

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
135. ÅRGANG · #12 · 2025



iClave18

- ✓ Optimal lastekapasitet.
- ✓ Rask syklustid.
- ✓ Høyeffektiv dampgenerator for rask og jevn tørking.
- ✓ 4,3-tommers berøringsskjerm – fungerer også med hansker.
- ✓ Stillegående intern ventilasjon.
- ✓ Praktisk system for tapping av vann.
- ✓ Full sporbarhet via USB, Ethernet eller skriver.

Bygget for ytelse, komfort og trygghet – yklus etter syklus.



Mer informasjon



**MAKSIMAL EFFEKT.
MINIMAL LYD.
TOTAL KONTROLL.**

iClave 18 tilbyr avansert sterilisering med et romslig 18-liters kammer som rommer opptil 5kg fordelt på fem brett. Stillegående, effektiv og brukervennlig – **og akkurat nå får du 1 års ekstra garanti på iClave18 – Totalt 36 måneder.**

SISTE
MULIGHET
TIL Å FÅ
TILBUDET



933–1060**934** Siste nytt først**937** Leder

Aktive representanter og passive medlemmer

939 Presidenten har ordet

Foreningsdemokratiet i NTF

940 Vitenskapelige artikler

940 Melody Moezzi, Aida Mulic og Bjørn Hofmann: Kariesdiagnostikk til besvær? En etisk refleksjon illustrert med en kasuistikk

952 Sammendrag

952 Hedda Høvik, Knut Helge Midtbø Jensen, Torunn Børsting, Randi Krog Eftedal, Göran Dahlöf, Bjørnar Hafell, Tone Natland Fagerhaug, Eva Lassemo, Abhijit Sen og Marit S. Skeie: Kariestilvekst fra 12 til 18 år: Betydningen av karieserfaring ved 12 års alder

954 Sivakami Rethnam Haug, Margrethe Røegh og Inge Fristad: Endodontisk akuttbehandling: Pasientprofil og behandlingsresultat – en prospektiv kohortstudie

956 Anne Nordrehaug Åstrøm, Maren Lillehaug Agdal og Gerhard Sulo: Kan tannbehandlingsangst- og kostnader føre til at unge voksne unngår tannbehandling?

958 Anne Nordrehaug Åstrøm, Karin Goplerud Berge, Nancy Birungi og Ingfrid Vaksdal Brattabø: God kommunikasjon mellom tannhelsetjenesten og barnevernet øker muligheten for å avdekke omsorgssvikt hos barn og unge

960 Kasuistikk

960 Amin Homayouni, Morten Eliassen, Hanne Enoksen og Pål Barkvoll: Erythema multiforme ved luftveisinfeksjon – en sjelden diagnose

966 Aktuelt fag

966 Regina Skavhellen Aarvik, Edel Jannecke Svendsen og Maren Lillehaug Agdal: Barn husker mer enn vi tror – slik bør vi planlegge sedasjon ved tannbehandling

970 Aktuelt

970 Allergiske reaksjoner mot odontologiske biomaterialer
972 Klassifikasjon av periodontale sykdommer og kliniske retningslinjer

974 Protetikkbehandling av eldre og eldre skrøpelige pasienter

976 Medikamentrelatert osteonekrose i kjevene: Et økende problem som krever mer oppmerksomhet

978 Ikke la det skure og gå – for det går ikke

982 Trening er vidundermedisin

986 Lege i Gaza – utfordringer når alt kollapser

990 Åsted Lillestrøm

992 Oppmerksomt nærvær – igjen

994 Nordental 2025

1006 De siste entusiastene

1008 Kommentar og debatt

1008 Den universelle tannhelsetjenesten og NTF (Henning Lem)

1010 En tannhelsetjeneste for alle (Heming Olsen-Bergem)

1012 Kommentar til presidentens svar: Viktig hvor den offentlige finansieringen kommer fra (Tor Torbjørnsen)

1013 Sammen står vi sterkere! (Heming Olsen Bergem)

1014 Feil om feil frå Torbjørnsen: Norsk kjeveortopedi ute av styring (Knut Martin Fylkesnes)

1016 Kommentar til svaret frå Fylkesnes: Det viktigste er hvilke bittfeil som bør behandles (Tor Torbjørnsen)

1019 Fra NTF

1020 Takk for i år – NTFs landsmøte 2025

1024 Presidentens tale til NTFs landsmøte

1026 Ny spesialrådgiver til fag og etterutdanning

1032 Arbeidsliv: Kravene til det psykososiale arbeidsmiljøet blir tydeligere fra årsskiftet

1035 Spør advokaten: Oppfølging ved underprestering

1035 Oversikt over kollegahjelpere

1036 Snakk om etikk: Være raus med kollegaene dine!

1038 Hva sier studentene? Sammen i fag, engasjement og hverdag

1039 Julegave

1040 Kurs- og aktivitetskalender

1042 Notabene

1042 Tilbakeblikk

1046 Kollegiale henvisninger**1063** Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Kortere antibiotikakurer



Foto: Vifmages

– Jo mer antibiotika vi bruker, jo større er faren for at bakteriene lærer seg å tåle behandlingen, sier Sigurd Høye, allmennlege og leder for Antibiotikasenteret for primærmedisin ved Universitetet i Oslo til forskning.no.

Han snakker om antibiotikaresistens, som Helsedirektoratet beskriver som en av verdens største helseutfordringer.

Vi må tenke nytt, og et av de enkleste grepene på veien kan være å bruke antibiotika i kortere perioder.

– Studier viser at kortere antibiotikakurer virker like godt som lange. Da anbefaler vi korte, sier Sigurd Høye.

Kuren for lungebetennelse har vært på syv dager. Nå er anbefalingen kun fem dager. Anbefalingen for halsbetennelse har gått fra ti til fem dager.

– Antibiotika dreper de fleste bakteriene. Likevel vil noen få kunne tåle medisinen bedre enn de andre. Når disse overlever, får de bedre plass til å formere seg. De vil også gi egenskapene videre til nye bakterier. Brukes antibiotika for ofte får de sterke flere sjanser til å ta over. Da kan de bli resistente.

– Mange av de gamle behandlingstidene var ikke basert på forskning, men vaner. Syvdagers kurer ble anbefalt mest fordi en uke består av syv dager. Ikke fordi det fantes god forskning som viste at akkurat syv dager var nødvendig.

Harvard Health Publishing stemmer i: – Faktisk er den optimale lengden på behandling for mange vanlige infeksjoner ikke godt undersøkt og kan være litt tilfeldig fastsatt, ifølge sidene deres.

– Enkelte kan kanskje tro at legemiddelindustrien ønsket lange kurer?

– Ja, men det stemmer ikke. Det er lite penger i antibiotika. Det er også en del av forklaringen på hvorfor det er vanskelig å få pengestøtte til utvikling av ny antibiotika, sier Høye.

Han sier videre at fagmiljøene ikke har sovet i timen. Bevisstheten rundt resistens som et verdensproblem har vokst fram over tid. I tillegg har en gammel myte fått eksistere i lange tider: at pasienter som avslutter antibiotikakuren for tidlig bidrar til resistens.

– Det lærte vi på studiet, og mange i befolkningen har nok trodd det samme, sier han.

Da antibiotika kom, så legene at noen pasienter ble syke igjen hvis de sluttet å ta medisinen for tidlig. Allerede penicillinets oppdager, Alexander Flemming, trodde at for korte kurer gav mer resistens. Han advarte mot dette da han fikk Nobelprisen i 1945. Rådet om å fullføre pakningen ble skrevet inn i medisinske bøker og gjentatt i flere tiår.

Men nyere forskning viser altså at det ikke stemmer.

– Studier viser at inntil halvparten uansett slutter før kuren er fullført. De trenger ikke å bekymre seg for å ha bidratt til resistens lenger.

– Rådet er fortsatt å følge legens anbefaling, sier Høye.

De oppdaterte anbefalingene i retningslinjen for antibiotikabruk havner automatisk i Norsk elektronisk legehåndbok, som de aller fleste legene bruker. Målet er at nye råd skal tas i bruk med én gang.

Foreløpig finnes det ikke gode nok studier til at man kan gi et generelt råd om å stoppe når man føler seg bedre.

– Kan budskapet om at «kuren ikke alltid må fullføres» føre til at noen slutter når de føler seg friske?

– Ja, og det kan medføre underbehandling og at man ikke blir ordentlig frisk, så jeg vil ikke anbefale det, sier Høye.

– Kan det tenkes at praksis som «feilaktig» antibiotikabruk kan føre til mistillit hos folk?

– Medisinen utvikler seg hele tiden, basert på forskning og erfaring. Det som før

var riktig, kan nå være feil. Det tror jeg befolkningen forstår.

Han sier at vi i Norge heldigvis har høy tillit til hverandre og til helsevesenet.

– Det er en av grunnene til at vi har en relativt fornuftig antibiotikabruk, sier han.

Norge har også mindre antibiotikaresistens enn mange andre land. Selv om det er lite antibiotikaresistens i Norge, er resistens en global trussel. Mikrober krysser landegrenser. Verdens helseorganisasjon har saken høyt på agendaen. I den nye norske strategien mot antibiotikaresistens er et av tiltakene å være en aktiv pådriver i den globale kampen mot antibiotikaresistens.

Ny president i Norsk psykologforening



Foto: Felica Rolf, Norsk psykologforening

Landsmøtet i Norsk psykologforening har valgt Hanne Indregard Lind til president, med 54 av 99 stemmer.

Lind har sittet i sentralstyret siden 2019 og har hatt vervet som visepresident for lønn- og arbeidslivspolitikken siden 2022.

– Jeg er veldig glad og ydmyk for å ha fått medlemmenes tillit til å lede Psykologforeningen, og jeg ser frem til å samarbeide med hele organisasjonen for å både videreutvikle og slå ring rundt psykisk helsetjenestene og for å sette psykisk helse på agendaen inn i Helsereformutvalget, sier Lind.

Hun har bred erfaring fra tillitsvalgтарbeid og et sterkt engasjement for medlemsdemokrati, faglig kvalitet og et robust offentlig helsevesen.

Gjennom rollen som leder legger Lind vekt på å styrke psykologers rammer, motvirke moralsk slitasje og sikre tydelig, proaktiv påvirkning overfor myndigheter og arbeidsgivere.

Nytt tiltakskort skal styrke samarbeidet rundt barn og unge



Foto: iStockphoto

Et nytt tiltakskort skal gjøre det enklere for helsepersonell å handle raskt når de er bekymret for barn og ungdom, skriver Helse- og omsorgsdepartementet. Kortet gir råd om hvordan man kan dele informasjon, etablere samarbeid og sikre nødvendig oppfølging.

Intensjonen med tiltakskortet er at helsepersonell raskt og effektivt deler informasjon med relevante tjenester og etablerer nødvendig samarbeid ved bekymring for barn og ungdom i sårbare livssituasjoner. Tilsvarende kort er laget for skole, politi og barnevern.

Tiltakskortene skal bidra til at barn ikke blir en kasteball mellom flere offentlige instanser, sikre god informasjonsdeling og forsterke det tverretatlige samarbeidet rundt barnet.

– Mange ganger tror jeg en del ansatte er usikre på hvem de kan kontakte og hvilken informasjon de har lov til å dele. Vi har ulike regelverk om taushetsplikt, men utnytter nok ikke handlingsrommet som finnes i dag, sier helsedirektør Cathrine M. Lofthus.

– Vi har startet med ansatte i skolehelse-tjenesten og på helsestasjon. De møter barn og foreldre og bygger relasjoner over tid. Helsepersonell er vant til å jobbe tverrfaglig og samarbeide med skolen, barnevern og politi. Tiltakskortene gir ansatte konkrete råd om hvilket handlingsrom de har til å samarbeide og dele informasjon med hverandre. Ingen må slippe taket i barnet eller ungdommen. Vi gir bedre hjelp og oppfølging når vi samarbeider tett, avslutter Lofthus.

Hjernekraftprisen 2025



Foto: Øystein Hernstad, Gjærevoldsentret, NTNU

Forskerforbundets Hjernekraftpris 2025 tildeles NTNU-professor Bernt-Erik Sæther for hans forskning på naturmangfold.

– Vi har hele tiden vært opptatt av at forskningen vår skal ha konsekvenser for samfunnet, sier Sæther.

Hjernekraftprisen tildeles et eller flere medlemmer av Forskerforbundet som gjennom sitt kunnskapsarbeid har gitt viktige bidrag til samfunnet. I 2025 går prisen til professor i populasjonsøkologi ved NTNU, Bernt-Erik Sæther (født 1955), som etterlater

seg tydelige spor i samfunnet etter et langt forskerliv.

– Jeg setter spesielt stor pris på denne prisen fordi den handler om forskningens bidrag til samfunnet, sier Sæther.

Sæther regnes som en nestor innen norsk miljøforskning og er en internasjonalt ledende forsker innen økologi. Han har gjennom egen forskning og enestående individbaserte langtidsstudier av flere fugle- og dyrearter gitt et imponerende bidrag til arbeidet med naturmangfold. Ved å kombinere fagområdene biologi og matematikk, har Sæther etablert unike modellsystemer som beskriver hvordan endrete miljøforhold vil bestemme hvilke bestander i naturen som har størst sjanse for å overleve. Slike data kan gi viktig innsikt i hvordan arter og bestander kan bevares over tid, og dermed hvordan man kan redusere omfanget av naturkrisen.

– Dette var veldig overraskende, men jeg setter spesielt stor pris på denne prisen fordi den handler om forskningens bidrag til samfunnet og dermed retter seg til et publikum langt utover de berørte forskningsmiljøene. Vi har hele tiden vært opptatt av at forskningen vår skal ha konsekvenser for samfunnet. Jeg sier vi, for dette er et lagarbeid som veldig mange er en del av, presiserer Sæther.

Forskerforbundets Hjernekraftpris er på 200 000 kroner.

Tidligere vinnere av Hjernekraftprisen er Hedvig Nordeng (2024) for hennes forskning på legemiddelbruk og kvinnehelse, og Karette Stensæth (2023) for hennes arbeid med musikk som helsefremmende ressurs.

TAKK FOR BESØKET PÅ NORDENTAL!

Oppdag Lumoral – en av markedets mest effektive metoder for kontroll og fjerning av biofilm. Scan QR-koden for mer informasjon.





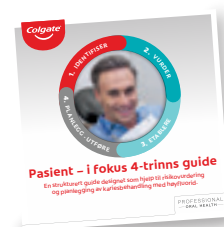

Mange kan ha økt risiko for karies

– uten selv å være klar over det!

► Informer og forklar dem om deres risikoprofil. Finn hjelp i vår nye 4-trinns guide og vurder Duraphat® høyfluoridprodukter.



Fås også i 3-pakke til 3 mdr.



Medisinske høyfluoridprodukter klinisk dokumentert til å øke karieskontroll.¹⁻⁵
Reseptfri med veiledning.

4-trinns guide

Bestill 4-trinns guiden på colgateprofessional.no

Referanser:

1. <https://cariescareinternational.com/> - reviewed Sept 2024 2. Staun Larsen L et al. Eur J Oral Sci. 2023 Jun;131(3) 3. Ekstrand KR et al. Caries Res 2015;49(5):489-498 4. Baysan et al. Caries Res 2001;35:41-46 5. Ekstrand KR et al. Caries Res. 2013;47 (5):391-8

Informasjon vedrørende anbefaling

Duraphat (natriumfluorid), tannpasta 5 mg/g

Indikasjoner: Forebygging av dental karies hos ungdom og voksne (≥16 år), særlig blant pasienter som er utsatt for flere typer karies (koronal og/eller rotkaries). **Dosering:** Skal kun brukes av voksne og ungdom ≥16 år. En 2 cm lang stripe (gir 3-5 mg fluor) påføres tannbørsten for hver tannpuss. Tennene pusses grundig 3 ganger daglig, etter hvert måltid, vertikalt, fra tannkjøttet til tannspissen. Administrering: Skal ikke svelges. Grundig pusning tar ca. 3 minutter.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

• **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. • **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes av barn eller ungdom <16 år. Høyt fluorinnhold. Et økt antall potensielle fluorkilder kan gi fluorose. Før bruk bør det foretas en vurdering av samlet fluorinntak (dvs. drikkevann, salter som inneholder fluor, andre legemidler med fluor). Samtidig bruk av fluor-tabletter, -dråper, -bygggegummi, -gel eller -lakk og vann eller salt tilsatt fluor, skal unngås. Ved beregning av anbefalt mengde fluoridioner (0,05 mg/kg pr. dag fra alle kilder og maks. 1 mg pr. dag) må mulig svelging av tannpasta tas med i beregning (hver tube inneholder 255 mg fluoridioner). Inneholder natriumbenzoat som kan forårsake lokal irritasjon. Inneholder også spearmint smakstilsetning med allergener som kan forårsake allergiske reaksjoner. • **Graviditet/Amming:** Skal ikke brukes ved graviditet og amming, med mindre en grundig nytte-/risikovurdering er utført. • **Bivirkninger:** Sjeldne: Hyper-sensitivitetsreaksjoner, brennende følelse i munnen. • **Overdosering/Forgiftning:** Akutt intoksikasjon: Toksik dose er 5 mg fluor/kg kroppsvekt. Symptomer: Fordøyelsesproblemer som oppkast, diaré og abdominalsmerter. Kan være dødelig i svært sjeldne tilfeller. Mentol: Kan forårsake kramper ved inntak av store mengder, spesielt hos småbarn og barn. Behandling: Ved svelging av en betydelig mengde, skal det omgående utføres tarmskylning eller fremtvinges brekninger. Det må tas kalsium (store mengder melk) og pasienten må holdes under medisinsk observasjon i flere timer. 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 (>9 mg/dag).

Pakninger og priser (AUP): reseptpliktig: 51 g kr. 120,90. 3 x 51 g kr. 309,90. Reseptfri: pris ikke fastsatt. **Reseptgruppe C og F.** For mer informasjon om dosering, forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger, se Duraphat SPC, godkjent 15.04.2024 Kontakt informasjon: Colgate-Palmolive A/S Juli 2024

**FORSIDEILLUSTRASJON**

Wenche Hellekås/wenche.hellekas.com

REDAKSJON**Ansvarlig redaktør:**

Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:

Asbjørn Jokstad

Dipak Sapkota

Redaksjonssjef:

Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:

Linda Z. Arvidsson, Karin Goplerud Berge,

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

Bo Wold Nilsen, Torbjørn Østvik Pedersen,

Tine M. Søland, Marit Øilo

Redaksjonskomité:

Malin Jonsson, Eli-Karin Bergheim, Odd Bjørn Lutnæs

ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 500,-

ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,

Tlf: 977 58 527

e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Christiania torv 5, 0158 Oslo

PB 2073, Vika, 0125 Oslo

Tlf: 22 54 74 00

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no

www.tannlegetidende.no

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 000, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: Aksell AS

Grafisk design: Aksell AS

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

PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

OPPLAGSKONTROLLERT

Trykk
2041 0379

Aktive representanter og passive medlemmer



Foto: Kristin Adley Opdan

Vi er på representantskapsmøte i NTF, som finner sted ved inngangen til helgen før den- nte utgaven av Tidende går i trykken mandag 1. desember. Her kan vi enkelt slå fast at engasjementet er stort, og at debatten er god.

