGSUTVALG
ELLEN CATHRINE MORK-KNUTSEN, ØSTFOLD, STYREMEDLEM I SENTRALT NÆRINGSUTVALG
CARL CHRISTIAN BLICH, OSLO, STYREMEDLEM I SENTRALT NÆRINGSUTVALG

Regjeringens forslag til tannhelsereform gir grunn til alvorlig bekymring for fremtiden til privat tannhelsetjeneste.

Sentralt næringsutvalg (SNU) støtter målet om at flere skal få tilgang til nødvendig tannbehandling. Men vi kan ikke stille oss bak en reform som gir fylkeskommunene makt til gradvis å overta pasientgrunnlaget, samtidig som de står fritt til å velge bort private tannklinikker.

Forslaget gir fylkeskommunene ansvaret for stadig flere pasientgrupper, uten å pålegge dem å bruke private klinikker. Departementet skriver selv i høringsnotatet at det helprivate markedet vil bli mindre. Det foreslås heller ingen garanti for at private tannleger får delta når den offentlige finansieringen utvides. Private klinikker risikerer dermed å bli en reserve fylkeskommunene bruker når de selv mangler kapasitet.

Departementet peker også på at anbud kan gi de store kjedene et fortrinn. Mange av dem er utenlandseide, og vi ser at små, lokalt eide klinikker vil kunne tape i denne konkurransen. Vi stiller også spørsmål ved om det er riktig bruk av offentlige midler å bygge opp nye fylkeskommunale klinikker når private tannleger allerede har kapasitet til å ta imot flere pasienter. Kostnadene for dette er, etter det vi kan lese, ikke tatt med.

Private tannleger har selv finansiert klinikkene sine og bygget opp kompetansen over lang tid. Den kapasiteten bør det offentlige planlegge med som en fast del av tilbudet. Det er et dårlig samfunnsøkonomisk valg å skulle bygge ut offentlig kapasitet, når den allerede står ferdig finansiert privat.

SNU mener takstene må forhandles nasjonalt. Slik modellen er lagt opp, kan vi ende med like mange anbudsprosesser, prisnivåer og oppgjørsordninger som det finnes fylkeskommuner. Allerede i dag kan to pasienter få samme behandling og møte helt ulike vilkår, bare fordi de bor i hver sin fylkeskommune. Det

er urettferdig for pasientene. I tillegg blir det et tungt og byråkratisk system å drive, og vi har vanskelig for å se at det er god bruk av fellesskapets midler.

SNU synes heller ikke det er rimelig at kapasiteten i den offentlige tannhelsetjenesten der du bor skal avgjøre om du kan gå til en privat tannlege. Det valget bør pasienten få ta selv. Blir det aktuelt med avtaler om fritt tannlegevalg, må de gjelde den enkelte tannlegen. De fleste går til en bestemt tannlege de kjenner og stoler på, og det er der de vil fortsette. Med forslaget slik det er nå, risikerer mange å miste nettopp dette, både muligheten til å velge tannlege selv og det å bli fulgt opp av samme person over tid. Vi er også redde for at målet om bedre samarbeid mellom privat og offentlig tannhelsetjeneste blir svekket. Til syvende og sist kan det ende med et tydeligere skille mellom de som har råd til å betale tannbehandlingen selv, og de som ikke har det.

SNU tror også reformen kan få følger for rekrutteringen. Når en tannlege ikke vet om det blir rom for egen praksis, eller om det i det hele tatt er mulig å drive privat på sikt, blir yrket mindre attraktivt. Over tid kan det bety at færre gode kandidater søker seg til tannlegeutdanningen.

Reformen bør derfor gi private klinikker reell adgang til å levere offentlig finansiert behandling, på akseptable vilkår, og hvor pasientene får mulighet til å beholde tannlegen sin. Offentlig finansiering må følge pasienten og ikke være et middel til å flytte pasienter fra privat til offentlig sektor.

Utspillet er fra et samlet Sentralt Næringsuvalg (SNU) i NTF, og basert på hovedtrekkene i notatet. Det gjenstår å finlese detaljene.

TGS
TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE
www.sykeavbruddskassen.no
TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening





Spørsmålet er hvordan vi sammen skaper den beste tannhelsetjenesten for pasientene.

Nå er det på tide vi bygger oss sammen

ARE KRISTOFER HJELTNES, MNTF 2000, OVERTANNLEGE, ÅLESUND
KOMPETANSEREGION, MØRE OG ROMSDAL FYLKESKOMMUNE

Et innlegg om tannhelsereformen, digitalisering og behovet for én samlet tannhelsetjeneste.

Meningene i innlegget er forfatterens egne.

Mens regjeringen nå sender forslag til ny lov om fylkeskommunale tannhelsetjenester på høring, ser vi allerede konturene av en debatt som kan komme til å prege årene fremover. Det er en debatt som i verste fall kan splitte profesjonen vår ytterligere mellom privat og offentlig sektor. Det er en debatt jeg håper vi klarer å heve oss over.

For hvis målet er en universell tannhelsetjeneste, slik regjeringen legger opp til, er spørsmålet ikke hvem som er best eller hvem som er flest. Spørsmålet er hvordan vi sammen skaper den beste tannhelsetjenesten for pasientene.

Vi har de siste månedene sett innlegg i både de redaktørstyrte mediene og sosiale medier der private og offentlige aktører sammenlignes mot hverandre. I Møre og Romsdal viser vår brukerundersøkelse en tilfredshet på over 90 prosent blant pasientene. På Facebook skriver en privapraktiserende kollega at tallet for Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) er rundt 70 prosent og at det er 90 prosent i privat sektor. Kanskje stemmer begge deler. Kanskje måler de ulike ting. Kanskje gjelder det ulike pasientgrupper og ulike deler av landet? Eneste publiserte tall fra privatmarked jeg finner er hos EPSI Norge som i 2025 rapporterte en kundetilfredshetsscore på 80,2 for private tannleger, som var blant de høyeste av alle undersøkte tjenesteytere (tannlegeforeningen.no). Men er dette egentlig den viktigste diskusjonen? For ute i distrikts-Norge finnes det fortsatt steder hvor det bare er én offentlig tannklinikk. Andre steder finnes det én privat klinikk. Mange steder er det ingen reell konkurransesituasjon i det hele tatt. Der er det hverken marked eller markedsandeler som betyr mest. Der handler det om at innbyggerne faktisk har tilgang til tannhelsehjelp.