Det er NTFs prinsipp- og arbeidsprogram for 2026-2027 det handler om. De politisk be- visste er blant annet opptatt av budsjettfor- handlingene som pågår i Stortinget akkurat nå, og videre hva som vil komme på tannhel- sefeltet, som følge av sluttresultatet av for- handlingene. Ikke minst er de opptatt av hva en fremtidig stortingsmelding som følge av Tannhelseutvalgets utredning vil føre til. *Uni- versell* er et ord som gjentas, med større eller mindre entusiasme, skepsis og frykt.

Noe som også gjentas er at NTF har man- ge passive medlemmer, som ikke sier hva de mener, og som representantene er valgt til å representere av sine lokal- og spesialistfore- ninger. Det er vanskelig å vite hva disse vil. Og noen ganger er de misfornøyde og kla- ger, sa noen av de aktive og var litt oppgitt.

Slik er demokratiet. Noen må være politisk interessert, engasjerte og aktive for at det skal fungere. Hvor mange er ikke helt klart definert. Det bør være nok til at alle represen- tanter er der beslutningene fattes høyst frivil- lig, og kanskje som resultat av noe konkur- ranse om deltakelsen. Og det bør være nok engasjerte til å fylle alle sentrale verv, helst med noe konkurranse om disse også.

De fleste av oss er ikke politisk engasjert i en grad som fører til synlig eller formell delta- kelse. Noen er det litt, noen er det mer. Kan- skje flere burde vært. Og kanskje ikke. Saken er at vi trenger alle. Det er slett ikke umulig at

de som ikke er så engasjert politisk, gjør gode ting – som de andre, synlig engasjerte, har mindre tid til. Det er uansett ikke feil å ikke være politisk aktiv. Og det er åpenbart helt avgjørende for at demokratiet skal fungere at noen er det. Og at noen vil ha makt. Dette gjelder like mye på foreningsnivå, som på lo- kalt, nasjonalt og internasjonalt nivå.

Her og nå beslutter de engasjerte og ak- tive medlemmene av NTF hva foreningen skal jobbe med, for og imot, de neste to åre- ne. Vi kommer tilbake med mer om det i Ti- dende nr. 1 i januar. Da vet vi også mer om hvordan statsbudsjettet for 2026 ser ut.

I denne utgaven er det mer om den store tannlegebegivenheten ved forrige måneds- skifte, det vil si NTFs landsmøte. Enten du var aktiv og deltakende, eller ikke fikk det med deg: Her får du en oppsummering av flere av foredragene, og av arrangementet som sådan, og dessuten en presentasjon av dentalutstillingen.

Her og nå er det blitt søndag 30. novem- ber, og det foreligger en budsjettavtale mel- lom tre av fem partier, som mangler flertall i Stortinget. Budsjettavtalen innebærer be- gynnelsen på en tannhelsereform, og det er ikke dén de fem partiene ikke ble enige om. Om budsjettet blir slik denne avtalen sier, eller et annet, med nåværende eller en an- nen regjering får vi vite om noen dager. Alle- rede før dette bladet kommer ut er dette gammelt nytt. Sånn er det.

Vi i Tidende ønsker alle lesere en god jul, med det ene eller andre statsbudsjettet og en- ten den blir aktiv eller passiv – eller litt av hvert.

Ellen Beate Dyvi
Sjefredaktør

Er du klar for **ergo V**

Verdens første Ergolupe med justerbar forstørrelse?

Book demo nå!



admetec Norge

Foreningsdemokratiet i NTF

Vi har nylig lagt bak oss et representantskapsmøte hvor de tillitsvalgte har tatt viktige valg for veien mot fremtidens tannhelsetjeneste. Etter omfattende debatt, med mange gode innlegg, konstruktive samtaler og nødvendige kompromisser, ble nytt prinsipp- og arbeidsprogram vedtatt. Dette gir retningen for hva som skal prioriteres av satsinger og oppgaver de kommende to årene.

Som presidenten sa i sitt åpningsinnlegg: «Det er spennende politisk nå, og lite som tyder på at det blir mindre spennende fremover». Budsjettforhandlingene på Stortinget viser jo med all tydelighet dette. Ikke før er representantskapet over, så kan vi i budsjettavtalen mellom Ap, Sp og Rødt, lese et relativt omfattende anmodningsvedtak om tannhelsereform. Det blir følgende nok å ta tak i fremover, både politisk og administrativt i NTF.

Rolledelingen mellom politikk og administrasjon i NTF er klar, og det håper vi dette representantskapet viste. Administrasjonen legger til rette, og ivaretar de administrative rammene, slik at de tillitsvalgte kan bruke energien på fagsakene og politikkutformingen.

Som profesjons- og fagforening, jobber sekretariatet i NTF også med et bredt spekter av oppgaver som ikke er konkrete arbeidspunkter fra prinsipp- og arbeidsprogrammet, men er selve kjernen i foreningsvirksomheten. Vi er til for medlemmene våre, og medlemmene har mange ulike behov og forventninger. Juridisk medlemsrådgivning og advokatbistand og utvikling av et omfattende etterutdanningstilbud, er høyt prioriterte oppgaver for å være mest mulig relevante for medlemmene.

Vi skal også være aktive i fagutviklingen, og jobber hele tiden for å fremme tannlegers interesser overfor politiske miljøer, offentlige myndigheter og ulike fagmiljøer. En viktig og omfattende oppgave i dette arbeidet, er å svare ut høringer på en rekke områder av betydning for tannleger og tannhelsetjenesten. NTF skal som profesjonsforening være en sterk og relevant stemme på viktige samfunnsområder, alene og sammen med Akademikerfellesskapet vi er en del av.

For å holde foreningsdemokratiet levende må man stille spørsmål, stille opp – og stille til valg. Den representantskapsaken det i alle foreninger ofte er mest spenning knyttet til, er nettopp valg av nye tillitsvalgte, og kanskje særlig valg av foreningens øverste styre.



Foto: Kristin Åknes

Etter omfattende debatt, med mange gode innlegg, konstruktive samtaler og nødvendige kompromisser, ble nytt prinsipp- og arbeidsprogram vedtatt.

Det er en styrke for en forening når mange ønsker å ta verv. For den som stiller seg til disposisjon til et verv er selvsagt valget spennende, men også krevende. Flere gode kandidater gjør jo nettopp at ikke alle kan bli valgt. Bredde i kandidater er bra for foreningsdemokratiet, men kan samtidig være litt vanskelig når man stiller, men ikke blir valgt. En stor takk til alle som stiller til valg og er klar for å ta en posisjon for fellesskapet.

For å sikre at vi har medlemmer som ønsker å påta seg verv, må det være tilstrekkelig støtte til disse, med gode systemer og profesjonell tilrettelegging. For NTF er det derfor viktig å legge til rette for at det skal være lystbetont å ta verv – og mulig å stå i det. Et tillitsverv i NTF er for de fleste en oppgave som kommer i tillegg til den jobben man egentlig har, det være seg i privat eller offentlig sektor. Vår jobb i sekretariatet er derfor også å bistå og legge til rette for at det skal være så enkelt som mulig å være tillitsvalgt.

Fra sekretariatet bistår vi som sekretærer for ulike utvalg, med rådgivning og støtte når dere trenger det, og ved å legge til rette for diskusjon, kompetanseheving og erfaringsutveksling på ulike arenaer. Vi evaluerer som oftest i etterkant, og vi forsøker å være lydhøre for deres behov for endringer. Imidlertid trenger vi at dere sier tydelig fra om hva som er bra og hva som kan bli bedre – så jo flere svar jo bedre når vi sender ut evalueringene våre.

Et representantskap markerer et skifte, og det er naturligvis spennende for administrasjonen å se resultatet av måneders arbeid. For oss består veien mot representantskapet av mye utredning og mange saksfremlegg til hovedstyrets møter. Med god planlegging og struktur, ønsker vi å legge til rette for at de som er valgt til å lede har de riktige rammene for å få gode diskusjoner, og for å kunne ta beslutninger som kan utvikle foreningen videre.

Selvsagt er det også spennende å se *hvem* vi skal jobbe med i de ulike vervene i kommende periode. Sånn sett er det også med administrativt blikk, godt å oppleve et representantskap der engasjementet er stort, der mange vil ta posisjon, og der vi opplever å være del av et fellesskap, om enn i litt ulike roller.

Nå bretter vi opp ermene og er klare for å møte 2026-2027!

En riktig god jul ønskes dere alle!

Anne Farseth
Generalsekretær i NTF

HOVEDBUDSKAP

- Variasjonen i kariesdiagnostikk og behandlingsplaner mellom tannleger kan skape etiske utfordringer relatert til pasientens helse og velferd.
- Informert samtykke forutsetter at pasienten får og har forstått adekvat informasjon om helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (inklusive kostnader) for å ta informerte beslutninger.
- Den systematiske modellen for etisk refleksjon (SME-modellen) brukes for å håndtere og analysere etiske problemstillinger i klinisk praksis.
- Tannleger plikter å sikre at behandlingen som tilbys er forskningsbasert, faglig forsvarlig og etisk riktig, noe som krever kontinuerlig faglig utvikling og bevissthet om profesjonens etiske normer.
- Formålet med artikkelen er ikke å stille spørsmål ved tannlegers intensjoner ved behandlingsavgjørelser, men å belyse hvordan etisk refleksjon kan støtte klinikere i møte med usikkerhet, og bidra til trygge og forsvarlige beslutninger med pasientens beste i fokus.

FORFATTERE

Melody Moezzi, tannlege, forsker, master odont. Senter for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Lilleaker tannklinikk, Oslo

Aida Mulic, professor, seniorforsker, ph.d., master odont., spesialkompetanse i kariologi. Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer AS, NIOM og Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskaplige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Bjørn Hofmann, professor. Senter for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og Institutt for helsevitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Gjøvik

Korresponderende forfatter: Melody Moezzi, e-post: post@lilleaker-tannklinikk.no

Akseptert for publisering 14.08.2025. Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som: Moezzi M, Mulic A, Hofmann B. Kariesdiagnostikk til besvær? En etisk refleksjon illustrert med en kasuistikk. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2025; 135: 940-951.
doi:10.56373/68dbb74f2d4cb

Nøkkelord: Etikk, kariesdiagnostikk, overbehandling og behandlingsvurderinger

Kariesdiagnostikk til besvær? En etisk refleksjon illustrert med en kasuistikk

Melody Moezzi, Aida Mulic og Bjørn Hofmann

Denne artikkelen analyserer de etiske utfordringene tannleger kan møte i sin praksis som følge av at pasienter får ulike behandlingsforslag fra forskjellige tannleger. Slike situasjoner kan skape usikkerhet for pasienten og stille tannlegen overfor krevende avveininger. Ulike behandlingsanbefalinger skyldes ikke bare individuelle syn på risiko, men også forskjeller i faglig erfaring, vurderinger av pasientens samarbeidsevne, samt tolkning av evidens og tidligere behandlingshistorikk. I tillegg spiller kliniske forhold og tilgjengelig informasjon ved konsultasjonstidspunktet en vesentlig rolle. For å illustrere hvordan de etiske aspektene ved slike situasjoner kan håndteres, anvendes SME-modellen som et verktøy for systematisk etikk-refleksjon. Artikkelen viser hvordan modellen kan støtte tannleger i å ta etisk begrunnende beslutninger som ivaretar både pasientens helse og tannlegens profesjonelle integritet.

Denne artikkelen er den tredje i en serie som utforsker bruken av en systematisk modell for etisk refleksjon (SME-modellen) [1][2][3][4]. Den viser hvordan tannleger kan bruke denne modellen til å håndtere konkrete utfordringer i den kliniske hverdagen.

Kariesdiagnostikk er et omdiskutert tema da den er basert på metoder som kan være forbundet med usikkerhet, som kvaliteten av den kliniske undersøkelsen og tolkningen av røntgenologiske bilder. I tillegg vil munnhelsepersonells subjektive vurderinger påvirke diagnosen og dermed behandlingsplanen. En av de største utfordringene når det gjelder kariesdiagnostikk er over- og underbehandling. Ved overbehandling får pasienten utført en behandling

som i utgangspunktet ikke er nødvendig, eksempelvis ved at det diagnostiseres karies på flater som er friske eller ikke så alvorlige at de tenger operativ/invasiv behandling. Underbehandling forekommer når munnhelsepersonell overser og ikke registrerer karies som er til stede, og som kan resultere i prognosetap. Disse avgjørelsene som munnhelsepersonell gjør, avhenger av operatørens kompetanse, atferd og sykdomsforekomsten i pasientgrunnlaget [5]. Ingen av disse behandlingsvurderingene er pasientene tjent med.

Fra tid til annen reises det offentlig debatt om variasjon i diagnostikk og behandlingsanbefalinger innen tannhelsetjenesten [6] [7]. Slike oppslag belyser hvordan ulike tannleger kan komme til forskjellige konklusjoner om blant annet kariesforekomst og type behandling. Dette kan, i tillegg til å skape usikkerhet for pasientene, også føre til feil- eller unødvendig behandling.

En nylig studie fra Tromsø viste at behandlingsvalg i stor grad påvirkes av tannlegers subjektive vurderinger [8]. Dette til tross for at deltakerne hadde mottatt felles opplæring og samsvarsvurdering (kalibrering). Blant de 17 tannlegene som deltok, varierte det anslåtte behandlingsbehovet fra 39 til 369 tannflater. Studien estimerte at hele 16 % av variasjonen i behandlingsforslag kunne tilskrives forskjeller mellom tannlegene – ikke nødvendigvis pasientenes faktiske behov. Det er imidlertid viktig å påpeke at studien hadde metodologiske begrensninger: Tannlegene fikk ikke tilgang til pasientenes alder, kjønn, tidligere behandlingshistorikk eller individuelle risikofaktorer som DMFT. Slike faktorer er avgjørende i en klinisk vurdering og fraværet av dem svekker overførbarheten til faktisk praksis. Like fullt illustrerer studien et viktig poeng – nemlig at diagnostikk og behandlingsplanlegging ofte skjer under usikkerhet, og at etisk refleksjon og pasientsamvalg dermed får særlig betydning.

Behandlingsvariasjon som ikke er preferansedrevet, reiser spørsmål om vilkårlighet, profittjag og muligheten for at overbehandling prioriteres fremfor faglig forsvarlighet og pasientens beste [9]. Denne bekymringen kan føre til usikkerhet og mistillit blant pasienter, spesielt når de opplever varierende vurderinger fra ulike tannleger. Etisk standard og faglig forsvarlighet er viktig

for å opprettholde et godt forhold til pasientene og tillit til tannlegestanden. Det må ikke være tvil om at pasientens helse og velferd alltid settes først [9][10]. Det er viktig å ha et klart og forskningsbasert grunnlag for diagnose og behandling for å sikre best mulig omsorg for pasientene.

Tannleger opplever ofte at pasienter søker en fornyet vurdering («second opinion») og vet at dette er et følsomt tema, der balansen mellom pasientens beste og kollegial respekt må ivaretas. Denne balansen kan være utfordrende og moralsk kompleks. Vi ønsker å belyse hvordan man kan analysere og håndtere dette fra et etisk perspektiv ved å benytte oss av SME-modellen. Denne artikkelen er delt inn i to deler, del 1 beskriver selve kasuistikken, mens del 2 går igjennom SME-modellen og handlingsalternativene.

Del 1

Kasuistikk

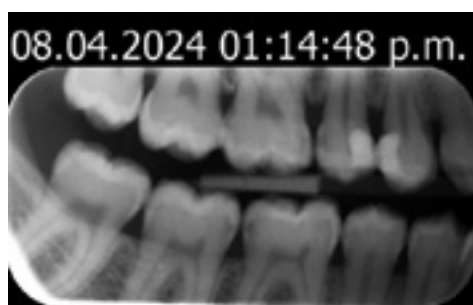
Pasienten hadde nylig vært hos sin nye tannlege, tannlege A, hvor det ble gjennomført en standard klinisk undersøkelse med rens og to bitewing-røntgenbilder, etterfulgt av en behandlingsplan. Da planen var svært omfattende, ønsket pasienten en uavhengig vurdering. Pasienten fikk anbefalt tannlege B av en arbeidskollega og tok kontakt med denne via e-post for en ny vurdering (second opinion). Vedlagt i e-posten forelå en kopi av behandlingsplanen fra tannlege A (tabell 1). Det ble også innhentet røntgenbilder fra tannlege A (figur 1, 08.04.2024), og time for ny vurdering ble gitt. Basert på denne bakenforliggende informasjonen synes tannlege B at omfanget av tannlege A sin behandlingsplan er for stort. Tannlege B ønsker derfor etter tillatelse fra pasienten om å rådføre seg med en universitetstilknyttet kariolog (A.M).

Hva er det etiske problemet?

Kasuistikken reiser flere etisk relevante spørsmål.

- Usikkerhet ved diagnostisering, hvordan skal vi håndtere at ulike fagpersoner kommer frem til så forskjellige konklusjoner om en pasients tilstand?

Figur 1. Røntgenbilder tatt hos tannlege A, tilsendt tannlege B via e-post i forkant av en fornyet vurdering. Bilder publiseres med samtykke fra pasient og tannlegene A og B.



- Hvordan opprettholde en balansert tilnærming mellom å gi den beste behandlingen til pasienten og respektere vurderingene til andre tannleger og kollegaer?
- Hvordan kan vi sikre at behandlingen som tilbys er faglig forsvarlig, omsorgsfull og rettferdig behandling?

Tabell 1. Behandlingsplan for den operative behandlingen fra tannlege A tilsendt tannlege B via e-post i forkant av en fornyet vurdering.

Tann	Flater	Tannlege A - Behandlingsplan
36	OD	Kompositt 2 flater
37	MO	Kompositt 2 flater
24	OD	Kompositt 2 flater
37	OD	Kompositt 2 flater
38	MO	Kompositt 2 flater
27	OD	Kompositt 2 flater
28	MO	Kompositt 2 flater
25	MOD	Kompositt 3 flater
14	OD	Kompositt 2 flater
15	MO	Kompositt 2 flater
46	OD	Kompositt 2 flater
47	MOD	Kompositt 3 flater
16	MO	Kompositt 2 flater
48	MO	Kompositt 2 flater

Disse spørsmålene kan oppsummeres i et grunnleggende etisk problem:

Hvordan kan vi sikre at hensynet til pasientens helse og velferd er i fokus, samtidig som vi håndterer usikkerhet ved diagnostisering, respekterer kollegaers faglige vurderinger, og opprettholder faglig integritet?

Hva er fakta i saken?

Pasienten har vært til en undersøkelse hos tannlege A og ønsker nå en fornyet vurdering av tannlege B.

Dette er funnene tannlege B gjør i samråd med en universitets-tilknyttet kariolog (AM):

Generell anamnese

- 25 år
- Jobber og studerer
- Ikke vært hos tannlegen siden 2020 (4 år siden sist)
- Går ikke regelmessig til tannlegen; har ingen fast oppfølging eller «recall»

Helse

- Bruker ingen medisiner
- Oppfatter sin helse som god
- Er overvektig

Tabell 2. Spesifikk kostholdsanamnese

Matvarer og drikker	Aldri	En gang i måneden	En gang i uken	En gang pr. dag	4 ganger pr. dag eller mer
Ost			X		
Melk		X			
Sjokolademelk		X			
Yoghurt med frukt			X		
Brød				X	
Grønnsaker, salat				X	
Frukt, bær				X	
Sjokoladepålegg		X			
Syltetøy, marmelade		X			
Boller, kaker, kjeks				X	
Sjokolade, sukkertøy, snop				X	
Tyggegummi m/ sukker	X				
Juice		X			
Brus, Cola, saft					X
Kaffe/te m/ sukker	X				
Kaffe/te uten sukker				X	

Spesiell anamnese

- 1. Uregelmessige måltider med mye småspising i løpet av arbeidsdagen
- 2. Bruker elektrisk tannbørste og ingen interdental renhold
- 3. Bruker ikke fluoridtilskudd utover tannkrem
- 4. Pusser tennene to ganger daglig (morgen og kveld) med fluoridholdig tannkrem
- 5. Opplever ising fra venstre side i underkjeven (tann 36 og 37)
- 6. Kosthold (se tabell 2)

Drikker vann og sukkerfribrus mellom måltidene.

Oral og Røntgenologisk undersøkelse

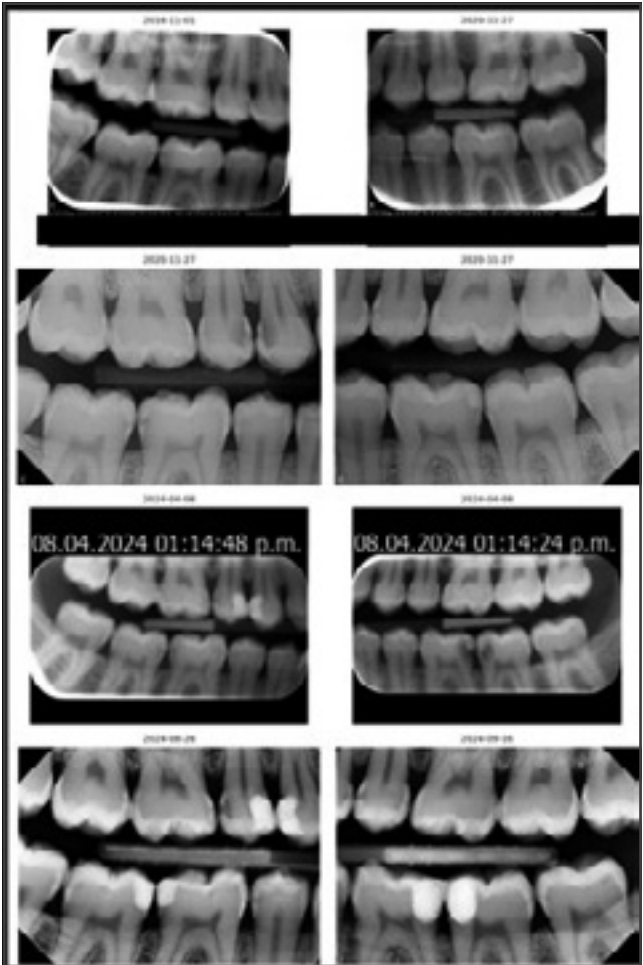
Kariesdiagnostikk

Den kliniske og røntgenologiske (BW)s undersøkelsen fra april 2024 viser at pasientens D1-5MFT er høy: 12 av 28 hvis man ikke tar med visdomstenner (18-48). Antall kariøse tenner er 12 (hvorav 2 tenner har sekundær karies og resten har primær karies), noe som tyder på høy kariesaktivitet Den siste undersøkelsen viser aktivkaries, imidlertid er pasientens karieserfaring lav (pasienten har to komposittfyllinger fra tidligere, tann 36d og 37m) (tabell 3). Det foreligger BWs innhentet fra Den offentlige tannhelsetjenesten helt tilbake fra 2005, 2008, 2009, 2012 og 2016. Disse bekrefter også pasientens lave karieserfaring, og viser at karies har oppstått de senere årene (se figur 2). Videre er gingivale forhold ikke tilfredsstillende da det sees mye plakk interproksimalt og langs gingiva, lett bløden- de gingiva, men ingen patologiske lommer.

Man kan fastslå at pasientens karies er forårsaket av hens kosthold, uregelmessige måltider og dårlig oral hygiene. Dette er risikofaktorene som pasienten, i samråd med tannlegen, kan gjøre noe med, og som kan endres (se tabell 2).

Kariesdiagnostikken ble kvalitetssikret gjennom en grundig vurdering foretatt av tannlege B i samarbeid med en kariolog. Alle kariesangrepene ble kartlagt, vurdert og klassifisert etter alvorlig-

hetsgrad, og det ble utarbeidet konkrete forslag til behandling for hver enkel tann. Tiltakene omfattet både konserverende og forebyggende behandling, samt oppfølging, avhengig av hvor langt angrepene har utviklet seg og risikoen for videre forverring (tabell 3).



Figur 2. Kronologisk røntgen fra 2016 til 2024. Tannlege B innhenter tidligere røntgenbilder fra den offentlige tannhelsetjenesten og en annen tannlege pasienten var hos i 2020.

Tabell 3. Karies diagnostisert av tannlege B og en kariolog, samt forslag til behandling av hver lesjon Operativ, invasiv behandling; Ikke-operativ, non-invasiv behandling; m: mesial flate; d: distal flate; S: sekundær karies.			
1.kvadrant	2.kvadrant	3.kvadrant	4.kvadrant
16d grad 2	28m grad 1	38o grad 3	48m grad 1
16m grad 3	27d grad 2	38m grad 3	47d grad 2
15d grad 3	25d grad 3	37d grad 2	47m grad 3
15m grad 4	25m grad 3	37m S4	46d grad 3
14d grad 4	24d grad 3	36d S4	45d grad 3
	36m grad 1		
	35d grad 2		

Hvem er de berørte parter og hva er deres interesser?

De ulike partene er involvert i problemstillingen på forskjellige måter og kan ha varierende perspektiver og interesser som det er viktig å ta hensyn til.

- Pasientens interesse er å motta forskningsbasert og effektiv behandling som sikrer tannhelsen til en akseptabel pris. Hen trenger derfor klar informasjon om behandlingsplan og kostnader. I tillegg ønsker hen å føle seg trygg på at tannlegen prioriterer det som er for pasientens beste/ i pasientens interesse.
- Tannlege Bs interesser inkluderer å tilby faglig forsvarlig og omsorgsfull behandling, oppdatert behandling, å opprettholde pasientens tillit og tilfredshet, samt å følge etiske normer. I tillegg ønsker tannlegen å sikre en bærekraftig praksis som er økonomisk levedyktig, samtidig som hen tar hensyn til kostnadene for pasienten. Tannlegen har også interesse av å holde seg oppdatert på faglig utvikling og forskning, og å skape et godt arbeidsmiljø for seg selv og sitt team.
- Tannlege A kan dele mange av interessene og målene til tannlege B, men kan tolke dem annerledes. Eksempelvis kan vedkommende tolke situasjonen som mer alvorlig og behandlingstrengende enn tannlege B. Økonomiske interesser kan også spille en større rolle.
- Samfunnets interesser inkluderer å sikre god tannhelse for befolkningen, redusere forekomsten av tannsykdommer, og fremme tilgjengelighet til nødvendig behandling for alle. Det er også viktig å ivareta kostnadseffektivitet, slik at ressurser brukes på en måte som gagnar flest mulig. Samfunnet ønsker å støtte forebyggende behandling fremfor invasiv behandling, samt å opprettholde etisk praksis blant helsepersonell. I tillegg er det en interesse for å fremme informasjon og kunnskap om oral helse for å styrke bevisstheten i befolkningen. Samfunnet er også interessert i en tannlegestand som har selvdisiplin og er i stand til å opprettholde samfunnskontrakten [9].

Hvilke normer, verdier, prinsipper, perspektiver, lover og retningslinjer er relevante for saken?

De etisk-medisinske prinsippene danner grunnlaget for god klinisk praksis og veileder helsepersonell i deres beslutningstaking og er presentert i presentert i våre tidligere artikler [1][2]. Anvendt på denne kasuistikken:

Ikke skade prinsippet også kjent som «primum non nocere», handler om å unngå å forårsake skade på pasienten. Overbehandling kan føre til unødvendige inngrep, risiko for komplikasjoner, og økte kostnader for pasienten [9]. I Den norske tannlegeforenings (NTF) etiske regler er det klart fastslått at tannleger skal arbeide etter prinsippet om å ikke påføre pasienten skade [10]. Dette inne-

bærer blant annet at tannlegen må opprettholde sin egen kompetanse, samt være bevisst sine begrensninger. Gjennom kunnskap og vurdering skal tannlegen kunne identifisere når en behandling kan forverre pasientens tilstand, og han eller hun må vite når det er trygt å delegere oppgaver til annet helsepersonell [10].

For å følge ikke-skade-prinsippet (men også velgjørenhetsprinsippet) skal tannlegen:

§ 2-1 Inneha ajourført kunnskap

Tannlegen skal utføre sitt arbeid basert på vitenskap og erfaring, og vedlikeholde og oppdatere sin kunnskap i henhold til NTFs krav om etterutdanning. Det er også viktig å være kjent med og følge gjeldende lover og regler.

§ 2-2 Ikke overbehandle

Unødig eller kostbar behandling skal unngås, og minst mulig inngripende (minimalinvasive) prinsipper bør prioriteres i behandlingsplanleggingen. Det skal alltid vurderes risiko og mulige komplikasjoner før behandling.

§ 2-3 Henvise når det er nødvendig

Dersom det kreves kunnskap eller metoder som tannlegen ikke behersker, skal det henvises til en annen fagperson. Tannlegen må også informere pasienten om relevante funn som kan påvirke den generelle helsen og bidra til nødvendig helsehjelp.

§ 2-4 Fullføre behandlingen på en god måte

Behandlingen skal fullføres, med mindre pasienten avbryter eller det foreligger gyldige grunner for å stoppe. Tannlegen skal informere pasienten om videre behandlingsbehov og gi råd om egen tannhelse.

§ 2-5 Bare delegere oppgaver når det er forsvarlig

Tannlegen kan delegere oppgaver til medarbeidere, men dette må skje på en forsvarlig måte i henhold til helsepersonelloven.

§ 2-7 Melde fra om uforsvarlighet

Dersom tannlegen oppdager faglig eller etisk svikt, eller sykdom/rus hos kolleger eller institusjoner, bør dette først tas opp direkte med vedkommende. Hvis nødvendig, kan saken også tas opp med lokale foreninger eller helsemyndigheter.

Disse prinsippene bidrar til å sikre en etisk og ansvarlig praksis som ivaretar pasientens beste.

Velgjørenhetsprinsippet: Som tannleger har vi plikt til å handle til pasientens beste. Det betyr blant annet at vi skal prioritere pasientens helse over andre hensyn. Vårt hovedmål er å opprettholde

og forbedre pasientens helse. Tannlegers forpliktelse til å gjøre godt gjelder også overfor kolleger og i samfunnet generelt. Vår primære oppgave er å ivareta pasientenes helse innenfor vårt fagområde, og dette hensynet må alltid ha prioritet over andre faktorer [10][12][13].

Tannlegen skal:

§ 3-1 Tilby riktig behandling

Behandlingen skal tilpasses den enkelte pasients behov. Tannlegen skal strebe etter å tilby behandlinger med solid vitenskapelig grunnlag, og nytteverdien av behandlingen må veies mot mulige bivirkninger. I noen tilfeller kan det være riktig å avstå fra behandling.

Tannlegen bør:

§ 3-6 Være samfunnsengasjert

Tannlegen bør engasjere seg i samfunnet som forkjemper for bedre munnhelse. Dette inkluderer å bidra til folkeopplysning om tannhelse både innen og utenfor klinikken. Tannlegen bør også identifisere mangler i eksisterende systemer og informere ledelsen om disse, for å forbedre pasienters munnhelse.

Autonomiprinsippet: som tannleger har vi plikt til å respektere pasienters selvbestemmelse. Vi skal behandle alle pasienter med omsorg og respekt. Pasientene har krav på våre råd, veiledning og respekt, og behandlingen bør bygge på gjensidig tillit og informert samtykke [10][12][13]. Respekt for pasientens autonomi forutsetter at hen er godt informert, handler frivillig og har samtykkekompetanse.

Tannlegen skal (NTFs etiske regler 5):

§ 1-1 Involvere pasienten og innhente informert samtykke

Tannlegen skal gi informasjon om behandlingsbehov, alternativer, kostnader, samt fordeler og ulemper ved ulike behandlingsvalg. Det er viktig å sette pasienten i stand til å gi sitt informerte samtykke, uten å la seg påvirke av egne preferanser eller faglige og økonomiske interesser.

§ 1-3 Ivareta egen autonomi

Tannlegen skal følge forsvarlighetsprinsippet og ikke la seg presse til å utføre behandlinger som ikke kan forsvares faglig eller etisk.

Disse prinsippene bidrar til å skape et trygt og tillitsfullt forhold mellom tannlege og pasient, hvor pasientens beste alltid settes i fokus.

Rettferdighetsprinsippet tilsier at like tilfeller skal behandles likt (og ulike tilfeller ulikt). Det gjenspeiles en rekke steder i regelverket:

- Helsepersonelloven, § 4; sier at behandlingen skal være faglig forsvarlig. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt å sørge for tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten [6]. Dersom andre insentiver, kommer i forkant av faglig forsvarlighet og kvalitet kan tilliten til tannlegen bli brutt.

NTFs etiske regler (5):

- En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å ivareta sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn.
- NTFs etiske regler har blitt revidert mot slutten av 2023 og følger nå de medisinske prinsippene om autonomi, ikke skade, velgjørenhet og rettferdighet. Et nytt punkt er også blitt tilføyet: sannferdighet. Tannleger har en plikt til å være ærlige i alle sine interaksjoner med andre. Dette innebærer at de må kommunisere åpent og unngå å villedde pasienter og kolleger. Sannferdighet er avgjørende for å opprettholde tillit i relasjonen mellom tannlege og pasient, og for å sikre et etisk og ansvarlig arbeidsmiljø.
- § 1-3 Ivareta egen autonomi: Tannlegen skal følge forsvarlighetsprinsippet. Tannlegen skal ikke la seg presse til å utføre behandling som hen ikke kan forsvare faglig eller etisk [10].
- Under ikke å gjøre skade prinsippet, sier § 2-2 Ikke overbehandle; Overflødig eller unødig kostbar behandling må ikke finne sted, og minst mulig inngripende (minimalinvasive) prinsipper skal danne grunnlaget for behandlingsplanleggingen. For all behandling skal det foretas vurdering av risiko og mulige komplikasjoner [10].
- Under § 3 Gjøre godt (velgjørenhetsprinsippet) er spesielt § 3-1; tilby riktig behandling, § 3-8 velge tanntekniker ut fra hva som er det beste for pasienten. Disse paragrafene er svært relevante [10].

Hvilke handlings-alternativer finnes?

Vi tar utgangspunkt i tannlege B sin fornyede vurdering («second opinion»):

Alternativ 1: Utarbeide og utføre ny behandlingsplan

- Tannlegen utfører en grundig undersøkelse av pasienten og de faktiske forholdene.
- Basert på denne vurderingen lager tannlegen en ny behandlingsplan og iverksetter denne umiddelbart.

Alternativ 2: Innhente mer informasjon

- Tannlegen ber om gamle røntgenbilder og journalutskrifter fra tidligere tannlegebesøk, for å få et bredere bilde av pasientens orale forhold.
- Deretter utarbeider tannlegen en ny behandlingsplan basert på den samlede informasjonen.

Alternativ 3: Henvise til spesialist

- Tannlegen vurderer at det vil være best å henvise pasienten til en kariolog for en mer spesialisert vurdering av sannsynlig årsakssammenheng og tilstand altså enda en fornyet vurdering.

Alternativ 4: Kombinert tilnærming

- Tannlegen innhenter gamle røntgenbilder og journalutskrifter, utfører en grundig undersøkelse og anamnese av pasienten.
- Tannlegen konfererer deretter en universitetstilknyttet kariolog om funnene, og til slutt utarbeider en ny behandlingsplan som så iverksettes.

I alle disse scenarioene (alternativ 1-4) kan man enten involvere tannlege A, eller la være å gjøre det.

I klinisk praksis må tannleger vurdere flere handlingsalternativer ved diagnostisering og behandling av karies. Behandlingsvalg

Tabell 4. SME-modellen: figuren illustrerer en systematisk tilnærming til etisk refleksjon basert på seks trinn.