Det er vanskelig å se hvordan profesjonen blir sterkere av å bruke kreftene på å definere vinnere og tapere. Vi står overfor langt større utfordringer. Den største av dem er kanskje digitaliseringen. De første tiårene med digital journalføring har gitt store gevinster, men har også ført til at enorme mengder informasjon er lagret i separate systemer,

på separate klinikker, hos separate leverandører. Hver klinikk har i stor grad vært sin egen digitale øy. Resultatet kjenner vi alle. Lokale servere. Lokale installasjoner. Lokale oppgraderinger. Teknisk vedlikehold. Ulike integrasjoner. Ulike datastrukturer. Avhengighet av enkeltpersoner med teknisk kompetanse. Mange tannleger har gjennom årene opplevd at de nærmest har måttet være dataingeniører ved siden av å være klinikere. Nå er dette i ferd med å endre seg.

Gjennom DigiDOT-prosjektet arbeider fylkeskommunene med å etablere felles nasjonale løsninger for DOT. Ambisjonen er større enn et nytt journalsystem. Ambisjonen er å skape en moderne plattform hvor data kan brukes på en trygg, standardisert og fremtidsrettet måte. Det er et viktig arbeid. Men spørsmålet er om vi allerede nå bør løfte blikket enda høyere.

Hvis vi virkelig ønsker en universell tannhelsetjeneste, bør vi kanskje også begynne å diskutere hvordan all tannhelseaktivitet i Norge kan omfattes av de samme prinsippene.

Ikke gjennom statlig overtakelse. Ikke ved å viske ut skillet mellom offentlig og privat virksomhet. Men ved å etablere felles digitale standarder, felles informasjonsmodeller, felles kodeverk og felles nasjonal infrastruktur. Kanskje neste steg ikke bare er DigiDOT (Digitalisering i den offentlige tannhelsetjenesten). Kanskje neste steg er DigiDUT (Digitalisering i den universelle tannhelsetjenesten)? Et digitalt økosystem som omfatter hele tannhelse-Norge. Tenk hvilken verdi det ville ha dersom pasienten opplevde én sammenhengende informasjonsflyt, uavhengig av om behandlingen skjer hos en privatpraktiserende tannlege, ved en distriktstannklinikk, på et kompetansesenter, et universitet eller ved et sykehus. Tenk hvilken verdi det ville ha dersom diagnostiske verktøy, beslutningsstøtte og kvalitetsindikatorer kunne utvikles nasjonalt og komme alle behandlere til gode.

Tenk hvilken verdi det ville ha dersom journalsystemene hjalp oss til å dokumentere bedre, velge riktigere behandling og gi pasienten bedre grunnlag for informerte valg.

Digitaliseringen må ikke bli et mål i seg selv. Den må gjøre hverdagen enklere. Den må redusere administrasjon. Den må forbedre kvaliteten. Den må frigjøre tid til pasientbehandling. Og den må bidra til at pasienten får presentert alle relevante behandlingsalternativer, med et best mulig kunnskapsgrunnlag for prognose, kostnader og forventet levetid. Dette er ikke en offentlig oppgave alene. Dette er ikke en privat oppgave alene. Dette er en profesjonsoppgave. Derfor mener jeg at tannhelsereformen gir oss en historisk mulighet. Ikke først og fremst til å diskutere organisasjonsgrenser. Ikke først og fremst til å diskutere finansieringsmodeller. Men til å diskutere hvordan vi som profesjon ønsker at norsk tannhelse skal se ut de neste 20 årene.

Da trenger vi alle rundt bordet. Privatpraktiserende tannleger. Praksiseiere. Offentlig ansatte tannleger. Spesialister. Universitets- og høyskolemiljøene. Tannpleiere. Tannhelsesekretærer. Programvareutviklere. Pasientorganisasjoner. Og helsemyndighetene. For dersom målet er en universell tannhelsetjeneste, må også løsningene bygges universelt.

Kjære kollega, enten du arbeider ved universitet, sykehus, kompetansesenter, liten eller stor privat klinikk eller distriktstannklinikk:

Nå er det på tide at vi bygger oss sammen. Profesjonen trenger det. Pasientene fortjener det.

10 år med smil som varer

ORIS DENTAL
2016 — 2026

Tusen takk for at du er en del av reisen vår.

I 10 år har vi bygget et sterkt faglig fellesskap, utviklet oss og delt kunnskap. Men det viktigste har alltid vært det samme: Menneskene vi får lov til å ta vare på – hver eneste dag.

Derfor vil vi bruke jubileet vårt til å si takk. Til våre dyktige kollegaer, henvisere og samarbeidspartnere. Takk for tilliten, kunnskapen dere deler og samarbeidet som gjør oss bedre.

Vi gleder oss til å fortsette reisen sammen, med faglig utvikling, gode relasjoner og pasienten i sentrum.

Takk for de første 10 årene.
Vi gleder oss til fortsettelsen!

"På ti år har vi bygget noe jeg er utrolig stolt av. Et sterkt fellesskap av mennesker som brenner for faget, pasientene og for å spille hverandre gode. Vi har fått til mye sammen – og det beste er at vi fortsatt har så mye foran oss!"



Eirik Aasland Salvesen
Spesialist i periodonti og CEO

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske tannlegeforening

Arbeidsliv

Sykehjelpsordningen gjenåpner, med nye vilkår

DAG KIELLAND NILSEN, ADVOKAT I NTF

Sykehjelpsordningen for tannleger har åpnet opp for søknader igjen. Dagpengesats og stønad er redusert, men vil fremdeles være et gode for dem som er sykmeldt, tar ut foreldrepermisjon eller har krav på pleiepenger. De nye vilkårene vil ha tilbakevirkende kraft, og gjelder fra 1. januar 2026.

Endringene i ordningens vedtekter ble nødvendige etter at myndighetenes finansiering av ordningen opphørte med virkning fra 1. november 2025. De nye vedtektene skal bidra til å sikre at ordningen fortsatt kan gi noe økonomisk støtte til tannleger ved sykdom, fødsel/adopsjon og pleie i årene fremover.

Det understrekes at usikkerheten rundt fremtidige sykepengeutgifter kan gjøre det nødvendig å vurdere ytterligere tiltak på et senere tidspunkt. Ordningen er i realiteten under en styrt avvikling og finansieres nå kun fra avkastning på investeringene. Vedtektene er nå slik at styret har myndighet til å gjøre nødvendige endringer ved behov. NTFs hovedstyre og representantskap skal orienteres om eventuelle endringer.

De viktigste endringene

Styret i Sykehjelpsordningen og representantskapet har lagt vekt på å prioritere de alvorligst syke samtidig som utgiftene reduseres.

Styret har i henhold til vedtektene vedtatt at gjeldende maksimale dagsats for ytelser i 2026 skal være opp til NOK 1 500,-.

- Kravet til sykmeldingsgrad er nå 70 prosent for å få rett til sykepenger fra ordningen.
- Karenstiden er nå 16 dager, ordningen er da lik med NAVs sykepengeordning, hvor stønad ytes fra dag 17.
- Stønad ved fødsel og adopsjon reduseres fra 40 til 20 dager. Med gjeldende dagsats på 1 500 kroner tilsvarer dette om lag 30 000 kroner i støtte.
- Vilkårene for pleiepenger videreføres uendret, men utbetalingene reduseres som følge av lavere dagsats.
- Styret gis myndighet til å endre både dagsatser og ordningens ytelser mellom representantskapsmøtene dersom økonomien gjør dette nødvendig. Hovedstyret og representantskapet skal orienteres om eventuelle endringer.

Endringene gjelder fra 1. januar 2026

Representantskapet vedtok at vedtektsendringene gjelder fra 1. januar 2026. Tannleger som har vært sykmeldte eller har hatt foreldrepermisjon fra 1. januar 2026 kan nå sende inn søknad om å få etterbetalt stønad. Søknadene vil da behandles i henhold til de nye reglene.

Søknadsportal er åpnet

Søknadsportalen for sykehjelpsordningen har vært stengt i påvente av endringene, men er nå gjenåpnet og oppdatert i henhold til nye vilkår (https://sykehjelpsordningen.no/)

Før du går i gang med å sende inn søknad er det en fordel om du forbereder deg ved å finne frem nødvendig dokumentasjon:

- Inntekt – det kreves her kopi av siste godkjente skatteoppgjør. Det godtas ikke andre dokumenter som skattemelding, utskrift av regnskap eller bankutskrifter.
- Sykmelding – som må vise diagnose, sykmeldingsgrad og periode. Her er det mulig å legge ved to vedlegg for å få med alle nødvendige opplysninger.

For søknader om stønad i foreldrepermisjon eller ved søknad om pleiepenger kreves det foruten godkjent skatteoppgjør også vedtak fra NAV, som viser periode for permisjon eller pleie.

Hvor mye kan du få?

Du må ha et inntektsbortfall for å være berettiget til stønad fra ordningen. Dersom du får alt dekket fra NAV vil du ikke få noe fra sykehjelpsordningen. Ordningen dekker, sammen med det du får fra NAV, inntil 90 prosent av fjorårets inntekt opp til et maksbeløp.

NAV dekker normalt inntil 80 prosent av seks ganger Grunnbeløpet (G = 136 549) for næringsdrivende med enkeltpersonforetak (ENK). 6 G utgjør omtrent NOK 819 000,- og 80 prosent av dette tilsvarer omtrent NOK 655 000,-. Maksimal dagsats er fastsatt til 1 500,- og kan mottas i inntil 260 dager. Samlet stønad fra NAV og ordningen kan bli omtrent 1 050 000,- hvis du har høy inntekt.

For ansatte tannleger i privat virksomhet dekker NAV lønnsinntekt opp til 6 G. Lønn over 6 G kan gi grunnlag for stønad fra sykehjelpsordningen dersom man ikke mottar mer enn 6 G fra eget selskap under sykdomsfravær. Offentlig ansatte mottar som oftest 100 prosent lønn under sykdom og i foreldrepermisjon og vil bare helt unntaksvis ha krav på stønad fra sykehjelpsordningen.

Eksempel 1:

Personinntekt fra skatteoppgjøret i ENK 2025 lik NOK 800 000,- . Her får du dekket omtrent NOK 640 000,- fra NAV. Sykehjelpsordningen dekker inntil 90 prosent av inntekten, her da inntil NOK 720 000,-. Inntektstapet som sykehjelpsordningen kan dekke, er da her totalt omtrent NOK 80 000 for 260 dager (full periode med stønad). Dette gir en dagsats på 307,- per dag etter utløpt karenstid. Eksempelet forutsetter 100 prosent sykmelding, lavere sykmeldingsgrad gir redusert utbetaling.

Eksempel 2:

Personinntekt fra skatteoppgjøret i ENK 2025 lik NOK 1 200 000,- . Her får du dekket omtrent NOK 655 000,- fra NAV. Sykehjelpsordningen dekker inntil 90 prosent av inntekten, her da inntil NOK 1 045 000,-. Inntektstapet som sykehjelpsordningen kan dekke, er da her totalt omtrent NOK 390 000 for 260 dager (full periode med stønad). Dette utløser maksimal dagsats som er NOK 1 500,- per dag etter utløpt karenstid. Eksempelet forutsetter 100 prosent sykmelding, lavere sykmeldingsgrad gir redusert utbetaling.

Ønske om bedre dekning?

Det er mulig å tegne ulike forsikringer for å få noe bedre dekning ved bortfall av egen inntekt som følge av sykdom.

NAV tilbyr noen ulike løsninger som kan gi stønad også før 17. dag og løsninger som gir 100 prosent dekning opp til 6 G.

De store forsikringsselskapene tilbyr også ulike produkter for sykeavbruddsforsikring som dekker både løpende utgifter, men også inntektsbortfall.

TGS – Tannlegenes gjensidige sykeavbruddskasse tilbyr nå i tillegg til forsikring for driftsutgifter, også egen forsikring som dekker inntektsbortfall.

Spør advokaten

Når arbeidsgiver sier nei til nødvendig arbeidsutstyr

JOHN FRAMMER, FORHANDLINGSSJEF OG ADVOKAT I NTF

Hei, jeg er ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og har arbeidet som tannlege i 16 år.

Nå er jeg kommet dit at jeg trenger nye lupebriller. Jeg har benyttet slike briller i over ti år, og hadde med meg de jeg har brukt til nå fra min tidligere arbeidsplass. Behovet knytter seg både til syn, lys i behandlingsrommet og nakkeproblemer.

Det nevnte gjør det vanskeligere å se godt i vanskelig tilgjengelige områder i munnhulen og muligheten til å utføre behandlingen på en tilfredsstillende måte. I tillegg kommer økt belastning og spenning i nakkeområdet, blant annet fordi jeg må innta mer anstrengende arbeidsstillinger for å oppnå tilstrekkelig sikt.