Hva er de(t) etiske problem(et)?	Hva er fakta i saken?	Hvem er berørte parter og hva er deres interesser og syn?	Hvilke normer, verdier, prinsipper, perspektiver, lover og retningslinjer er relevante for saken?	Hvilke handlingsalternativer finnes?	Helhetsvurdering
Det etiske problemet kan formuleres slik: Hvordan kan vi sikre at pasientens helse og velferd er i fokus, samtidig som vi håndterer diagnostisk usikkerhet, respekterer kollegiale vurderinger, og opprettholder faglig integritet?	• Pasienten oppsøker tannlege for fornyet vurdering (second opinion). • Det er betydelige ulikheter mellom behandlingsplanene foreslått av tannlege A og tannlege B. • Tannlege B inkluderer en tredje tannlege i vurderingen, en professor med spesialisering i kariologi. • Ny behandlingsplan blir utarbeidet og gjennomført.	Pasienten: har symptomer i form av ising fra venstre side i underkjeven og ønsker lindring. Pasienten ønsker kvalitetssikret behandling som er trygg og faglig forsvarlig. Tannlege B: ønsker å gi pasienten evidensbasert, omsorgsfull og faglig forsvarlig behandling. Tannlege A: kan dele mange av interessene og målene til tannlege B, men kan tolke dem annerledes. Eksempelvis kan vedkommende tolke situasjonen som mer alvorlig og behandlingstrenghende. Økonomiske interesser kan også spille en rolle. Samfunnet: ønsker en tannhelsetjeneste som er tilgjengelig, kostnadseffektiv og basert på evidens. Tjenester skal fremme forebygging av tannsykdommer, gi høy kvalitet på behandling og respektere pasientens autonomi.	Ikke skade-prinsippet: Unngå å forårsake skade eller unødig risiko. Her innebærer det å behandle forebyggende og observere fremfor å gi konserverende behandling. Velgjørhetsprinsippet: Handle til det beste for pasienten og fremme deres velvære. Eksempel: overvåke karieslesjoner over tid i stedet for umiddelbar fyllingsterapi. Autonomiprinsippet: Pasienten må gis mulighet til å ta informerte valg. Pasienten må informeres om at karieslesjoner kan utvikle seg dersom tiltak ikke settes i verk. Tannlegen veileder om strategier som kosthold, Duraphat-tannkrem, interdentalrengjøring og korrekt pusseteknikk. Rettferdighetsprinsippet: Lik behandling av pasienter. Dette prinsippet er brutt, da pasienten har fått to svært ulike forslag. Lover og regler: Helsepersonelloven §4 – behandling skal være faglig forsvarlig. Lovens formål er å bidra til pasientsikkerhet og kvalitet samt tillit til helsepersonell. NTFs etiske regler: Pasientens helse skal være overordnet andre hensyn. Behandling skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. § 2-2 Ikke overbehandle – unngå overflødig eller unødig kostbar behandling, minimalinvasive prinsipper skal danne grunnlag for planlegging.	Alternativ 1: Utarbeide og utføre ny behandlingsplan. Alternativ 2: Innhente mer informasjon. Alternativ 3: Henvise til spesialist. Alternativ 4: Kombinert tilnærming (se tekst for utdyping).	Alle 4 alternativer vil være etisk forsvarlige til en viss grad, men alternativ 4 er klart best, da det gir en mer informert og evidensbasert behandlingsplan. Derfor ble alternativ 4 valgt og gjennomført i vår kasuistikk.

avhenger av en kombinasjon av kliniske funn, radiologiske vurderinger, pasientens kariesrisiko og sykdomsutvikling. Variasjoner i diagnostiske metoder og behandlingsplaner kan føre til ulik praksis, noe som understreker behovet for forskningsbasert retningslinjer og etisk refleksjon for å sikre pasientens beste (tabell 4).

Del 2

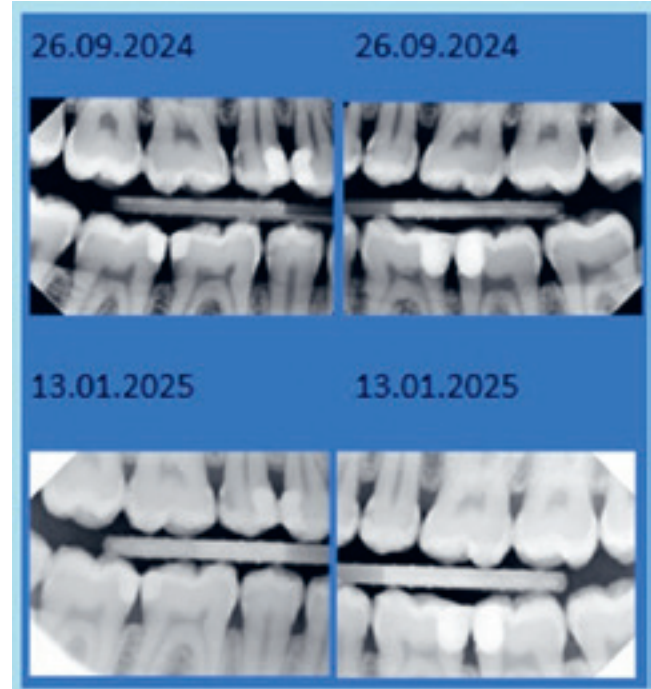
I denne delen av artikkelen gjennomgår vi alternativene i den aktuelle kasuistikken, og hvordan disse kan struktureres for å sikre en balansert og forskningsbasert tilnærming til pasientbehandling.

For å forstå de ulike alternativene presenteres først en oversikt over tilgjengelige tiltak, inkludert både ikke-invasive og operative behandlingsstrategier. Deretter oppsummeres tiltakene i fire hovedalternativer for behandling, som gir grunnlag for en videre etisk og faglig vurdering. Vi ønsker å synliggjøre hvordan tannleger kan navigere i komplekse behandlingsvalg ved å kombinere klinisk ekspertise med etisk refleksjon.

Målet med behandlingen er både kortsiktig og langsiktig. Det er essensielt å forebygge ny karies og å forhindre utviklingen av eksisterende i tidlige stadier (grad 1-3). Behandlingen innebærer både ikke-operativ og operativ tilnærming, avhengig av karieslesjonens alvorlighetsgrad. Videre er det viktig å endre pasientens kostholdsvaner for å redusere risikofaktorer knyttet til kariesutvikling. Forbedring av den orale hygien er et sentralt tiltak for å opprettholde tannhelsen, samtidig som pasientens kunnskap og forståelse for munnhelse må styrkes for å sikre langsiktige resultater.

Den forebyggende behandlingen konsentrerer seg om å stoppe utviklingen av og forhindre ny karies gjennom målrettede tiltak. Pasienten mottar informasjon om årsaker til karies og hvordan kosthold påvirker kariesutviklingen. For å styrke den daglige munnhygien anbefales bruk av Colgate Duraphat® tannpasta med 5 000 ppm fluorid i en periode på tre måneder. Pasienten instrueres i å pusse tennene tre ganger daglig i to minutter etter hvert måltid, uten å skylle munnen med vann. Etter denne perioden, dersom kariessituasjonen er under kontroll, reduseres bruken av Duraphat® til kun kveldsbruk, mens en tannpasta med 1 450 ppm fluorid benyttes i tillegg én gang daglig for videre vedlikehold. I tillegg anbefales fluoridtilskudd i form av daglig skylning med 0,2 % natriumfluorid (NaF) for ytterligere beskyttelse av tannemaljen.

Pasientens største utfordring er relatert til småspisingen på jobben. Derfor legges det vekt på grundig kostholdsveiledning etter gjennomgang av et 3-dagers kostholds skjema og avkryssningsskjema (se figur 3) som fylles ut av pasienten, med fokus på faste og varierte måltider, minst mulig småspising, samt redusert inntak av søtsaker og økt inntak av frukt og grønnsaker. I tillegg bør pasienten redusere inntak av sure drikker, og heller øke inntaket av vann og melk.



Figur 3. Viser stabile forhold og ingen progresjon i kariesutviklingen. Ved siste kontroll 13.01.2025 ble det tatt nye røntgenbilder. Vi kan se at lesjonene ikke har forandret seg siden forrige undersøkelse. Vi var spesielt oppmerksomme på tann 15 distalt, som ser ut til å ha stått uforandret.

Behandlingen av karies innebærer en kombinasjon av ikke-operative og operative tilnærming, avhengig av alvorlighetsgraden av lesjonene. Den ikke-operative behandlingen består av daglig hygiene- og fluoridregime, slik det tidligere er beskrevet, samt gjentatte fluoridapplikasjoner med enten Duraphat® lakk (22 600 ppm) eller Riva Star® (SDF, 44 800 ppm). Når det gjelder den operative behandlingen, må all karies grad 4-behandles, etterfulgt av flater med sekundær karies.

For eksempel behandles tennene 36d og 37m, som ikke viser symptomer, men har positiv sensitivitetstest med strøm og ingen apikale oppklaringer på røntgen, med trinnvis ekskavering med kalsiumhydroksid. Alternativt kan direkte restaurering med permanent fylling vurderes. Tennene 46d og 47m behandles med komposittfyllinger, mens øvrig karies følges opp med ikke-invasiv behandling hver tredje måned. Karies vurderes på nytt etter tre måneder for å avgjøre videre behandlingsbehov og eventuelle justeringer i behandlingsplanen.

For å sikre god munnhygiene og optimal fluoridbruk gis pasienten instruksjon i daglig børstning med myk tannbørste eller elektrisk tannbørste ved bruk av Duraphat® tannkrem (5000 ppm) to ganger daglig i tre måneder, med påfølgende vurdering av kariessi-

Tabell 5. Sammenligning av behandlingsplaner utarbeidet av tannlege A og tannlege B (i samråd med universitets-tilknyttet kariolog)

Flater	Tannlege A - Behandlingsplan	Tannlege B - Behandlingsplan (vurdert av to tannleger)
36 OD	Kompositt 2 flater	Trinnvis ekskavering (OD) + 6 måneder senere: Kompositt 2 flater (OD)
37 MO	Kompositt 2 flater	Trinnvis ekskavering (MO) + 6 måneder senere: Kompositt 2 flater (MO)
28 DO	Kompositt 2 flater	Non-invasiv, forebyggende behandling (DO)
27 OD	Kompositt 2 flater	Non-invasiv, forebyggende behandling (OD)
26 MO	Kompositt 2 flater	Non-invasiv, forebyggende behandling (MO)
24 OD	Kompositt to flater	Non-invasiv, forebyggende behandling (OD)
25 MOD	Kompositt 3 flater	Non-invasiv, forebyggende behandling (MO)
17 DO	Kompositt 2 flater	Non-invasiv, forebyggende behandling (DO)
16 MO	Kompositt 2 flater	Non-invasiv, forebyggende behandling (MO)
14 DO	Kompositt 2 flater	Non-invasiv, forebyggende behandling (DO)
15 MO	Kompositt 2 flater	Non-invasiv forebyggende behandling (MO)
46 DO	Kompositt 2 flater	Kompositt 2 flater (DO)
47 MO	Kompositt 2 flater	Kompositt 2 flater (MO)
48 MO	Kompositt 2 flater	Non-invasiv, forebyggende behandling (MO)

tuasjonen. Pasienten får også demonstrasjon av bruk av interdentalt rengjøring med softpicks (medium), tannstikker og tanntråd.

Det er tydelige forskjeller mellom behandlingsplanene til tannlege A og tannlege B. Tannlege A legger opp til en mer operativ tilnærming med omfattende bruk av komposittfyllinger, mens tannlege B i større grad vektlegger forebyggende tiltak og minst mulig inngrep (se tabell 5).

Ut fra anamnesen opplyser pasienten at hen ikke har gått jevnlig til tannlegen i alle år, men ut fra det kliniske bilde og røntgenologiske funn kan vi fastslå at pasienten tidligere har hatt lav karieserfaring og lite operativ behandling. Vi ser også at pasientens kariesaktivitet har vært stabil, men de siste årene har det skjedd en forverring.

Pasientens orale hygiene kan bli bedre da det er noe plakk til stede selv om pasienten pusser regelmessig. Bruk av interdental hjelpemidler og fluoridtilskudd bør intensiveres. Utfordringen ligger i kostholdet som bærer preg av mye småspising, hyppig og uregelmessig inntak. Det sure miljøet som dannes i munnhulen skyldes sannsynligvis tilstedeværelse av kariogene bakterier som fermenter karbohydratene som denne pasienten spiser hyppig.

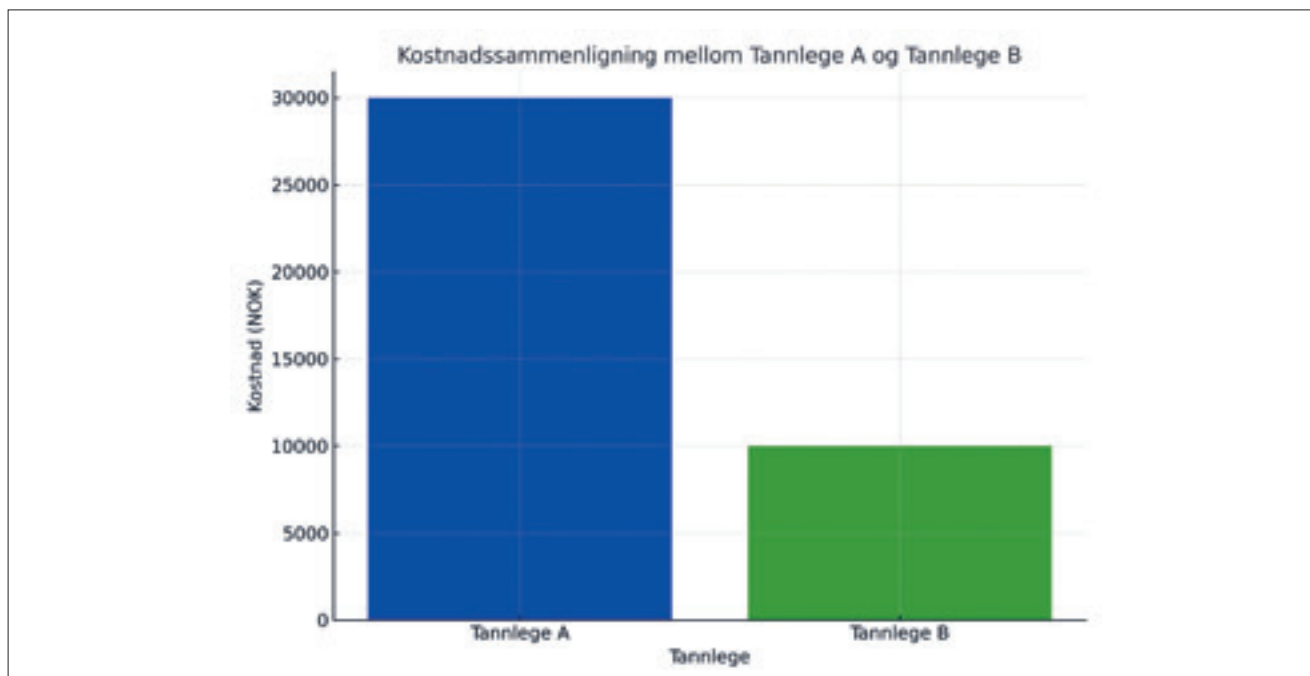
Denne pasienten trenger jevnlig, halvårlig kontroll med hovedvekt på individuell, forebyggende behandling inntil kariessituasjonen er under kontroll, slik at invasiv behandling utsettes lengst mulig.

Tidligere studier har vist at karies utvikler seg sakte, kan stoppes og reverseres. Derfor kan operativ behandling utsettes og forhindres hvis forebyggende tiltak iverksettes.

Det er også viktig å påpeke at munnhelsepersonell må behandle videre karies til denne pasienten med årsaksrettet behandling, framfor kun operativt. Selv om pasienten virker motivert, er det viktig med videre motivasjon og nye vurderinger av kariessituasjonen. Det er viktig å innkalle pasienten til jevnlig kontroll for å opprettholde motivasjon og sikre at forebyggende tiltak – som fluoridpensling – gjennomføres systematisk. Som vist i figur 3, har forholdene vært stabile, uten tegn til progresjon i kariesutviklingen.

Behandlingsplanene utarbeidet av tannlege A og tannlege B skiller seg ikke bare diagnostisk, men også økonomisk. Tannlege A foreslår fyllingsterapi på langt flere tannflater, og har i liten grad lagt opp til forebyggende eller ikke-invasiv behandling. Tannlege B, derimot, anbefaler primært tiltak som tar sikte på å stoppe eller reversere tidlige kariesangrep uten boring ved utstrakt bruk av forebyggende tiltak, og kun operativ behandling der det vurderes som nødvendig.

Disse forskjellene i behandlingsstrategi får klare økonomiske konsekvenser. Som vist i figur 4, er den totale kostnaden ved behandlingsplanen til tannlege A betydelig høyere enn ved planen til tannlege B. Figuren illustrerer hvordan ulike tilnærminger til kariesbehandling – forebygging versus fylling – ikke bare har faglige, men også økonomiske implikasjoner for pasienten.



Figur 4. Forskjell i kostnadene etter behandlingsplan for tannlege A og tannlegene B: Det er betydelige ulikheter i behandlingsplanene utarbeidet av tannlege A og tannlege B, både i antall flater som det er foreslått konserverende behandling på, samt ikke invasiv, forebyggende behandling, som igjen gjenspeiler den store prisforskjellen mellom alternativene.

Helhetlig vurdering

Etter en samlet vurdering velger tannlege B alternativ 4: Kombinert tilnærming, da hen vurderer at dette gir det mest forskningsbaserte og etisk forsvarlige grunnlaget for beslutningstaking. Ved å innhente tidligere data, konsultere en spesialist, og utvikle en ny behandlingsplan, kan tannlegen:

- Sikre at pasienten får den beste behandlingen basert på oppdatert kunnskap.
- Redusere risikoen for overbehandling eller feilbehandling.
- Bygge tillit hos pasienten ved å vise en grundig og transparent prosess.
- Opprettholde faglig integritet og kollegial respekt ved å involvere en universitetstilknyttet kariolog.

Diskusjon

Overbehandling i tannlegepraksis er et komplekst og ofte debattert tema, som innebærer et etisk ansvar for tannleger å sikre at behandlingen er faglig forsvarlig, forskningsbasert og i pasientens beste interesse. I lys av kasuistikken kan vi tydelig se hvordan variasjoner i behandlingsanbefalinger og praksis reiser en rekke etiske spørsmål.

En fersk studie av Edvinsen og Hofmann viste at overbehandling oppfattes som en kompleks utfordring innen privat tannlegepraksis, der faktorer som økonomiske insentiver, pasientforventninger

Ikke-invasiv, forebyggende behandling

1. Gi pasienten informasjon om kariesetiologi og hvordan kosthold påvirker utviklingen av karies.
2. Anbefale bruk av Colgate Duraphat® tannpasta (5000 ppm) i tre måneder. Pasienten bør pusse tennene tre ganger daglig i to minutter etter hvert måltid, uten å skylle munnen med vann.
3. Etter tre måneder, dersom kariessituasjonen er under kontroll, bør pasienten fortsette med Colgate Duraphat® tannpasta kun om kvelden og bruke en tannpasta med 1450 ppm fluorid én gang daglig i to minutter.
4. Anbefale daglig fluoridtilskudd utover tannkrem, for eksempel fluoridskyll med 0,2 % NaF.

og faglig usikkerhet spiller en betydelig rolle. Tannleger fremhevet også behovet for tydeligere retningslinjer og økt bevissthet for å kunne balansere pasientens ønsker og behov med profesjonelle og etiske standarder. Dette perspektivet er spesielt relevant i vår kasuistikk, der betydelige forskjeller i diagnoser og behandlingsplaner skaper usikkerhet for pasienten [20].