Min arbeidsgiver avviser at de må dekke utgifter til innkjøp av lupebriller, og viser til et internt regelverk som har bestemmelser både om egenbetaling og bindingstid. Kan de gjøre dette?

Svar:

Det korte svaret er nei. Mange tannleger er avhengige av lupebriller for å kunne utføre arbeidet på en faglig og ergonomisk forsvarlig måte. Likevel oppstår det fra tid til annen konflikter om hvem som skal betale for utstyret, og om arbeidsgiver kan avslå søknader med henvisning til et internt regelverk.

Spørsmålet må i tillegg til internt regelverk vurderes opp mot arbeidsmiljølovens krav til forsvarlig arbeidsmiljø og nødvendig tilrettelegging.

Lupebriller handler ikke bare om komfort

For mange tannleger er lupebriller langt mer enn et personlig hjelpemiddel eller et spørsmål om komfort. De kan være avgjørende for å oppnå tilstrekkelig forstørrelse, bedre sikt og en ergonomisk riktig arbeidsstilling.

Arbeidet i tannhelsetjenesten er presisjonsarbeid med store krav til syn, arbeidsstilling og finmotorikk. Dersom arbeidsforholdene gjør at tannlegen må arbeide med bøyd nakke eller ugunstige arbeidsstillinger over tid, kan risikoen for belastningsskader øke betydelig.

Lupebriller brukes nettopp for å motvirke slike belastninger og samtidig legge til rette for presist klinisk arbeid.

Arbeidsmiljøloven gjelder også

Arbeidsgivers ansvar begrenser seg ikke til å følge et lokalt reglement for dekning av luper.

Etter arbeidsmiljøloven skal arbeidsmiljøet være fullt forsvarlig ut fra en samlet vurdering av forhold som kan påvirke arbeidstakerens helse og velferd.

Videre stiller arbeidsmiljøloven krav til at arbeidsutstyr, arbeidsplasser og arbeidsforhold skal innrettes slik at arbeidstakerne beskyttes mot uheldige fysiske belastninger.

Dersom lupebriller er nødvendige for å skape en forsvarlig arbeidssituasjon eller forebygge helseplager, må arbeidsgiver foreta en konkret vurdering av dette.

Hvem skal betale

Utgangspunktet i norsk arbeidsliv er at arbeidsgiver stiller nødvendig arbeidsutstyr til rådighet.

Det avgjørende spørsmålet er derfor ikke om arbeidstakeren foretrekker lupebriller, men om de er nødvendige:

- for å utføre arbeidet faglig forsvarlig
- for å oppnå et forsvarlig arbeidsmiljø
- for å forebygge helseplager og belastningsskader

Dersom lupebriller er et nødvendig arbeidsredskap og ikke bare en valgfri oppgradering, taler arbeidsgivers alminnelige omsorgs- og tilrettelæggingsplikt for at arbeidsgiver også må ta ansvar for en forsvarlig løsning og dermed betale. Bindingstid og egenbetaling vil bare være aktuelt der innkjøpet begrunnes i arbeidstakers eget ønske om komfort og ikke anses som nødvendig.

Interne ordninger kan ikke overstyre arbeidsmiljøloven

Mange fylkeskommuner og virksomheter har egne regler om dekning av luper, med bestemte beløpsgrenser eller bindingstid.

Slike ordninger kan være praktiske og nødvendige for å sikre likebehandling, men de kan ikke sette arbeidsmiljølovens krav til side.

Dersom en beløpsgrense eller bindingstid i praksis fører til at tannlegen mangler nødvendig utstyr for å arbeide forsvarlig, må arbeidsgiver vurdere om det er behov for unntak, tilleggsfinansiering eller en annen løsning.

Et internt reglement kan ikke brukes som begrunnelse for å opprettholde uforsvarlige arbeidsforhold. Og en generell henvisning til et reglement er på ingen måte tilstrekkelig for å avslå et krav om tilrettelegging og innkjøp av lupebriller.



Snakk om etikk

Babels tårn – når språket bygger broer og murer

ANJA MICHAELIS, MEDLEM AV NTFS ETIKKRÅD

Norge er uten tvil et innvandringsland. Som vår kjære, avdøde Kong Harald sa: Nordmenn kommer fra nord og sør, og noen av oss har innvandret fra blant annet Afghanistan, Pakistan, Polen, Sverige, Somalia og Syria. Eller fra Tyskland, som undertegnede.

Det flerkulturelle Norge gjenspeiles også i tannhelsetjenesten. På norske klinikker møter vi tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer og studenter med bakgrunn fra en rekke land og kulturer. Mange av oss behersker norsk like godt som vårt eget morsmål.

Flerspråklighet er en stor ressurs. Den kan gjøre det lettere å kommunisere, skape tillit og bygge relasjoner. Men språk er mer enn et kommunikasjonsverktøy. Det kan inkludere og ekskludere, bygge broer og skape avstand. Derfor kan flerspråklighet også innebære etiske utfordringer.

Når språket bygger broer

Å kunne møte en pasient på pasientens eget språk kan være en stor fordel – enten det gjelder en flyktning som nylig er kommet til Norge, en utenlandsk arbeidstaker eller en turist som trenger akutt tannbehandling.

Når vi snakker pasientens språk, kan vi lettere forsikre oss om at pasienten forstår vurderinger, behandlingsalternativer og anbefalinger. Pasienten kan stille spørsmål uten å måtte lete etter de riktige ordene på et fremmed språk. Det kan redusere misforståelser og gjøre det lettere å ta informerte valg.

Samtidig er det viktig å skille mellom språket vi bruker i kommunikasjonen, og språket vi bruker i journalen. Selv om kommunikasjonen med pasienten foregår på et annet språk, skal journalen føres på norsk. Journalen er en del av den felles dokumentasjonen og et viktig grunnlag for videre behandling. Norsk som journalspråk bidrar til kontinuitet, pasientsikkerhet og god samhandling mellom helsepersonell.

Minst like viktig er opplevelsen av å bli sett og forstått. Å møte en pasient på et språk vedkommende behersker godt, kan skape trygghet og tillit. Slik kan språket understøtte grunnleggende etiske prinsipper som respekt for autonomi, å gjøre godt og rettferdighet.

I slike situasjoner er språket en bro.

Når språket bygger murer

Men den samme språklige kompetansen kan også få en annen funksjon.