Diagnostisk variasjon og usikkerhet

Tannleger har faglig autonomi innen rammen av det som er faglig forsvarlig. Der hvor det er usikkerhet eller hvor kunnskapsgrunnlaget er dårlig, vil det kunne forekomme variasjoner. Ubegrunnede variasjoner i helsetjenester fra tannleger reiser spørsmål om likhet, rettferdighet og konsistens i tjenestene. Dette stemmer overens med funn fra studien fra Tromsø [8], som viste betydelige forskjeller i behandlingsplaner til tross for kalibrering og opplæring. Slik variasjon kan undergrave tilliten til tannlegeyrket og reiser spørsmål om hvordan pasienter kan få tilgang til konsistent og forskningsbasert behandling.

Etisk refleksjon og SME-modellen

For å håndtere de etiske aspektene ved slike situasjoner har vi benyttet SME-modellen som et verktøy for systematisk etisk refleksjon. Modellen hjelper tannleger med å strukturere beslutningsprosessen ved å balansere prinsippene om ikke-skade, velgjørenhet, autonomi og rettferdighet. I dette tilfellet er SME-modellen brukt med vekt på pasientens helse og velferd samtidig som kollegial respekt og faglig integritet opprettholdes.

Det er viktig at tannleger holder seg oppdatert på ny kunnskap og øker sin bevissthet rundt overbehandlingens etiske implikasjoner. Moderne kariesbehandling har som formål å stoppe utvikling av karies ved utstrakt bruk av mindre invasive behandlingsmetoder, der forebygging spiller en viktig rolle. Formålet er å bevare mest mulig tannsubstans, og ivareta god oral helse. Som helsepersonell har vi en etisk og moralsk plikt til å drive helsefremmende og forebyggende virksomhet. Målet er å unngå inngripende behandling i størst mulig grad, fordi ethvert inngrep i tannvevet gir et livslangt behov for vedlikehold og på lang sikt enda mer inngripende behandling. Hovedintensjonen med forebyggende metoder er å hindre at man trenger å fjerne tannsubstans, og at kariesutviklingen reverseres, stanses eller reduseres. Formålet med denne tilnærmingen er å bekjempe sykdommer i munnhulen, samt å bevare tannsubstansen. Er man usikker på om en lesjon trenger å bores opp,

skal man la tvilen komme tannen til gode. For vi vet fra tidligere studier at karies progredierer sakte og at man har relativt god tid hvis forebyggende tiltak iverksettes. Utviklingen av karies er størst i tidlig ungdom (12–15 år), for så å avta ut i 20-årene [11].

Konklusjon

I denne artikkelen har vi tatt utgangspunkt i en kasuistikk som reiser spørsmål om hvordan tannleger skal ha hensynet til pasientens helse og velferd i fokus, og samtidig håndtere usikkerhet ved diagnostisering, respektere kollegaers faglige vurderinger, og opprettholde faglig integritet. Ved å anvende SME-modellen og prinsippene for etisk refleksjon, har vi forsøkt å vise hvordan tannleger kan ta informerte og balanserte beslutninger som setter pasientens helse i første rekke. Samtidig er det avgjørende at tannleger arbeider for å redusere variasjoner i behandlingsanbefalinger gjennom tydeligere retningslinjer, kalibreringer og økt faglig samarbeid. Tannleger må holde seg oppdatert på faglig kunnskap og stille diagnoser som er forskningsbaserte. Dette vil bidra til å styrke tilliten til tannlegeyrket og sikre en etisk forsvarlig tannhelsetjeneste.

Begrensninger

Av hensyn til pasientens anonymitet er detaljer om sosiale, medisinske og livsstilsrelaterte forhold utelatt, i tråd med gjeldende retningslinjer for personvern og etisk publisering. For å ivareta anonymiteten til både pasienten og tannlege A, er også detaljer om konsultasjonen og klinikkens interne vurderinger bevisst utelatt. Behandlingsplanen ble utarbeidet etter en standard innledende undersøkelse med rens og to bitewing-røntgenbilder, og diagnosene ble satt etter diskusjon med øvrige behandlere ved klinikken. Som ny pasient uten kjent behandlingshistorikk kan vurderingene ha vært preget av begrenset informasjonsgrunnlag.

Til orientering: Både pasienten og de involverte munnhelsepersonell fra den opprinnelige klinikken er blitt kontaktet og informert om denne artikkelen. Pasienten har gitt sitt samtykke til publisering av røntgenbilder.

REFERANSER

1. Moezzi M, Hofmann B. Bruk av etisk refleksjonsmodell i klinisk praksis. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2023;133:972–8. doi:10.56373/2023-9-5
2. Moezzi M, Hofmann B. Kan endringer i en tannleges arbeidsvilkår forandre tannlegerollen? En etisk refleksjon. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024;134:818–27. doi:10.56373/2024-10-4
3. KS. 6-trinnsmodellen for etikkrefleksjon i helse- og omsorgstjenestene. <https://www.ks.no/globalassets/>
4. Veileder-til-6-trinnsmodellen-for-etisk-refleksjon-pdf.pdf
5. Lillemoen L, Gjerberg E, Nortvedt P. Refleksjon over klinisk-etiske dilemma. I: *Etikk i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020. kap. 20.
6. Reit C, Tveit AB, Holmstrup P. Etiske aspekter i tandlægens arbeidsfelt. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2008;118:32–7. doi:10.56373/2008-1-7
7. TV2. En tannlege fant tre hull, andre fant ingen – i samme munn. Helsekontrollen. <https://www.tv2.no/underholdning/helsekontrollen/en-tannlege-fant-tre-hull-andre-fant-ingen-i-samme-munn/10397530/> (lest 01.10.2024)
8. Aftenposten. Samme tenner – helt forskjellig behandling. Aftenposten. 2011 Mar 23. <https://www.aftenposten.no/norge/i/kJqKj/samme-tenner-helt-forskjellig-behandling> (lest 11.05.24)

8. Staxrud F, Mulic A, Kopperud SE. Dentists' treatment decisions concerning restorations in adult patients in North Norway: A cross-sectional Tromsø 7 study. *Caries Res.* 2024;58:1–12. doi:10.1159/000541777
9. Moezzi M, Hofmann B. Helsepersonell eller selger? En analyse av tannlegeyrkets rolle i lys av kontrakt-teori og normativ etikk. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2023;133:192–200. doi:10.56373/2023-3-2
10. Den norske tannlegeforening. NTFs etiske regler. <https://www.tannlegeforeningen.no/fag-og-politikk/etikktntfs-etiske-regler.html> (lest 01.10.2024)
11. Mejäre I, Stenlund H, Zelezny-Holmlund C. Caries incidence and lesion progression from adolescence to young adulthood: a prospective 15-year cohort study in Sweden. *Caries Res.* 2004;38(2):130–41. doi:10.1159/000075937
12. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
13. Den norske tannlegeforening. Plikt til å varsle. <https://www.tannlegetidende.no/journal/2023/3/m-1159> (lest 18.05.2025)
14. Staxrud F. Når og hvordan griper vi inn i kariesprossessen? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021;131:802–11. DOI:10.56373/2021-9-5
15. Holmgren TK, Rongen G, Grytten J. Allmenntannlegen i den private tannhelsetjenesten – har de nok å gjøre? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2017;127:948–52. DOI:10.56373/2017-11-3
16. Holden MB, Skau I, Grytten J. Forbruket av tannhelsetjenester i voksenalderen 20–70 år – mye kontroll og mindre behandling. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2024;134:796–805. DOI:10.56373/2024-10-3
17. Silva RP, Meneghim MC, Correr AB, Pereira AC, Ambrosano GM, Mialhe EL. Variations in caries diagnoses and treatment recommendations and their impacts on the costs of oral health care. *Community Dent Health.* 2012;29(1):25–8.
18. Hummel R, den Boer J, van der Heijden G, van der Sanden W, Bruers J. Longitudinal patterns of provided oral healthcare services to Dutch young patients: An observational study. *PLoS One.* 2024;19(2):e0299470. doi:10.1371/journal.pone.0299470
19. Laske M, Opdam NJM, Bronkhorst EM, Braspenning JCC, van der Sanden WJM, Huysmans MCDNJM, Bruers JJ. Minimally invasive intervention for primary caries lesions: Are dentists implementing this concept? *Caries Res.* 2019;53(2):204–16. doi:10.1159/000490626
20. Edvinsen JS, Hofmann B. Private practice dentists' conceptions of overtreatment: A qualitative study from Norway. *Acta Odontol Scand.* 2024;83(6):611–5. doi:10.2340/aos.v83.42269

ENGLISH SUMMARY

Moezzi M, Mulic A, Hofmann B

The ethics of caries diagnosis- a moral case-delibration

Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 940-951.

This article addresses the ethical challenges a dentist may encounter in their practice, particularly in situations where patients receive different treatment plans from various dentists. This creates a dilemma where dentists must navigate between considerations of patient autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice. To

manage such situations, the SME model can be employed as a tool for reflection and ethical decision-making. The article explores how dentists can utilize this model to make sound and professional choices that ensure both the patient's health and the dentist's professional integrity.



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

**Alt innen oral
og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**

**Tannlege
Tormod Krüger**
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

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

**Tannlege
Frode Øye**
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

**Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal**
spesialist i maxillofacial
kirurgi

**Tannlege
Hanne Gran Ohrvik**
spesialist i oral protetikk

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

God jul!

Takk for
samarbeidet i
året som har
gått!

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

KLINISK HOVEDBUDSKAP

- Kariestilvekst gjennom ungdomsårene fra 12 til 18 år har en sterk sammenheng med karieserfaring ved 12-års alder, hvor de som har størst kariesbelastning har høyest kariestilvekst.
- Det har vært en reduksjon i kariestilvekst over syv fødselskohorter, unntatt gruppen med høy karieserfaring ved 12-års alder, noe som kan gi økende fremtidige tannhelseforskjeller.

FORFATTERE

Hedda Høvik*, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim

Knut Helge Midtbø Jensen*, Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vestland (TkVestland), Bergen
Torunn Børsting, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

Randi Krog Eftedal, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim

Göran Dahllöf, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim og Institutt for odontologi, Karolinska Institutet, Stockholm

Bjørnar Hafell, Den offentlige tannhelsetjenesten, Trøndelag fylkeskommune

Tone Natland Fagerhaug, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

Eva Lassemo, SINTEF Digital, Trondheim

Marikken Høiseeth, SINTEF Digital, Trondheim og Institutt for design, NTNU, Trondheim

Abhijit Sen, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

Marit S. Skeie, Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), Trondheim og Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

*Likt bidrag

Korresponderende forfatter: Hedda Høvik, e-post: hedho@tkmidt.no

Akseptert for publisering 14.11.2025. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som: Høvik H, Jensen KHM, Børsting T, Eftedal RK, Dahllöf G, Hafell B, et al. Kariestilvekst fra 12 til 18 år: Betydningen av karieserfaring ved 12 års alder. Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 952-3.

Kariestilvekst fra 12 til 18 år: Betydningen av karieserfaring ved 12 års alder

Originalartikkelen

Studien er en kohortstudie som følger ungdommer i Trøndelag fra 12- til 18-års alder, fordelt på syv fødselskohorter (1996–2002). Den undersøker emaljekariestilvekst og tilvekst på dentinnivå gjennom ungdomsårene, og analyserer effekten av kjønn og karieserfaring ved «baseline» som er 12 år. Andel i gruppene; ingen ($D_{\text{dentin}}^{\text{MFT}}: 0$), lav ($D_{\text{dentin}}^{\text{MFT}}: 1-2$) og høy ($D_{\text{dentin}}^{\text{MFT}}: \geq 3$) baseline karieserfaring utgjorde henholdsvis 53,4 %, 28,9 % og 17,7 % av det totale data-materialet på 23 135 ungdommer. Kariestilvekst er målt for hvert enkelt individ som gjør at vi også kan vurdere individuell variasjon blant ungdommene. Artikkelen er publisert med fri tilgang («open access») i BMC Oral Health (<https://doi.org/10.1186/s12903-025-06136-6>).

Klinisk problemstilling

Tidlige ungdomsår er karakterisert med mange nylig frembrutte permanente tenner som medfører at de etterfølgende 2–3 år utgjør en risikoperiode for kariesutvikling [1]. I tillegg er ungdomstiden en kritisk periode for utvikling av varige helsevaner. Innsikt i kariestilvekst i ungdomsårene og hva som påvirker denne er viktig for målrettet forebygging. Denne studien søker å belyse hvordan kariestilveksten opptrer på populasjon- og individnivå i ungdomsårene, om det er endring over fødselskohorter og hvilke faktorer som kan forklare forskjeller i kariestilvekst i aldersperioden mellom 12 og 18 år?

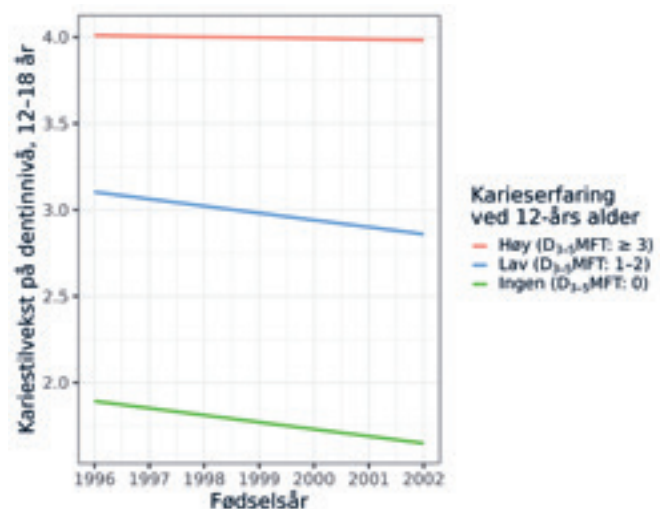
Beste kliniske praksis eller forståelse

Gjeldende praksis vektlegger tidlig forebygging og risikobasert oppfølging [2]. Funnene våre bekrefter at karieserfaring ved 12 års alder er en viktig faktor for kariestilvekst i ungdomsårene. Det er

derfor viktig med en tidlig intervensjon for å behandle begynnende karieslesjoner. Dagens praksis utfordres ved våre funn som viser at vi ikke har hatt noen reduksjon av kariestilvekst fra 12–18 år over syv fødselskohorter hos ungdom med høy kariesbelastning. Dette indikerer at det er behov for å styrke innsatsen rettet mot denne gruppen, som kan oppnås gjennom bedre karieskontroll i tannhelse-tjenesten kombinert med sosiale og strukturelle tiltak [3]. Estimater på kariestilvekst hos norske ungdommer (fødselskohorter 1973–1982) har tidligere blitt presentert basert på dentinkariesnivå og inkluderte ikke emaljekaries [4].

Funn og relevans

- Samlet har det skjedd en reduksjon i kariestilvekst fra 12–18 år over fødselskohortene.
- Kariestilveksten i ungdomsårene viser stor individuell variasjon og andelen uten nye karieslesjoner på dentinnivå var 33,4 %.
- Ungdom med høy karieserfaring ved 12 års alder har høyest kariestilvekst og denne gruppen viser ingen reduksjon over fødselskohortene.
- Kjønn har liten betydning for endring av kariestilvekst over kohorter, men jenter har noe lavere kariestilvekst enn gutter.
- Emaljekaries utgjorde om lag halvparten av total karieserfaring både ved 12 og 18 år. Progresjonen av emaljekaries kan mulig reverseres, stanses eller forsinkes, enten med lokal non-operative behandling, eller med generell intervensjon



Gjennomsnittlig kariestilvekst på dentinnivå fra 12- til 18-års alder over syv fødselskohorter (1996–2002), inndelt etter karieserfaring ved 12 års alder.

rettet mot risikofaktorer som pasienten selv kan gjøre noe med[5].

- Betydningen av våre funn kan bidra til bedre risikovurdering og tilpasset forebygging.
- Det er behov for å styrke innsatsen mot ungdom med høy kariesbelastning.

REFERANSER

1. Mejäre I, Stenlund H, Zelezny-Holmlund C. Caries incidence and lesion progression from adolescence to young adulthood: a prospective 15-year cohort study in Sweden. *Caries Res.* 2004; 38: 130–41.
2. Helsedirektoratet (2018-09-30T00:00). Nasjonal faglig retningslinje for tannhelse tjenester til barn og unge 0–20 år [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 13. mars 2025, lest 18. september 2025). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelse tjenester-til-barn-og-unge-020-ar>.
3. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019; 394(10194): 249–60.
4. Birkeland JM, Haugejorden O, von der Fehr FR. Analyses of the caries decline and incidence among Norwegian adolescents 1985–2000. *Acta Odontol Scand.* 2002; 60(5): 281–9.
5. Raadal M, Espelid I, Crossner CG. Non-operativ vs operativ behandling av karies blant barn og unge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2011; 121: 10–17.

KLINISK HOVEDBUDSKAP

- Pasienter som søkte akutt endodontisk hjelp hadde ulike diagnoser og ofte behov for en grundig diagnostisk undersøkelse.
- Endodontisk vellykkethet var 95 % for pasientene (109 av 163) som deltok på ettårskontroll. Studien indikerer at rotfylling trygt kan anbefales som terapiform fremfor tann-ekstraksjon ved akuttbehandling.

FORFATTERE

Sivakami Rethnam Haug, Førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, privatpraksis, spesialist i endodonti
Margrethe Røegh, Tannlege, privatpraksis
Inge Fristad, Professor ved Universitetet i Bergen, spesialist i endodonti

Korresponderende forfatter: Sivakami Rethnam Haug,
e-post: sivakami.haug@uib.no.

Akseptert for publisering 23.10.2025. Sammendraget er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som:
Haug SR, Røegh M, Fristad I. Endodontisk akuttbehandling: Pasient profil og behandlingsresultat – en prospektiv kohort studie. Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 954-5.

Endodontisk akuttbehandling: Pasientprofil og behandlingsresultat – en prospektiv kohortstudie

Originalartikkelen

Dette er en prospektiv kohortstudie utført ved Seksjon for endodonti, Universitetet i Bergen (2012–2021) [1]. Akuttpasienter (272 pasienter og 272 tenner) ble inkludert i studien. Målet med studien var å etablere en karakteristikk av pasienter som oppsøker akutt-hjelp: dokumentasjon av symptomer, identifisering av berørte tenner, diagnostikk, medisiner som brukes og en vurdering av både akutt- og endelig behandlingsplan. I tillegg ble resultatet etter endelig rotfylling vurdert etter ett år.

Artikkelen er Open Access-publisert i BMC Oral Health under: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-05338-8>

Klinisk problemstilling

Akutt endodontisk behandling kan være krevende både for behandler og pasient [2][3]. Pasienter venter ofte med å oppsøke akutthjelp til smertene har blitt omfattende. Smerter kan også gjøre det vanskelig å stille diagnose, for eksempel riktig tann, samtidig som smertekontroll under behandling kan være utfordrende [4]. Tannleger som behandlere har ofte tidspress med en fast oppsatt timebok uten avsatt tid for akuttpasienter. For å kunne tilby akuttpasienter optimal behandling med best mulig prognose er kunnskap om diagnostikk og behandlingsvalg på kort (akutt/midlertidig) og lang (permanent) sikt viktig.