Tenk deg at tannlegen eller sekretæren snakker med en pasient på et språk de øvrige på klinikken ikke forstår. Som regel er dette uproblematisk. Men hva skjer dersom samtalen inneholder nedsettende kommentarer om en kollega, informasjon som burde vært delt med resten av teamet, eller avtaler som ikke tåler dagens lys?

En lignende utfordring kan oppstå mellom kolleger. Dersom noen snakker et annet språk og andre ikke forstår hva som blir sagt, kan det skape usikkerhet og mistillit. I pauser eller studentgrupper kan det også oppleves ekskluderende dersom et språk som ingen andre forstår, brukes konsekvent.

Mest problematisk er kanskje situasjonen der helsepersonell snakker «over hodet på» en pasient på et språk pasienten ikke forstår. Pasienten kan da sitte igjen med følelsen av at det blir snakket om vedkommende uten å vite hva som blir sagt.

Da blir språket, som ellers er et middel til kommunikasjon, et middel til ekskludering.

Et spørsmål om tillit

Dette handler ikke om at alle alltid skal snakke norsk. Det ville være både urimelig og lite realistisk. Vi skal selvfølgelig kunne

bruke språkene våre og ha glede av flerspråkligheten på norske arbeidsplasser.

Utfordringen oppstår når språkbruken påvirker andres mulighet til å delta, forstå eller føle seg trygge.

I tannhelsetjenesten er tillit avgjørende. Pasienten må kunne stole på at informasjonen er forståelig og relevant. Kollegene må kunne stole på hverandre, og alle ansatte skal kunne føle seg trygge.

Derfor bør vi stille oss noen enkle spørsmål: Hvem er til stede? Hvem forstår det som blir sagt? Og hvem blir stående utenfor?

Historien om Babels tårn handler om mennesker som plutselig ikke lenger forstår hverandre. I vår moderne, flerkulturelle tannhelsetjeneste trenger vi ikke å se på språklig mangfold som en forbannelse. Tvert imot er det en ressurs vi bør ta vare på.

Men en ressurs krever bevisst bruk.

For kanskje er det viktigste spørsmålet ikke hvilket språk vi snakker, men **hvem som får muligheten til å forstå – og hvem som blir stående utenfor.**

Flerspråklighet er en styrke. Den blir først en etisk styrke når vi bruker den til å inkludere, ikke til å ekskludere.



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial kirurgi

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

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Tannlege
Margareth Kristensen Ottersen
spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi

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

Hva sier studentene?

Mer enn et ekstra par hender

MARTHE GRØTTA ØTHER, STYREMEDLEM I NTF STUDENT

For noen tannlegestudenter blir en deltids- eller sommerjobb på tannklinikk det første møtet med arbeidslivet utenfor studentklinikken. Man kommer inn som assistent eller sekretær, og skal noen år senere kanskje tilbake til den samme klinikken som tannlege. Hva kan en slik studentjobb tilføre – både for studenten og for klinikken?

Gjennom odontologistudiet lærer vi først og fremst å bli tannleger. En jobb på klinikk gir i tillegg innblikk i hvordan det er å *jobbe* som tannlege. Timebok, pasientflyt, telefoner, akuttpasienter, labarbeid, journalsystemer, steril og samarbeid mellom ulike yrkesgrupper blir en del av arbeidshverdagen.

Fra assistentstolen får man samtidig observere behandlingen uten selv å konsentrere seg om hvert kliniske håndgrep. Instrumenter, materialer og prosedyrer blir mer kjente, og teori fra studiet kan knyttes til praksis.

Det kan være særlig lærerikt å assistere forskjellige behandlere. En allmenntannlege gir innblikk i bredden av yrket, mens en spesialist kan vise behandlinger studenten sjeldnere møter på studiet. Nyutdannede og mer erfarne tannleger kan også ha ulike arbeidsmåter. Som student får man dermed se forskjellige måter å kommunisere, organisere behandlingen og løse kliniske problemstillinger på – og begynner kanskje å danne seg et bilde av hva slags tannlege og kollega man selv ønsker å bli.

Det å ha vært assistent før man selv blir behandler kan være en nyttig erfaring. Når man har klargjort behandlingsrom, håndtert steril og forsøkt å ligge ett steg foran tannlegen, blir betydningen av godt samarbeid og tydelig kommunikasjon svært konkret. Det gir også større forståelse for arbeidet til tannhelsesekretærer og andre medarbeidere. Den dagen rollene byttes, har man erfaring fra begge sider av behandlingsstolen.

En studentjobb gir også innblikk i tempoet utenfor universitetet. På studentklinikken skal prosedyrer læres og vurderinger diskuteres med instruktør. I arbeidslivet må kvalitet samtidig kombineres med effektivitet, fulle timebøker og uforutsette hendelser. Det kan være nyttig å ha observert før man selv står med ansvaret.

Nytten går heller ikke nødvendigvis bare én vei. Studenter befinner seg tett på undervisning, nyere faglitteratur og dagens anbefalinger, og kan komme inn med spørsmål og et nytt blikk på etablerte rutiner. Spørsmålet «hvorfor gjør dere det slik?» kan ha et godt og erfaringsbasert svar, men kan også føre til refleksjon rundt egen praksis. Møtet mellom fersk teori og klinisk erfaring kan dermed være lærerikt for begge parter.

Studenten kan samtidig bidra med ekstra kapasitet ved blant annet ferieavvikling, fravær og andre perioder med behov for bemanning, både i offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Gjennom å arbeide sammen over tid får klinikken et annet inntrykk av studenten enn det en CV og et jobbintervju alene kan gi.

Dersom studenten senere søker tannlegestilling samme sted, kjenner begge parter allerede hverandre. Studenten kjenner kanskje personalet, journalsystemet og rutinene, mens arbeidsgiveren kjenner personen bak søknaden.

En student som trives, tar dessuten erfaringene med seg tilbake til studentmiljøet. Hvor vi har sommerjobb, hvilke klinikker vi trives på og hvor vi kunne tenke oss å jobbe etter studiet, er naturlige samtaleemner mellom studenter. Kanskje starter derfor rekrutteringen av fremtidige tannleger tidligere enn man tenker.

Samtidig er en jobb på tannklinikk ved siden av studiet hverken nødvendig eller riktig for alle. Odontologistudiet er krevende, og studenter har ulik kapasitet, livssituasjon og ønske om å arbeide ved siden av.

Det finnes heller neppe ett riktig tidspunkt å begynne. Noen opplever at klinikkarbeid tidlig i studiet gjør undervisningen mer konkret, mens andre foretrekker å vente til de har mer faglig kunnskap å knytte erfaringene til – og kanskje har fått prøve noe helt annet først.

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

Aust-Agder Tannlegeforening
Carina Freitag
carinafreitag@hotmail.com

Erik Nilsen
er-nils2@online.no

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau
tlf. 977 40 606

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

Buskerud Tannlegeforening
Lise Opsahl
tlf. 90 03 11 34

Trine Knutsen Gjone
trine.gjone@gmail.com

Finnmark Tannlegeforening
Stina Marie Richardsen
stinarichardsen@gmail.com

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

Margrethe Halvorsen
tlf. 977 10 550

Hedmark Tannlegeforening
Anke Bolte
tlf. 411 64 017
anke.bolte@innlandetfylke.no

Nordland Tannlegeforening
Connie Vian Helbostad
conhel@nfk.no
tlf. 938 28 000

Åse Reinfjord
aase@tanntorget.no

Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening
Bjørn T. Hurlen
tlf. 906 50 124
bjorn@ingenhull.no

Eva Thingvold
tlf. 414 18 847

Nord-Trøndelag Tannlegeforening
Fafavi Sandra Boubou Pedanou
tlf. 951 37 891
sandra.pedanou@yahoo.com

Øyvind Kvalheim
996 21 035

Oppland Tannlegeforening
Pål Vidar Westlie
paalvidar@tannlegewestlie.no

Hanne Øfsteng Skogli
tlf. 934 37 223

Oslo Tannlegeforening
Finn Rossow
tlf. 907 48 184

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

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

Kari M. Østerholt
tlf. 901 69 283
kari.osterholt@gmail.com

Romerike Tannlegeforening
Sven Grov
tlf. 920 91 973

Asgeir Grotle-Sætervoll
tlf. 911 91 183
asgeirg@icloud.com

Nureena Khan
nureena-95@hotmail.com

Sogn og Fjordane Tannlegeforening
Synnøve Leikanger
tlf. 469 18 063
s.leikanger@gmail.com

Jon-Reidar Eikås
tlf. 959 45 528

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

Hege Leikanger
tannlege@leikanger.as
tlf. 482 49 292

Sør-Trøndelag Tannlegeforening
Unni Merete Køste
tlf. 926 01 985
umkoste@hotmail.com

Morten Nergård
tlf. 950 54 633
m-energ@online.no

Telemark Tannlegeforening
Kari Nesse
tlf. 901 04 345
kari.nesse@outlook.com

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

Troms Tannlegeforening
Harald Ag
tlf. 477 51 900
haraldag@online.no

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

Vest-Agder Tannlegeforening
Arild Tobiassen
tobiasse@online.no

Vestfold Tannlegeforening
Gro Monefeldt Winje
tlf. 977 65 495
gromwinje@gmail.com

Einar Trægde Nørstebø
tlf. 909 27 763
einar@tannhelse.no

Østfold Tannlegeforening
Rune Henriksen Bones
tlf. 938 97 983

Tore-Cato Karlsen
tore.karlsen@privattannlegene.no

Kontaktperson i NTFs sekretariat
Lin Muus Bendiksen
Tlf. 22 54 74 00
lin.bendiksen@tannlegeforeningen.no

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

12.–13. november	**Stiklestad**	Årsmøtekurs NTTF
13. november	**Bergen**	«Slitte bitt» (BTF)
13. november	**Molde**	Julekurs Nordmøre tannlegeforening
13.–14. november	**Jeløy**	«Perio og protetikk» Østfold tannlegeforening
19. november	**Kristiansand**	«Endo – fra riktig diagnose til behandling»
20. november	**Oslo**	Endodontiske og protetiske utfordringer i hverdagen, OTF heldagskurs
27.–28. november	**Haugesund**	Julekurs Haugaland tannlegeforening
4. desember	**Bergen**	BTFs julemøte
9. desember	**Nettbasert**	Webinar NTF - Spiseforstyrrelser: utfordringer i munnhulen
14.–15. januar	**Bergen**	Vestlandsmøtet 2027
21. januar	**Stavanger**	«Helproteser i praksis»
29.–30 januar	**Oslo**	TSF Fellesseminar
4.–5. mars	**Oslo**	NTFs symposium – Kirurgi i allmennpraksis
17.–18. juni	**Tromsø**	NTFs midnattssolsymposium

Andre kurs, møter og aktiviteter

18.–19. november	**Oslo**	Hovedstyremøte
19.–20. november	**Gardermoen**	Stor-Forum

SENSODYNE

CLINICAL REPAIR

NYHET



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

Den norske tannlegeforening

Webinar

Rotresorpsjoner

- gjenkjenne, diagnostisere og vite når du skal henvise

Tid: 11. november 2026 kl 1800-2000
Sted: Nettbasert / Zoom

Kursholdere: Anders Ganer og Håvard Stueland

Rotresorpsjon oppdages oftest tilfeldig – på et røntgenbilde tatt av en helt annen grunn, hos en pasient uten symptomer.
Da er det allmenntannlegen som avgjør hva som skjer videre:
Skal funnet følges, behandles eller henvises?

Mer informasjon og påmelding:

www.tannlegeforeningen.no/webinar

Påmeldte deltakere får tilgang til opptak av webinaret i 4 uker etter gjennomført webinar.





Takk for i år!

NTFs LANDSMØTE

Tusen takk til deltakere og utstillere på årets landsmøte!

I stedet for blomster til prisvinnere, hederstegn-mottakere og foredragsholdere har vi valgt å støtte årets TV aksjon og NRC Flyktninghjelpen

Les mer om arbeidet på
www.flyktninghjelpen.no

Bilder og nyheter fra landsmøtet finner du på
www.tannlegeforeningen.no/landsmotet
samt i Tidende 8/2026

NRC
FLYKTNINGHJELPEN
NORWEGIAN REFUGEE COUNCIL
NRK TV-aksjonen

SAMMEN GJØR VI KLOKE VALG



Gjør kloke valg har som mål å redusere overdiagnostikk og overbehandling i helsetjenesten.

Til sammen står 18 fagorganisasjoner bak anbefalinger som bidrar til å redusere unødvendig utredning og behandling.