Beste kliniske praksis

Målene for akuttbehandling kan deles inn i kortsiktige og langsiktige mål. Det umiddelbare fokuset er å lindre smerte, kontrollere

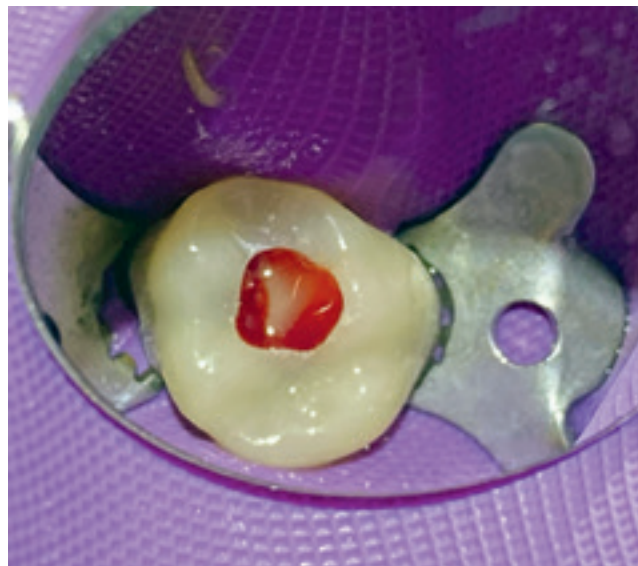
infeksjon og forhindre systemiske komplikasjoner. Det langsiktige målet er å forhindre reinfeksjon i rotkanalsystemet og omliggende vev. Forskning har vist at det å bevare en tann gjennom endodontisk behandling bidrar til bedre livskvalitet sammenlignet med ekstraksjon [5].

Funn og relevans

Smerter var den vanligste grunnen til at pasientene oppsøkte akutt hjelp (98,5 %). De hyppigste endodontiske diagnosene var pulpitt (26,8 %), pulpanekrose (25,4 %) og tidligere rotfylt tann (22,8 %). Den vanligste akuttbehandlingen var pulpotomi (25,4 %), etterfulgt av medikamentell behandling (20,6 %) og rotkanalinstrumentering (19,5 %). Andre utførte akuttbehandlinger var ekstraksjon (9,2 %), incisjon og drenasje, periodontal behandling, restaurering, henvisning til andre spesialister, og observasjon. Første molarer hadde oftest behov for akuttbehandling. Det var ingen kjønnsforskjell på akuttpasientene, som hadde en gjennomsnittsalder på 51,2 år. De fleste pasientene tok kontakt på dag tre etter at smertene oppsto. Kun 57,4 % av pasientene klarte å lokalisere smerter til en spesifikk tann. Mange av tennene med akutt behandlingsbehov hadde krone eller fyllingsterapi. En betydelig andel av pasientene (64,7 %) brukte én eller flere typer medisiner for å lindre smertene.

Tenner med problemer hadde sjelden store kariesangrep, men hadde restaureringer og heldekkende kroner som gjorde diagnostikk utfordrende [4]. Ved dyp karies og kroneprosedyrer må hovedmålsettingen ved behandling være å utføre en skånsom prepareringsteknikk for å bevare vitaliteten til pulpa.

En fjerdedel av tennene med akutte problemer var tidligere rotfylte tenner. Derfor er det viktig å vektlegge en høy standard ved



Klinisk foto viser en kavumpreparert molar med kofferdamisolering. Pasienten kom inn med akutte tannsmarter, og tannen ble diagnostisert med symptomatisk pulpitt. Akuttbehandlingsplanen var pulpotomi. Under kavumprepareringen kom det ut blod blandet med puss fra den inflammerte pulpaen.. Foto: Sivakami Rethnam Haug, godkjent av pasienten.

utførelse av primær endodontisk behandling. Studien viste at tenner med akutte symptomer har høy suksessrate (95 %) ved ettårs-kontroll.

En av begrensningene ved denne studien er at studentklinikken ved Universitetet i Bergen kun behandler voksne pasienter. Barne-pasienter og tanntraumer hos barn inngår derfor ikke i studien.

REFERANSER

1. Haug SR, Røegh M, Fristad I. Endodontic emergency patients' profile and treatment outcome – a prospective cohort study. *BMC Oral Health* 24, 1557 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12903-024-05338-8>
2. Dahlström L, Lindwall O, Rystedt H, Reit C. Working in the dark: Swedish general dental practitioners on the complexity of root canal treatment. *International endodontic journal*. 2017;50:636–45.
3. Haug SR, Marthinussen MC. Acute Dental Pain and Salivary Biomarkers for Stress and Inflammation in Patients with Pulpal or Periapical Inflammation. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*. 2019;33:227–33.
4. Närhi MBL, Pigg M, Fristad I, Haug SR. Acute dental pain I: pulpal and dentinal pain. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2016;1:10–8.
5. Zilinskaite-Petrasauskiene I, Haug SR. A Comparison of Endodontic Treatment Factors, Operator Difficulties, and Perceived Oral Health-related Quality of Life between Elderly and Young Patients. *Journal of endodontics*. 2021;47:1844–53.

KLINISK HOVEDBUDSKAP

- Tannbehandlingsangst og høye kostnader er viktige årsaker til at unge voksne i Norge unngår tannhelsetjenester.
- Det er behov for politiske tiltak for å fremme nødvendig tannhelsetjeneste til alle.

FORFATTERE

Anne Nordrehaug Åstrøm, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

Maren Lillehaug Agdal, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland, Vestland

Gerhard Sulo, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Anne Nordrehaug Åstrøm.
E-post: anne.aastrom@uib.no

Akseptert for publisering 23.10.2025. Sammendraget er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som: Åstrøm AN, Agdal ML, Sulo G. Kan tannbehandlingsangst- og kostnader føre til at unge voksne unngår tannbehandling? Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 956-7.

Kan tannbehandlingsangst- og kostnader føre til at unge voksne unngår tannbehandling?

Originalartikkelen

Artikkelen 'Exploring avoidance of dental care due to dental fear and economic burden – a cross sectional study in a national sample of younger adults in Norway' er åpent tilgjengelig i tidsskriftet International Journal of Dental Hygiene (<http://doi.org/10.1111/idh.12657>). Artikkelen beskriver forekomsten av unge voksne i Norge som unngår tannbehandling (unngår å bestille time, avbestiller eller ikke møter til oppsatt time) på grunn av tannbehandlingsangst og kostnadsnivå. I tillegg analyseres hvordan unngåelsesatferd fordeler seg etter sosiale faktorer. Artikkelen bygger på data fra en elektronisk spørreskjemaundersøkelse i et representativt utvalg av 9 052 unge voksne i alderen 25–35 år. Analysene er basert på 2551 deltakere. Undersøkelsen ble utført i regi av NORSTAT. Prosjektet er etisk godkjent fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Data-tjeneste (NSD) i 2016, og finansiert fra Vestland Fylkeskommune og Helsedirektoratet.

Klinisk problemstilling

Som ung voksen går man ut av Den offentlige tannhelsetjenesten og må ordne opp selv med å bestille tannlege time og betale hele tannlegehonorarer [1][2][3]. I denne overgangsperioden er det viktig å fange opp de pasientene som på grunn av tannbehandlingsangst og økonomisk situasjon står i fare for å falle ut av tannhelsetjenesten. Mellom fire og tjue prosent av befolkningen i alle land er engstelige for å gå til tannlegen [4]. Rundt 6–7 % av den norske voksne befolkning har høyere behandlingstkostnader enn gjennomsnittet. Tannbehandlingsangst og behandlingstkostnader er identifisert som

de viktigste årsaker til at voksne har et udekket behov for tannhelsetjenester. Unngåelsesatferd øker sannsynligheten for dårlig tannstatus og redusert livskvalitet [4][5]. Det synes å være mangel på likeverdig tilgang på tannhelsetjenester for alle.

Beste kliniske praksis eller forståelse

Regelmessig bruk av tannhelsetjenester er en forutsetning for god oral helse livet ut. Ifølge offentlig statistikk i Norge er forekomsten av voksne som bekrefter tannlegebesøk det siste året høyest blant 45–66 åringer og lavest blant de mellom 21 og 24 år [6]. Flere studier har vist at sosialt utsatte grupper ikke bruker tannhelsetjenesten regelmessig og er utsatt for høye behandlingskostnader [7] [8]. Dette innebærer hull i den norske velferdsmodellen og krever politiske tiltak som fremmer at alle skal ha rett til nødvendig tannhelsetjeneste. Norge har et offentlig tilbud til pasienter med tannbehandlingsangst gjennom en spesialisert tverrfaglig TOO tjeneste. Tilbudet er mindre utbygd i primærtannhelsetjenesten og en målsetting må være å gi Den offentlige tannhelsetjenesten ansvar for et tverrfaglig tilbud.

Funn og relevans

Totalt 14,7 % oppga at de hadde avbestilt tannlegetime og 30,5 % hadde unngått å bestille tannlegetime på grunn av tannbehandlingsangst. Videre oppga 37,7 % at de hadde unngått å gå til tannlege på



Angst i tannbehandlingssituasjoner. Illustrasjonsbilde generert med KI.

grunn av økonomi i løpet av det siste året. Deltakere som bekreftet tidligere ubehagelige opplevelser hos tannlegen, hadde flere ganger større sannsynlighet for unngåelsesatferd på grunn av angst og økonomi. Unngåelse på grunn av økonomi var mindre og mere vanlig hos deltakere med henholdsvis høy inntekt og høyt behandlingsbehov. Unngåelse på grunn av tannbehandlingsangst var mere vanlig blant deltakere med lav utdanning og høyt behandlingsbehov. Tiltak for å forebygge tidlige ubehagelige opplevelser og tannbehandlingsangst bør prioriteres i barne- og ungdomstannpleien.

REFERANSER

1. Holst D. Varieties of oral health care systems. Public dental services: organization and financing of oral health care services in the Nordic countries. In: Pine C, Harris R eds. Community Oral Health. 2nd ed. Quintesse Publishing CO;td; 2007.
2. Grytten J. Payment systems and incentives in dentistry. Community Dent Oral Epidemiol. 2017;45:1-11.
3. Grytten J, Holst D, Skau I. Demand for and utilization of dental services according to household income in the adult population. Community Dent Oral Epidemiol. 2012;40: 297-305.
4. Åström AN, Lie SA, Mastrovito B, Sannevik J. Avoidance of dental care due to cost and consequences for oral health related quality of life :25 yr of follow-up of Swedish adults. Eur J Oral Sci. 2021; 129:e12778.
5. Fagerstad A, Lundgren J, Windahl J, Arnrup K. Dental avoidance among adolescents- a retrospective case-control study based on dental records in the public dental service in a Swedish county. Acta Odontol Scand. 2019;77: 1-8.
6. Official Statistics Norway. StatBank.2016. <https://www.ssn.no/statistikbanken>. Accessed 03.06.21.
7. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, Schwendicke F. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. AJPH 2018;108:e1-e7.
8. Bhandari B, Newton JT, Bernabee E. Income inequality and use of dental services in 66 countries. J Dent Res. 2015;94:1048-1054.

KLINISK HOVEDBUDSKAP

- Tannhelsepersonell i Norge er blitt mere erfarne utøvere av meldeplikten over tid og brukes i økende grad som kilde til informasjon av barnevernet.
- Gode rutiner for informasjonsutveksling kan bedre interdisiplinært samarbeid mellom tannhelse- og barnevernstjenesten.

FORFATTERE

Anne Nordrehaug Åstrøm, Institutt for klinisk odontologi
Universitetet i Bergen

Karin Goplerud Berge, Tannhelsetjenestens Kompetanse-
senter Vestland

Nancy Birungi, Tannhelsetjenestens kompetansesenter
Vestland

Ingfrid Vaksdal Brattabø, Tannhelsetjenestens kompe-
tansesenter Vestland

Korresponderende forfatter: Anne Nordrehaug Åstrøm.
E-post: anne.aastrom@uib.no.

Akseptert for publisering 23.10.2025. Sammendraget er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som: Åstrøm AN, Berge KG, Birungi N, Brattabø IV. God kommunikasjon mellom tannhelsetjenesten og barnevernet øker muligheten for å avdekke omsorgssvikt hos barn og unge. Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 958-9.

God kommunika- sjon mellom tann- helsetjenesten og barnevernet øker muligheten for å avdekke omsorgs- svikt hos barn og unge

Originalartikkelen

Målet med studien var å beskrive tannhelsepersonells informa-
sjonsdeling med barnevernet og faktorer som påvirker denne over
tid. Undersøkelser med elektroniske spørreskjema ble gjennomført
blant 1 200 og 1 270 deltakere i henholdsvis 2014 og 2019. Studie-
populasjonen inkluderte tannleger og tannpleiere i Den offentlige
tannhelsetjenesten i Norge. Informasjonsdeling er definert som i
hvilken grad tannhelsepersonell utøver meldeplikten til- og mot-
tar forespørsel fra barnevernet for å innhente informasjon på barn
som er under utredning. Studien er en del av det NFR støttede
forskningsprosjektet Barn i risiko og oral helse. Artikkelen er pu-
blisert i Open Access i tidsskriftet International Journal of Paedia-
tric Dentistry, <https://doi.org/10.1111/ipd.13150>

Klinisk problemstilling

I Norge er kunnskap om informasjonsdeling mellom tannhelsetje-
nensten og barnevernet svært begrenset. Tannhelsepersonell har en
unik posisjon til å identifisere utsatte barn, ettersom nær 100 % av
norske barn og unge følges opp regelmessig av Den offentlige tann-
helsetjenesten. Tannhelsepersonell i Norge er ifølge lov om helse-
personell pålagt å sende bekymringsmelding til barnevernet ved
mistanke om alvorlig omsorgssvikt [1][2][3]. Barnevernet på sin

side har ifølge lov om barnevern rett til å innhente taushetsbelagte opplysninger fra offentlige myndigheter som tannhelsetjenesten når det er nødvendig for å vurdere, forberede og behandle saker [4].

Beste kliniske praksis

Optimal informasjonsdeling mellom tannhelsepersonell og barnevernstjenesten er en forutsetning for best mulig å kunne fremme barns rett til beskyttelse. Gode rutiner for informasjonsutveksling kan bedre forutsetningene for interdisiplinært samarbeid mellom tannhelse- og barnevernstjenesten [5][6]. Dette kan i sin tur fremme barn og unges rett til beskyttelse mot vold, overgrep og van-skjøtsel. Unnlatelse av informasjonsdeling i tråd med lov om helsepersonell og barnevern kan få alvorlige konsekvenser for barnet. Studien fremhever viktigheten av etablerte samarbeidsrutiner, tillit og positive holdninger til barnevernet som nøkkelfaktorer for effektiv informasjonsdeling. Skriftlige rutiner, deltakelse i møter med barnevernet og tilgang til ressurspersoner øker sannsynligheten for rapportering.

Funn og relevans

Andelen tannhelsepersonell som meldte bekymring til barnevernet økte fra 60 % i 2014 til 70 % i 2019. Forespørsler fra barnevernet steg



Informasjonsdeling knytt til barn sin orale helse kan styrke barns rett til beskyttelse.

fra 54 % til 59 %. Studien viser forbedret informasjonsdeling, men fortsatt behov for bedre samarbeid, opplæring og rutiner for å sikre barns rett til beskyttelse. Tannhelsepersonell er blitt mer erfarne med å utøve meldeplikten og brukes i økende grad som informanter av barnevernet. Halvparten rapporterte gode samarbeidsrutiner. Tillit og tilfredshet med barnevernet økte signifikant. I 2019 var under 4 % utilfreds og under 3 % hadde mistillit til barnevernet. Gode rutiner og tillit økte sannsynligheten for informasjonsdeling.

REFERANSER

1. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. (1989). Convention on the Rights of the Child. United Nations. Lest 4.11.2025. URL: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>.
2. Brattabø IV, Lie SA, Åstrøm AN. Dental health personnel's experience with receiving inquiries from child welfare services :a national cross-sectional study. *Acta Odontol Scand* 2022;80:281-288.
3. LOVDATA. Lov om helsepersonell. <http://www.lovdata.no> lest 12 oktober, 2025
4. LOVDATA. Lov om Barnevern <http://www.lovdata.no> lest 30. oktober 2025
5. Rønneberg A, Nordgarden H, Skaare AB, Willumsen T. Barriers and factors influencing communication between dental professionals and child welfare services in their every day work. *Int Pediatric Dent* 2019; 29:684-691.
6. Darlington Y, Feeney J, Rixon K. Interagency collaboration between child protection and mental health services: practices attitudes and barriers. *Child Abuse Neglect* 2005;29:1085-1098

HOVEDBUDSKAP

- Luftveisinfeksjoner kan gi erythema multiforme (EM) med orale manifestasjoner og potensielt sterke smerter. Til tross for at erythema multiforme minor er en selvbegrensende tilstand, kan topikal behandling med kortikosteroider være indisert dersom tilstanden negativt affiserer pasientens generelle helse.
- Denne kasuistikken viser hvordan en luftveisinfeksjon kan utløse alvorlig mukosal erythema multiforme hos et barn, med betydelig påvirkning av næringsinntak og allmenntilstand. Rask diagnostikk og lokalbehandling med topikale steroider førte til rask bedring.

FORFATTERE

Amin Homayouni, spesialistkandidat. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Morten Eliassen, spesialistkandidat. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Hanne Enoksen, sykepleier. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Pål Barkvoll, professor. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Korresponderende forfatter: Amin Homayouni, e-post: aminho@odont.uio.no

Akseptert for publisering 14.08.2025. Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som: Homayouni A, Eliassen M, Enoksen H, Barkvoll P. Erythema multiforme ved luftveisinfeksjon – en sjelden diagnose. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2025; 135: 960–4. doi:10.56373/68dd1fd0087

Nøkkelord: Erythema multiforme; Mycoplasma pneumoniae; orale ulcerasjoner; mucositt; luftveisinfeksjon; barn og ungdom; topikal kortikosteroidbehandling; MIRM; hypersensitivitetsreaksjon

Erythema multiforme ved luftveisinfeksjon – en sjelden diagnose

Amin Homayouni, Morten Eliassen, Hanne Enoksen og Pål Barkvoll

En 13 år gammel jente med nylig luftveisinfeksjon utviklet uttalte orale ulcerasjoner og ble diagnostisert med erythema multiforme minor. Infeksjonen var forårsaket av *Mycoplasma pneumoniae*, men infeksjon med humant bocavirus og Epstein-Barr virus (EBV – mononukleose) (IgG-positivitet) ble også påvist. Klinisk var det ikke tegn til hudaffeksjon, og sykdommen ble behandlet med lokal kortikosteroid og næringsstøtte. Pasienten viste tydelig klinisk remisjon etter fire dager. Kasuistikken understreker betydningen av å vurdere Erythema multiforme som årsak til alvorlige orale lesjoner hos barn etter luftveisinfeksjon, og viser hvordan lokal behandling kan være effektiv og tilstrekkelig i slike tilfeller.