Gjør kloke valg du også!

www.tannlegeforeningen.no/klokevalg

Gjør kloke valg **www.klokevalg.org**

delta
Norsk Kiropraktorforening
nmf
NORSK PSYKOLOG FORENING
Norsk NTpF Tannpleier-forening
DEN NORSKE LEGEFORENING
NORSK SYKEPLEIERFORBUND
NORSK RADIOGRAFFORBUND
Norges Farmaceutiske Forening
NORGES OPTIKER FORBUND
ergoterapeutene
HELSESYKEPLEIERNE NSF
DEN NORSKE JORDMORFORENING
Fysioterapeutene
NITO Bioingeniørfaglig institutt - BFI
FAGFORBUNDET
JORDMORFORBUNDET NSF
Den norske tannlegeforening

NTFs symposium

4. - 5. mars 2027

Clarion Hotel The Hub

TEMA: Kirurgi i allmennpraksis

- evidens, erfaring og riktig behandling



Moderatorer:

Frode Øye & Silje Bach

HOLD AV DATOENE!

Påmelding åpner i slutten av november

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



NTFs NETTKURS

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 original-artikkel 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.

Den norske tannlegeforening

UiO

«Lystgasskurset» vinteren/våren 2027

Kompetansekurs i psykologisk og farmakologisk behandling av tannbehandlingsangst

Kurset arrangeres som et samarbeid mellom NTF og Det odontologiske fakultetet ved Universitetet i Oslo (UiO). Bestått kurs gir norsk tillatelse til selvstendig å bruke lystgass ved tannbehandling, og et godt grunnlag for farmakologisk behandling av angst/uro, samt omfattende innføring og trening i bruk av kognitiv atferdsterapi.

Målgruppe: offentlige og privatpraktiserende tannleger

Sted:	Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo	
Tid:	Del 1:	Teori og praksis tirs. 26.- tors. 28. januar 2027
	Del 2:	20 timer hospitering i generell anestesi
	Del 3:	Teori og praksis ons. 16.- fre. 18. juni 2027

Antall deltakere:	Maks 30 stykker
Kursavgift:	kr. 36 200,-
Krav til opptak:	Minst 2 års praksis som tannlege
Søknadsfrist:	13. desember 2026

Se www.tannlegeforeningen.no/lystgass for søknadsskjema og mer informasjon

Personalia

Dødsfall

Johan Buttedahl, f. 05.10.1935, tannlegeeksamen 1964, d. 27.09.2026

Odd Skaug Syvertsen, f. 25.05.1945, tannlegeeksamen 1971, d. 12.10.2026

tilbakeblikk

1926

Den norske tandlægeforenings aarsmøte med repræsentantskapsmøte og generalforsamling

Lørdag 17. oktober kl. 9 var der foredrag av dr. Häupl: «Behandling av den akute apikale paradentitis», med lysbilleder.

Præsidenten takket dr. Häupl for det interessante og greie foredrag som det hadde været en glæde at paahøre. Han uttalte at han i et dansk tidsskrift hadde set at Häupl «talte et forskjønnet norsk». Det kunde han dog ikke være enig i. «Da vi helst vil se dr. Häupl som helt ut norsk, vil jeg haabe at hans norsk med tiden blir endnu bedre, saa vi helt ut føler ham som vor mand»

V. Krogh: Jeg har intet at si til dette eksakte, stringente og udmerkede arbeide. Kun vil jeg uttale min glæde over at ha været tilstede og faat paahøre dette unge, friske og gedigne foredrag. Men hensyn til dr. Häupls sprog, vil jeg si (hvis det i detheletat gaar an at si dette om en mand som dr. Häupl). Naar han taler virker han nærmest søt paa mig.

Tidende november 1926

1976

Årsmøte og representantskapsmøte i Den norske tannlægeforening

Forslag om endring av de etiske reglers punkt 14

Det er i den senere tid blitt mer vanlig enn tidligere at flere tannleger har gått sammen om driften av en tannlegepraksis. Dette er en utvikling det er grunn til å tro vil fortsette. Det er i den forbindelse oppstått et behov for å finne frem til en betegnelse som er dekkende for fellespraksisen. N.T.F.'s råd for tannlegeetikk har flere ganger blitt bedt om å ta stilling til en del av de betegnelser som er blitt benyttet. Rådet har funnet at betegnelsen «tannlegesenter» er i strid med de gjeldende etiske og kollegiale regler for tannleger (punkt 14). (..)

Tidende november 1976

2016

Kommentar og debatt

Spesialist i klinisk odontologi? – eller TANNLEGE, som det het før.

For tiden arbeides det i Helsedirektoratet med etableringen av en ny tannlegespesialitet: Spesialist i klinisk odontologi. Fire kandidater har gjennomført et pilotprosjekt i Tromsø, og nye er tatt inn – uten at spesialiteten foreløpig er blitt godkjent.

Oxford Research har evaluert utdanningen, basert på erfaringene fra «prøvekullet», og har mange innvendinger.

(..)

Det synes merkelig at Helsedirektoratet fortsetter det selektive og møysommelige arbeidet med å se bort ifra brorparten av tilgjengelig statistikk og den bestilte evalueringen fra Oxford Research.

Alt tyder på at vi heller trenger færre enn flere tannlegespesialister i fremtiden. Hvilke motiver man i dag har for å neglisjere dette nokså åpenbare faktum, forblir et åpent spørsmål.

Carl Christian Blich, universitetslektor, seksjon for samfunnsodontologi, UiO

Tidende november 2016

Fagpressen
Samler norske fagmedier

Vi kaller dette en spade



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.

tidende

tidende

Frister og utgivelsesplan 2026

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
~~7~~	~~9. oktober~~	~~13. oktober~~	~~12. november~~
8	12. november	17. november	17. desember

Frister og utgivelsesplan 2027

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	15. desember '26	6. januar	28. januar
2	5. februar	9. februar	11. mars
3	5. april	13. april	13. mai
4	10. mai	13. mai	17. juni
5	4. juni	17. juni	19. august
6	3. september	7. september	7. oktober
7	8. oktober	12. oktober	11. november
8	11. november	16. november	16. desember

STILLING LEDIG

ASSISTENTTANNLEGE SØKES

Søker en dyktig kollega med godt humør og hjerte for pasientene, til veletablert praksis på Årnes. Med tiltredelse snarest.

Må ha norsk autorisasjon og beherske norsk muntlig og skriftlig meget godt.

Arbeidsmengde 50%, og med ønske om å utvide arbeidsmengden.

Opus, intraoral skanner.

Om dette høres interessant ut ta kontakt på mail: tannlegemarius@hotmail.com

CC VEST TANNLEGESENTER SØKER TANNLEGE

CC Vest Tannlegesenter søker en engasjert og faglig dyktig tannlege til en 50% stilling Tiltredelse: etter avtale.