Erythema multiforme (EM) er en immunmediert hypersensitivitetsreaksjon, oftest utløst av infeksjon. Klinisk presentasjon varierer fra milde mukosale lesjoner til mer alvorlige former med hudinvolvering. Vi presenterer et tilfelle av EM hos et barn assosiert med luftveisinfeksjon og påvist *Mycoplasma pneumoniae*, Epstein-Barr virus og humant bocavirus.

Pasient og funn

Vesentlig frisk jente, 13 år, uten kjent allergi eller fast medisinbruk. Hun møtte til akuttkonsultasjon etter én uke med sykdomsforløp og feber, etterfulgt av orale lesjoner. Ved innkommst var allmenntilstanden redusert, og mor oppga at pasienten de siste dagene kun hadde inntatt chiafrø og rød saft. Klinisk ble det observert symmetrisk ansikt, men med bilateral submandibulær lymfadenopati og ødematøse øyelokk med antydning til kruster og væsning fra mediale canthus. Gaapevnen var redusert grunnet smerter og blø-

dende sår (figur 1). Blodtrykk ble målt til 110/76 og temperatur til 37,3 °C i øret.

Undersøkelse av munnhulen var utfordrende på grunn av smerte og sårhet, men det ble observert rubor på bløte gane og i

ganebuer samt ulcerasjoner med fibrindekke bilateralt på buccale slimhinner. På leppene ble det observert uttørrede, blødende ulcerasjoner med krustedannelse. Ulcerasjonene affiserte utelukkende ikke-keratinisert slimhinne. Det ble ikke funnet utslett eller lesjo-



Figur 1. A. Hovne øyelokk og kruster på mediale canthus. B-C. Blødende ulcerasjoner på uttørrede lepper med kruster. D. Bilateral rubor på bløte gane/ganebuer. E. Ulcerasjon med fibrindekke på buccale slimhinne.

Analyse	Svar	Enhet	Kommentar
Mycoplasma pneumoniae (PCR)	Positiv	A	Potensiell utløsende agens for EM
Chlamydia pneumoniae (PCR)	Negativ	A	Ikke påvist infeksjon
Bordetella pertussis (PCR)	Negativ	A	Ikke påvist infeksjon
Influenza A (PCR)	Negativ	A	Ikke aktuell differensialdiagnose
Influenza B (PCR)	Negativ	A	Ikke aktuell differensialdiagnose
Parainfluenza 1 (PCR)	Negativ	A	Ikke aktuell differensialdiagnose
Parainfluenza 2/4 (PCR)	Negativ	A	Ikke aktuell differensialdiagnose
Parainfluenza 3 (PCR)	Negativ	A	Ikke aktuell differensialdiagnose
RS-virus A/B (PCR)	Negativ	A	Ikke aktuell differensialdiagnose
Humant metapneumovirus (PCR)	Negativ	A	Ikke aktuell differensialdiagnose
Coronavirus forkjølelse (PCR)	Negativ		Ikke aktuell differensialdiagnose
Rhinovirus (PCR)	Negativ		Ikke aktuell differensialdiagnose
Humant bocavirus (PCR)	Positiv		Kan medføre luftveisinfeksjon
SARS-CoV-2 (PCR)	Negativ		Ikke påvist koronavirusinfeksjon
EBV-VCA IgM	Negativ	A	Ikke akutt EBV-infeksjon
EBV-VCA IgG	Positiv	A	Tegn på tidligere infeksjon
EBV-EBNA IgG	Positiv	A	Kronisk immunrespons mot EBV
Anti-Toxoplasma IgM	Negativ	A	Ingen aktiv toxoplasmose
Anti-Toxoplasma IgG	Negativ	A	Ingen tidligere toxoplasmose

Tabell 1. Oversikt over analyseresultater fra nasopharynxprøve og serologi. Tabellen viser påviste og negative funn relatert til luftveisagens, inkludert virus og bakterier. Positive prøver på Mycoplasma pneumoniae og humant bocavirus anses som mulige utløsende faktorer for erythema multiforme. Serologiske svar indikerer tidligere gjennomgått Epstein-Barr- virusinfeksjon. Tolkningen av hvert funn er gitt i kolonnen «Kommentar». Røde felt markerer positive funn med mulig klinisk relevans.

Dato	Hendelse	Kommentar
01.03.24	CRP 82	Akutt fase med høy inflammasjon
04.03.24	CRP 84	Vedvarende inflammasjon
04.03.24	Oppstart antibiotika	Behandling mot <i>Mycoplasma pneumoniae</i>
05.03.24	CRP 76	Begynnende behandlingseffekt
07.03.24	Undersøkelse OKOM	Klinisk vurdering og tiltak
08.03.24	CRP 15	Betydelig reduksjon i inflammasjon

Tabell 2. Oversikt over CRP-målinger og relevante kliniske hendelser i sykdomsforløpet. Blå markering indikerer forhøyet CRP-nivå. Grønne nyanser markerer kliniske tiltak – henholdsvis oppstart av antibiotikabehandling og spesialistvurdering. Tabellen illustrerer utviklingen i inflammasjon over tid og effekten av iverksatte tiltak.

ner på øvrige kroppsdelar, og pasienten opplyste at det ikke hadde vært slike lesjoner tidligere.

Diagnostikk

PCR-analyse av luftveisagens og serologiske prøver viste positiv respons på *Mycoplasma pneumoniae*, EBV (IgG) og humant bocavirus. Se tabell 1 for detaljerte prøvesvar. CRP-målinger viste initial forhøyelse med gradvis reduksjon etter antibiotikabehandling (tabell 2).

Differensialdiagnoser

L51.9 Uspesifisert erythema multiforme

L51.1 Bulløs erythema multiforme / Stevens-Johnsen syndrom

B96.0 *Mycoplasma pneumoniae* som årsak til sykdom klassifisert annet sted (MIRM - *Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis).

Behandling

Tre dager før første undersøkelse ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin (OKOM) ved Det odontologisk fakultet i

Oslo, hadde pasienten startet med antibiotikakur doxycyclin (Doxilyn), forskrevet av fastlege på bakgrunn av analyseresultater fra nasopharynxprøve og serologi. Etter undersøkelse ved OKOM ble lokal behandling med fluocinolonacetonid 0,025 % (Synalar) igangsatt med påføring direkte på de orale lesjonene. For å lindre smertene og gjøre matinntak mulig, ble pasienten instruert i å skylle munnen med en blanding av Xylocain-gel, flytende paracetamol og fløte. I tillegg ble det lagt en ernæringsplan i samarbeid med sykepleier ved avdelingen. Denne besto av flytende protein- og næringsrike produkter som yoghurt, melk og fløteis, samt melkebaserte næringsdrikker fra apotek. Syreholdige produkter ble frarådet for å minimere ytterligere irritasjon av slimhinnene.

Pasienten responderte raskt på de igangsatte tiltakene. Ved kontroll fire dager etter oppstart av behandling, rapporterte hun betydelig symptomlindring og normalisert næringsinntak. Klinisk ble det observert remisjon i orale slimhinner og ikke lenger blødende lepper. Rubor og fibrindekke var nesten helt borte og intraorale overflater og lepper var igjen fuktige (figur 2).



Figur 2. A og B: Etter fire dagers behandling sees stor bedring. Tilhelingsprosess, ikke lenger blødende ulcerasjoner. Fuktige lepper. Sammenlignbar med figur 1 B-C. C: Avtagende rubor på bløte gane/ganebuer, sammenlignbar med figur 1 D. D: Buccal slimhinne under tilheling. Ikke lenger synlig fibrindekke. Sammenlignbar med figur 1 E.

Diskusjon

Erythema multiforme (EM) er en sjelden tilstand med en antatt årlig insidens på 1 %>0,1 % [1] og anses å være en T-cellemediert immunologisk overfølsomhetsreaksjon, klassifisert som type IV hypersensibilitetsreaksjon. Type IV hypersensibilitetsreaksjon er en immunrespons hvor cytotoksiske T-celler utløser en inflammasjonsreaksjon og dreper celler som de reagerer på, slik de gjør med virusinfiserte celler. Patogenesen er ikke fullstendig kartlagt, men den ledende teorien er at tilstanden i 90 % av tilfellene er forårsaket av infeksjoner (virus, bakterier og sopp), og hyppigst av herpes simplex virus [2][4].

Histologisk ser man gjerne apoptose blant keratocytter og påfølgende blisterdannelse [3]. Tilstanden deles inn i to varianter, major og minor, hvor major beskriver tilstander hvor mer enn 10 % av kroppens overflate er affisert og ofte flere slimhinner, mens minor beskriver tilstander hvor mindre enn 10 % av kroppens overflate og kun én slimhinne, som oftest munnen, er affisert.

Mycoplasma pneumoniae-infeksjon påvirker hud og slimhinner i opptil 25 % av tilfellene [5], og kan forårsake EM [6] og Stevens-Johnsons syndrom/toksisk epidermal nekrolyse (SJS/TEN) [7]. Den kliniske overlappingen mellom disse tilstandene har ført til langvarig debatt i litteraturen [8][9][10][11][12][13], og gjør det i noen tilfeller vanskelig å stille en sikker diagnose [14][15]. En omfattende gjennomgang av 202 tilfeller av Mycoplasma pneumoniae-indusert EM, SJS og mukositt uten utslett ble publisert av Canavan og medforfattere i 2015 [16]. I sine konklusjoner foreslo forfatterne en ny diagnose de kalte Mycoplasma-indusert utslett og mukositt (MIRM).

Patogenesen for MIRM er, i likhet med EM, lite kartlagt, men flere teorier er foreslått som forklaring til utvikling av tilstanden. Den mest anerkjente teorien beskriver en B-cellerespons som løper løpsk, hvor aktiverte B-celler produserer immunkomplekser som legger seg i hud og slimhinner. Dette aktiverer deretter det medfødte immunforsvaret (komplementsystemet) [17].

MIRM kjennetegnes av uttalt mukositt, med lite eller ingen hudaffeksjon. Tilstanden har, sammenlignet med SJS og TEN, et mildere forløp og lavere mortalitet. Tilstanden faller inn under en paraply kalt reaktive, infeksjøs mucocutane utbrudd, og oppstår hovedsakelig hos barn og unge. Histologisk har verken EM eller MIRM patognomoniske funn, og begge diagnoser stilles derfor klinisk. Biopsi til immunfluorescens tas kun dersom man mistenker en autoimmun vesikulobulløs tilstand.

SJS og TEN er begge overfølsomhetsreaksjoner mot et legemiddel, og differensieres på bakgrunn av utbredelse. Dersom mindre enn 10 % av kroppen er affisert, kalles tilstanden Stevens-Johnsons, mens toksisk epidermal nekrolyse beskriver tilstander hvor mer enn

30 % av kroppen er affisert. Mellom 10 og 30 % kalles SJS-TEN-overlap [18]. Ettersom pasienten hadde symptomdebut før hun fikk noen som helst medikamentell behandling, kunne både SJS og TEN med stor sikkerhet avskrives – da begge sistnevnte tilstander først og fremst antas å være en overfølsomhetsreaksjoner mot legemidler.

Tilstanden ble av naturlige årsaker mistenkt å være relatert til pasientens påviste infeksjøs agens. Pasienten hadde testet positivt for Epstein Barr (EBV) IgG, humant bocavirus og Mycoplasma pneumoniae. Ved akutfase EBV-infeksjon vil det kunne påvises Ig-M-antistoffer i blodet, men 2–6 måneder etter manifest sykdom vil det skje et isotypeskift til IgG-antistoffer. Disse antistofene kan være påvisbare i pasientens blod livet ut. Dette gjorde at en EBV-relatert årsak til sykdommen kunne utelukkes. Samtidig var CRP og feber redusert da pasienten kom til avdelingen, og man kunne derfor anta at Doxylin-kuren var begynt å virke på Mycoplasma-infeksjonen. Det er derfor nærliggende å tro at de orale lesjonene var Mycoplasma indusert.

Til sist sto man igjen med to diagnoser som ikke lett lar seg skille, henholdsvis EM og MIRM, men som heller ikke behandles forskjellig. Behandlingens primære mål var å dempe immunresponsen, sekundært å lindre smertene og sørge for at pasienten fikk i seg tilstrekkelig næring. Det ble i dette tilfellet valgt lokal behandling med kortikosteroider (gruppe III), nærmere bestemt fluciclonid 0,025 %. Minor-varianten av EM er selvbegrensende, men ettersom pasientens orale slimhinner var så ulcererte at det vanskeliggjorde matinntak, var det prekärt å iverksette tiltak for å lege sårene. Pasienten hadde ingen øvrige lesjoner på kroppen og da er lokal behandling med sterke kortikosteroider å foretrekke [19]. Behandling av EM minor med topikale kortikosteroider har ikke vært velsignet med en bred konsensus i fagmiljøene [20], men det later til å være en velutprøvd behandling uten større bivirkninger og med en potensielt stor oppside [4]. Man skal imidlertid være obs på den forhøyede risikoen for candida-oppblomstringer ved dempet immunrespons.

Oppsummering av diskusjon

Erythema multiforme (EM) er en type IV hypersensitivitetsreaksjon, ofte utløst av infeksjoner, særlig herpes simplex-virus. EM deles inn i minor og major basert på utbredelse og involvering av slimhinner. Mycoplasma pneumoniae kan også utløse EM eller en lignende tilstand kalt MIRM, som gir uttalt mukositt uten vesentlig hudaffeksjon. Diagnosen stilles klinisk, og histologiske funn er uspesifikke. SJS og TEN, som oftest er legemiddelreaksjoner, ble utelukket grunnet manglende medikamentbruk før symptomdebut. Behandlingen fokuserte på å dempe immunrespons og sikre ernæring – i dette tilfellet med lokal gruppe III-steroid.

Konklusjon

Ved mucokutane lesjoner hos unge pasienter uten medikamentbruk, og med påvist *Mycoplasma pneumoniae*-infeksjon, bør MIRM vurderes som en sannsynlig diagnose. EM minor og MIRM behandles symptomatisk – i dette tilfellet med lokalpåførte kortikosteroider for å dempe inflammasjon og bedre matinntak. Behandlingen var vellykket, men krever oppfølging på grunn av risiko for sekundære infeksjoner som candidiasis.

Takk

Stor takk til pasienten og foresatte som samtykket til publisering, og fotograf og grafiker Marie Lindeman Johansen for arbeidet med bilderedigering og layout.

REFERANSER

- Clark Huff J, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: A critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. *J Am Acad Dermatol*. 1983;8(6):763-75.
- Glick M GM, Lockhart PB, Challacombe SJ. *Burket's Oral Medicine*, 13th Edition. 13th ed: John Wiley & Sons; 2021.
- Dharel S, Koirala B, Dali M. Oral erythema multiforme attributed to herpes simplex virus: A less recognized variant. *Clin Case Rep*. 2024;12(9):e9388-n/a.
- Gungor T, Gumru S, Gumru B. Erythema multiforme: A retrospective study of etiologies, clinical manifestations, and treatments. *Journal of dental sciences*. 2024;19(4):2295-304.
- Schallock PC, Brennick JB, Dinulos JGH. *Mycoplasma pneumoniae* infection associated with bullous erythema multiforme. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52(4):705-6.
- Grosber MMD, Alexandre MMD, Poszepczynska-Guigné EMD, Revuz JMD, Roujeau J-CMD. Recurrent erythema multiforme in association with recurrent *Mycoplasma pneumoniae* infections. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(5):S118-S9.
- Tay Y-K, Huff JC, Weston WL. *Mycoplasma pneumoniae* infection is associated with Stevens-Johnson syndrome, not erythema multiforme (von Hebra). *J Am Acad Dermatol*. 1996;35(5):757-60.
- Roujeau JC. What is Going on in Erythema multiforme? *Dermatology*. Basel, Switzerland: Basel, Switzerland: Karger; 1994. p. 249-50.
- Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau J-C. Clinical Classification of Cases of Toxic Epidermal Necrolysis, Stevens-Johnson Syndrome, and Erythema Multiforme. *Arch Dermatol*. 1993;129(1):92-6.
- Roujeau J-C. The Spectrum of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Clinical Classification. *J Invest Dermatol*. 1994;102(6):28-305.
- Assier H, Bastuji-Garin S, Revuz J, Roujeau JC. Erythema multiforme with mucous membrane involvement and Stevens-Johnson syndrome are clinically different disorders with distinct causes. *Arch Dermatol*. 1995;131(5):539-43.
- Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, Correia O, Schröder W, Roujeau J-C. Correlations Between Clinical Patterns and Causes of Erythema Multiforme Majus, Stevens-Johnson Syndrome, and Toxic Epidermal Necrolysis: Results of an International Prospective Study. *Arch Dermatol*. 2002;138(8):1019-24.
- Laguna C, Martín B, Torrijos A, García-Melgares ML, Febrer I. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: experiencia clínica y revisión de la literatura especializada. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97(3):177-85.
- Léauté-Labrèze C, Lamireau T, Chawki D, Maleville J, Taïeb A. Diagnosis, classification, and management of erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome. *Arch Dis Child*. 2000;83(4):347-52.
- Schallock PC, Dinulos JGH, Pace N, Schwarzenberger K, Wenger JK. Erythema Multiforme due to *Mycoplasma pneumoniae* Infection in Two Children. *Pediatr Dermatol*. 2006;23(6):546-55.
- Canavan TN, Mathes EF, Frieden I, Shinkai K. *Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis as a syndrome distinct from Stevens-Johnson syndrome and erythema multiforme: a systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72(2):239-45.
- Lofgren D, Lenkeit C. *Mycoplasma Pneumoniae*-Induced Rash and Mucositis: A Systematic Review of the Literature. *Spartan Med Res J*. 2021;6(2):25284.
- Chang H-C, Wang T-J, Lin M-H, Chen T-J. A Review of the Systemic Treatment of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. *Biomedicines*. 2022;10(9):2105.
- Soares A, Sokumbi O. Recent Updates in the Treatment of Erythema Multiforme. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(9):921.
- Yeung AK, Goldman RD. Use of steroids for erythema multiforme in children. *Can Fam Physician*. 2005;51(11):1481-3.