Kontakt:mk-mar@online.no

TANNLEGE MED EGEN PASIENTPORTEFØLJE?

70% PROVISJON!

For klinikkeiere som nærmer seg slutten av karrieren.

Ta med dine pasienter og din sekretær, og flytt inn i våre topp moderne lokaler på Vinderen i Oslo.

Gå tørrskodd fra p-anlegg rett inn på klinikken. Jobb tett på våre spesialister i et moderne fagmiljø.

TannSpes
www.tannspes.no

Kjevekirurg Karl Iver Hanvold
Tlf. 403 00 001
karl@tannspes.no



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

Ledige stillinger er annonsert på **tannhelserogaland.no**

Tannhelse Rogaland

KJØP OG SALG

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

MODERNE TANNKLINIKK I ASKER

u/pas, selges rimelig ved rask overtakelse. Fullt utstyrt og innredet. Ta kontakt via klinikkeier@gmail.com for mer info og avtale visning.

VELETABLERT TANNLEGEPRAKSIS GRIMSTAD

Grunnet oppnådd pensjonsalder selges ryddig og veldrevet praksis. Beliggende i 1.etg i Fevik Helsebygg med legesenter (3 fastleger) i 2.etg. Klinikken har 2 behandlingsrom, begge utstyrt med relativt nye Heka Unicline S-uniter og eget rtg-rom forberedt for OPG.

Lokalene er lyse og trivelige, totalrenovert i oktober 2026. Leiekontrakt med mulighet for kjøp av lokalene.

Praksisen har stor pasientportefølje og er i full daglig drift. God omsetning.
Overtakelse er fleksibelt.

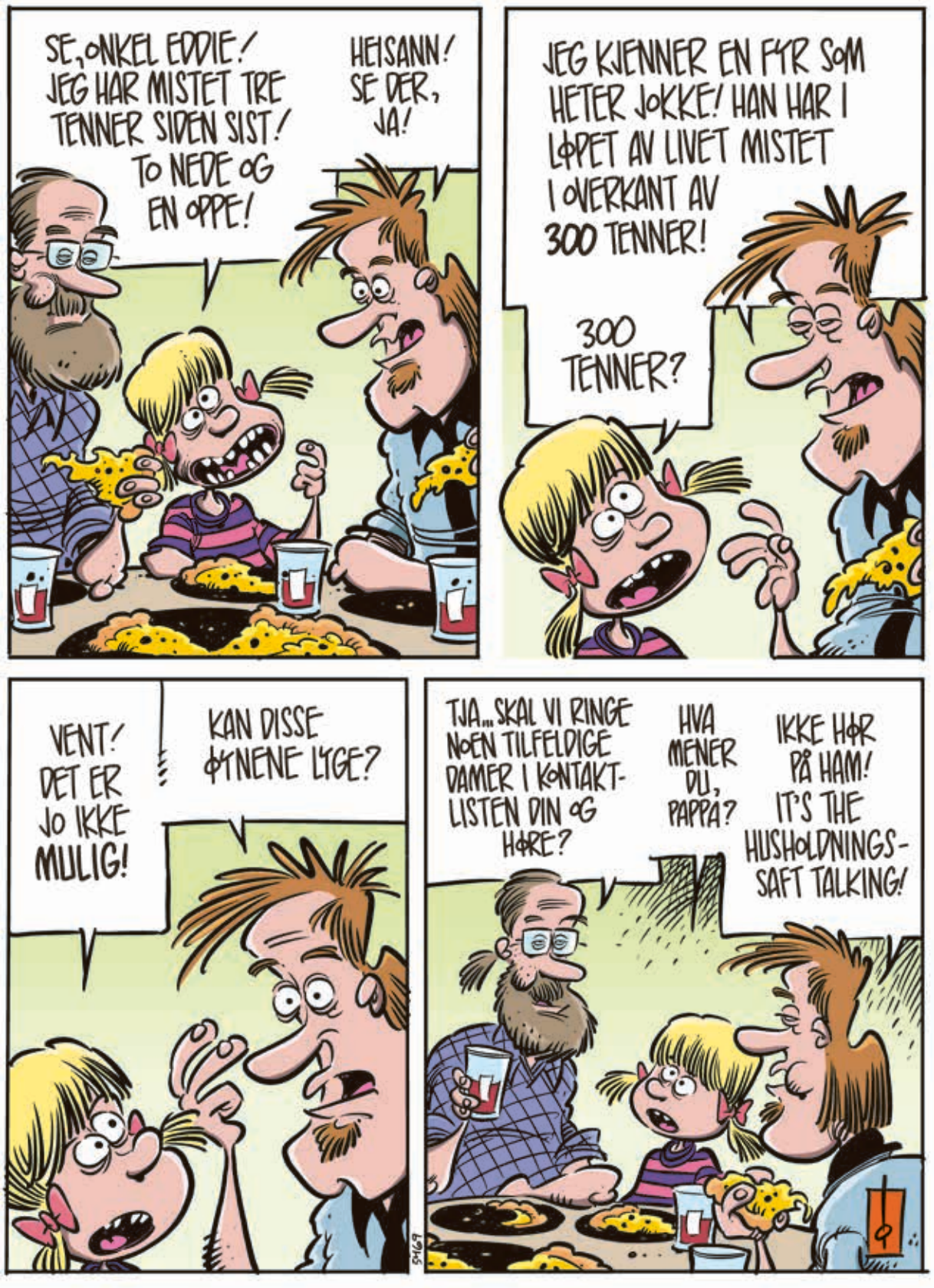
Skriftlig henvendelse til joh-bjo@online.no

Dinamo ❍ | Foto: Lia Westgaard / Tinagent | IS-2090



PONDUS

av Frode Øverli



Pondus © Øverli, distr. strandcomics.no

Excellence. Redefined.
Lisa - Generasjon 6



Effektiv sterilisering med maksimal beskyttelse
Lisa kombinerer intuitiv betjening med et elegant, moderne design som gir god oversikt, trygghet og full kontroll i det daglige arbeidet. Fra det øyeblikket du starter en syklus, til instrumentene er klare til bruk, sørger Lisa for en smidig og sikker opplevelse gjennom hele prosessen. Med Lisa blir steriliseringen smartere, raskere og mer pålitelig – slik at du kan fokusere på det som er viktigst: pasientene dine.

Service og support fra W&H er inkludert!

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

lisa

Produksjon: Aksell AS