ENGLISH SUMMARY

Homayouni A, Eliassen M, Enoksen H, Barkvoll P

Erythema multiforme following a respiratory tract infection – a rare diagnosis

Nor Tannlegeforen Tid. 2025; 135: 960-4.

A 13-year-old girl with a recent respiratory infection developed pronounced oral ulcerations and was diagnosed with erythema multiforme (EM) minor. The infection was attributed to *Mycoplasma pneumoniae*, human bocavirus, and Epstein-Barr virus (EBV), as indicated by IgG seropositivity. Clinically, no cutaneous involvement was observed. The condition was managed with

topical corticosteroid therapy and nutritional support. The patient demonstrated marked clinical remission within four days. This case highlights the importance of considering EM as a potential cause of severe oral lesions in children following respiratory infections and illustrates that localized treatment can be both effective and sufficient in such presentations.



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](https://henvisdigitalt.no)

Barn husker mer enn vi tror – slik bør vi planlegge sedasjon ved tannbehandling

Regina Skavhellen Aarvik, Edel Jannecke Svendsen og Maren Lillehaug Agdal

Sedasjon er et verdifullt hjelpemiddel når uro og angst står i veien for nødvendig tannbehandling hos barn og unge. Men hvordan oppleves behandlingen egentlig for dem som får sedasjon? I en befolkningsstudie av 9- og 17-åringer i Den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland spurte vi barna selv – og fikk svar som bør vekke refleksjon i klinikken. Sedasjon hjelper mange, men den fjerner ikke minnene, og for noen gjør sedasjonen at det blir vanskeligere å si nei.

Rundt ett av ti barn rapporterte at de hadde fått sedasjon for å få utført tannbehandling (13,6 % av 9-åringene og 9,5 % av 17-åringene). Av disse oppga to av tre (67,4 %) at sedasjon gjorde behandlingen lettere i høy eller svært høy grad. Samtidig svarte over halvparten (51,2 %) at de husket behandlingen, og 8,5 % opplevde at det var vanskeligere å si nei under sedasjon. Barn med høy tannbehandlingsangst var oftere blant dem som både opplevde stor nytte av å være sedert, men var også den gruppen som husket mer i etterkant.

Disse funnene minner oss om at sedasjon ikke alene kan skape trygghet. Sedasjon kan dempe uro, men den grunnleggende tilliten må bygges i møtet mellom barn, foresatte og behandler. Barnet må erfare at det blir sett, hørt og tatt på alvor – også når det er redd og også når det er sedert.

For det første bør sedasjon planlegges med utgangspunkt i barnets behov for forutsigbarhet og kontroll. Forklar barnet kort og konkret hvordan sedasjonen ofte vil føles, og understrek at barnet trolig fortsatt vil huske, og at ved behov kan barnet si «stopp». Før timen er det viktig å avtale et tydelig tegn for pause, og at barnet trener på å faktisk klare å bruke tegnet. Ved gjentatte repetisjoner opparbeider du tillit fordi du respekterer tegnet i praksis. Når barnet er sedert

kan du gjerne legge inn små stopp underveis for å bekrefte at barnet fremdeles ønsker å fortsette. Vær rolig og skap en opplevelse som er verdt å huske. Da er det et godt råd å begynne med den enkleste delen av behandlingen og sette små doser av bedøvelsen inntil den virker og en større dose kan settes uten at det er smertefullt. Lytt til tegn på smerte, da kun den som kjenner smerte kan vurdere graden av den.

I tillegg bør barnet få anledning til å snakke om opplevelsen i etterkant. En kort samtale – «Hva fungerte? Hva var vanskelig? Hva gjør vi neste gang?» – kan bidra til å bearbeide inntrykk og styrke barnets følelse av kontroll. Siden mange husker behandlingen, kan slike samtaler være avgjørende for hvordan erfaringen bearbeides og huskes.

For å gjøre gode valg må vi være oppmerksomme på etiske sider ved bruk av sedasjon. Når enkelte barn opplever det vanskeligere å si nei, understreker det behovet for tydelig kommunikasjon og journalnoterte refleksjoner om hvordan samtykke og kontroll ivaretas. Sedasjon skal gjøre tannbehandlingen mulig – ikke redusere barnets mulighet til å uttrykke motstand.

Sedasjon er et nyttig verktøy, men det er måten vi møter barnet på som avgjør om erfaringen blir god. Når vi tar oss tid, forklarer, viser respekt for barnets signaler og avslutter med en opplevelse av mestring, bygger vi trygghet – en trygghet barnet trenger ved fremtidig tannbehandling.

Denne teksten bygger på funn fra artikkelen: Aarvik RS, Svendsen EJ, Agdal ML. Children's experiences with conscious sedation in dental care: A Norwegian cross-sectional study. Acta Odontol Scand. 2025;84:562–569. doi:10.2340/aos.v84.44807.

Interessekonflikter: Ingen.

FORFATTERE

Regina Skavhellen Aarvik, Tannlege, Ph.D

Edel Jannecke Svendsen, Barnesykepleier, Ph.D

Maren Lillehaug Agdal, Barnetannlege, Ph.D.

REFERANSER

1. Aarvik RS, Svendsen EJ, Agdal ML. Children's experiences with conscious sedation in dental care: a Norwegian cross-sectional study. *Acta Odontol Scand.* 2025;84:562–569. doi:10.2340/aos.v84.44807.
2. Ashley P, et al. Best clinical practice guidance for conscious sedation of children undergoing dental treatment: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2021;22:989–1002.
3. Helsedirektoratet. Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Nasjonal faglig retningslinje. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>

allente

TV for bedrifter

Vis at dere bryr dere om pasientenes opplevelse – en liten detalj som TV på venterommet kan utgjøre en stor forskjell.



**Hvordan dere kan få
Allente til deres bedrift?**
Scan og finn det ut her:



Pynt opp med en Tidende-plakat!

Du har kanskje en favoritt blant Tidendes forsider?

Nå kan du få den som plakat, og gjøre det fint på klinikken, på venteværelset eller kanskje på kontoret hjemme?





Velkommen til Oslo Endodontisenter - et kompetansesenter innen endodonti, kirurgi, protetikk, kjeveortopedi og radiologi sentralt på Majorstuen i Oslo sentrum.

Vi holder fra tid til annen kurs for våre henvisende tannleger og kollegaer som vil bli bedre kjent med oss. Dersom du vil ha beskjed neste gang vi holder kurs, kan du scanne QR-koden under og legge igjen din e-postadresse. Du er hjertelig velkommen på kurs selv om du tidligere ikke har henvist til oss. Kursene er kostnadsfrie.



Oslo Endodontisenter
Sørkedalsveien 10B, Oslo

Tlf: 24 07 61 61
E-post: post@osloendo.no

E-postliste
for kurs

Allergiske reaksjoner mot odontologiske biomaterialer

Sjalg Dagssønn Haugsnes og Ardita Aliko snakket om allergi mot odontologiske biomaterialer på NTFs landsmøte, 2025.

✍️ **DIPAK SAPKOTA, VITENSKAPELIG REDAKTØR I NTFs TIDENDE**

Allergi mot odontologiske biomaterialer refererer til en immunologisk betinget overfølsomhetsreaksjon som oppstår som respons på materialer som brukes i forbindelse med tannbehandling, som amalgam, polymerbaserte materialer, metaller og legeringer. Slike allergiske reaksjoner kan manifestere seg fra mildere former som betennelse, svie, eller smerte i munnen, til alvorlige, men sjeldne systemiske tilstander som anafylaksi.

Behovet for tannrestaureringer forventes å øke betydelig i fremtiden, og de fleste restaureringene vil være i munnen i flere år. Derfor er det viktig at tannhelsepersonell har god kunnskap om allergi mot odontologiske biomaterialer slik at de kan identifisere uønskede reaksjoner og tilpasse behandlinger og materialer til individuelle pasienters behov.

Med raske fremskritt innen materialvitenskap utvikles stadig nye materialer som gjøres tilgjengelige for klinisk bruk. Derfor kan det være utfordrende og overveldende for

tannleger å holde seg oppdatert på biokompatibiliteten til slike materialer, da enkelte pasienter kan reagere på disse. Derfor er det viktig at produsenter av dentale materialer beskriver biokompatibiliteten og mulige uønskede effekter av ingredienser og utlekkstoffer i produktene sine på en detaljert og lett tilgjengelig måte.

Foredraget ga en oversikt over hvilke allergiske reaksjoner som kan oppstå i en klinisk hverdag, de fysiologiske prosessene bak disse, og hvordan man håndterer allergi og overfølsomhet mot odontologiske biomaterialer.

Haugsnæs og Aliko forklarte også hvordan Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved NIOM overvåker allergiske reaksjoner og andre bivirkninger hos pasienter, og hvordan utredningen av pasienter henvist til Bivirkningsgruppen foregår. Foredragsholderne informerte om meldesystemet for mistenkte uønskede hendelser og hvordan tannhelsepersonell kan bidra til å rapportere disse. De diskuterte også utfordringer knyttet til å få informasjon om innholdsstoffer og utlekkstoffer i enkelte tilfeller.



Forsker Ardita Aliko og spesialistkandidat i oral protetikk Sjalg Dagssønn Haugsnes holdt et interessant og nyttig foredrag om allergi mot odontologiske biomaterialer. Foto: Marie Lindeman Johansen, OD/UiO

Klassifikasjon av periodontale sykdommer og kliniske retningslinjer

Daniel Belstrøm er dr. odont og ph.d. i oral mikrobiologi og praktisk kliniker i København, hvor han utelukkende behandler pasienter med periodontitt. I landsmøteprogrammet var han oppført med foredragene «Diagnostisering av marginal periodontitt» og «Behandling av marginal periodontitt i team».

 **ASBJØRN JOKSTAD, VITENSKAPELIG REDAKTØR I TIDENDE**

Klassifikasjonssystem for periodontale sykdommer

Innledningsvis viste Belstrøm lysbildet «*How to use the 2017 Classification in Private Practice*», etterfulgt av overskriften «*Parodontitisstadier*» og en tabell med fire kolonner (Stadium I–IV). Dette kan lett skape inntrykk av at klassifikasjonssystemet er et diagnostisk verktøy, noe det ikke er ment å være. Som kommer frem av både den engelske originalartikkelen (1), den danske oversettelsen (2) og artiklene publisert i *NTFs Tidende* (3,4), er klassifikasjonen utviklet for å beskrive sykdommens alvorlighetsgrad og prognose etter at diagnosen er stilt.

Systemet ble utarbeidet i samarbeid mellom American Academy of Periodontology (AAP) og European Federation of Periodontology (EFP), med mål om å etablere et felles rammeverk som kan hjelpe klinikere med å planlegge og kommunisere riktig behandling for hver enkelt pasient. Klassifikasjonen skal ikke erstatte grundig utredning og diagnostikk, men være et nyttig supplement for å doku-

mentere og forklare sykdomsforløp og behandlingsrespons. Arbeidet bak systemet var omfattende og solid, og har siden vært gjenstand for konstruktiv faglig diskusjon og videre utvikling (5).

Kliniske retningslinjer

Daniel Belstrøm understreket også korrekt at klassifikasjonen fra 2017 ikke er et diagnostisk verktøy eller gir føringer for beste terapi. Det er derimot anbefalt å følge de kliniske retningslinjene for behandling av pasienter med periodontitt stadium I–III og IV. Kliniske retningslinjer bygger på ulike grader av evidens: robust evidens og konsensus, konsensus uten robust evidens eller basert bare på ekspertråd. EFP har adoptert den tyske betegnelsen «S» fra Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), hvor «S» står for Stufe (nivå) og S3 er en tysk benevnelse på kliniske retningslinjer basert på robust evidens og konsensus. EFP publiserte S3-retningslinjer for



Daniel Belstrøm fremhevet viktigheten av systematisk tilnærming, kontroll av risikofaktorer, riktige terapivalg og effektivt samarbeid i behandlingsteamet. Foto: Tonje Camacho

behandling av pasienter med periodontitt stadium I–III periodontitt først (6), mens den britiske periodontiforeningen laget sin egen versjon basert på deres konsensus (7). Det samme skjedde da EFP laget S3-retningslinjer for behandling av pasienter med periodontitt stadium IV (8), som britene igjen tilpasset til sitt nasjonale bruk (9).

I USA er det lite tradisjon for å utvikle slike kliniske retningslinjer, av mange ulike årsaker. Den amerikanske tilnærmingen kan oppsummeres i denne setningen: «Cases that fall into gray zones require clinical judgment to establish the most appropriate diagnosis to guide a treatment plan that is personalized based on current knowledge.» (10) Formulert på en annen måte, riktig behandling til riktig pasient består av mange avveininger som er både situasjonsbestemte og individualiserte etter den biopsykososiale pasientprofilen og alle slike momenter kan aldri fanges opp av «kokebøker», selv om intensjonene er de beste.

Beste tannmedisinske praksis

Daniel Belstrøm gjennomgikk beste tannmedisinske praksis i tråd med EFPs S3-retningslinjer, illustrert med pasientkasus. Han fremhevet viktigheten av systematisk tilnærming, kontroll av risikofaktorer, riktige terapivalg og effektivt samarbeid i behandlingsteamet.

Stadium I–II periodontitt, der hovedfokus er kontroll av risikofaktorer. I både Danmark og Norge betegnes dette som hygienefasen.

Tiltak:

1. Motivasjon og pasientopplæring for å bedre etterlevelse
2. Instruksjon i riktige munnhygieneteknikker
3. Eliminering av modifiserbare risikofaktorer
4. Ikke-kirurgisk instrumentering for fjerning av biofilm og tannstein

Protetikkbehandling av eldre og eldre skrøpelige pasienter

ASBJØRN JOKSTAD, VITENSKAPELIG REDAKTØR I TIDENDE

Tidligere ble mange mennesker tannløse før pensjonsalderen, mens de fleste i Norge i dag mister tennene først i høy alder. For denne gruppen eldre er tannløshet ofte knyttet til redusert allmenntilstand, polyfarmasi og begrenset evne til egenomsorg for å ivareta oral helse. Gradvis svikt i egenomsorg er tett relatert til utviklingen av det som på engelsk betegnes som *frailty* – eldre med redusert fysiologisk reserve.

Det finnes ingen enhetlig norsk betegnelse for *frail*, men vanlige beskrivelser er «skjør», «skrøpelig» eller «sårbar». I en artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* fra 2014 foreslås betegnelsen «skrøpelig og sårbar» som mest dekkende (1). I praksis brukes imidlertid oftest «skrøpelig pasient», mens «sårbar pasient» benyttes bredere om personer med økt risiko av sosiale, psykiske eller helsemessige grunner.

Professor Frauke Müller ved Universitetet i Genève har i en årrekke forsket på tannbehandling av eldre pasienter med og uten *frailty*. Under landsmøtet presenterte hun sentrale funn fra egen basal- og klinisk forskning om hvordan aldring og *frailty* påvirker oral funksjon og behandlingsresultater.

Aldring innebærer gradvis funksjonssvikt i flere organsystemer, noe som har betydning for planleggingen av oralprotetisk behandling. Endringer i hjerte- og karsystem, immunsystem, motorikk og slimhinner reduse-

rer motstand mot infeksjoner, toleranse for behandling og påvirker tilheling og fysiologiske funksjoner. Müller beskrev hvordan slike endringer manifesterer seg i det orofasiale området.

Frailty beskriver en redusert fysiologisk reserve som øker risikoen for komplikasjoner ved sykdom eller behandling (2). Tilstanden skiller seg fra både alderdom, funksjonshemming og multisykdom. Små nedganger i flere biologiske systemer, eksempelvis muskulatur, energiomsetning, hormon- og inflammasjonskontroll samt ernæring, kan samlet føre til tap av kompensasjonsevne. Det utvikles en negativ syklus der underernæring og inaktivitet fører til muskeltap, svakhet, lavere energiforbruk og ytterligere funksjonstap.

Skrøpelighet påvirker evnen til egenomsorg og dermed munnhelsen, som igjen forsterker tilstanden gjennom fysiologisk sårbarhet, ernæring og generell og oral hypofunksjon.

Et klinisk verktøy utviklet i Japan for å diagnostisere oral hypofunksjon måler sju komponenter: redusert tunge- og leppefunksjon, lavt tungetrykk, nedsatt bitekraft, dårlig oral hygiene, munntørrehet, redusert tyggeevne og svelgefunksjon. Disse funksjonene kan forbedres gjennom målrettet behandling i munnhulen (3).

Hos eldre, skrøpelige pasienter observeres både makroskopiske og histologiske forandringer og fysiologiske



Professor Frauke Müller ved Universitetet i Genève har lenge forsket på tannbehandling av eldre med og uten skrøpeligheit. Foto: Tonje Camacho

effekter i munnhulen. Vanlige funn er orale infeksjoner, ubehandlet karies, periodontale sykdommer, tannfestetap, slimhinnelidelser, munntørrehet og oral cancer. Omtrent én av tre personer over 60 år har dokumentert hyposalivasjon, med liten forskjell mellom stimulert og ustimulert spyttproduksjon. Svelgevansker forekommer hos 40–60 % av institusjonsboende eldre.

Planlegging av tannbehandling for eldre krever forståelse av hvordan pasientene fungerer i hverdagen, og hvordan munnehsetjenester kan tilpasses deres behov og livssituasjon. Et nyttig klinisk hjelpemiddel er verktøyet *Rapid Oral Health Decline* (ROHD), som hjelper klinikerer med å identifisere risikofaktorer, vurdere kommunikasjonsbehov, estimere risiko, velge behandlingstilnærming og utforme en plan for ivaretagelse av oral helse (4).

Viktige vurderingspunkter inkluderer pasientens ønsker og forventninger, type og alvorlighetsgrad av behandlingsbehov, virkning på livskvalitet, sannsynlighet for positivt resultat, rasjonelle alternativer, evne til å tåle behandlingsstress og opprettholde munnhelse, samt økonomiske og praktiske ressurser. Tannlegens mulighet til å gjennomføre planlagt behandling bør også vurderes.

Müller presenterte videre prinsipper for tilpasset utforming av avtakbare partialproteser for eldre med funksjonelle utfordringer:

- Fordel okklusjonsbelastningen til protesefriender fremfor klammertenner.
- Anvend feilsikkerhetsprinsippet, slik at protesen fortsatt kan brukes ved defekt i en komponent.
- Bruk to, ikke tre, klammere ved kombinasjonsproteser med friendeområder.
- Plasser implantater strategisk for optimal stabilitet og estetikk.
- Optimaliser krone-rot-forhold og vurder bruk av rotkapper og kulefester.
- Dekk minst mulig av gingivalranden.
- Sikre at pasienten selv kan sette inn og ta ut protesen, eventuelt med buccale påbygginger.
- Tilpass retensjonen til pasientens fingerkraft og evne til å håndtere protesen.

I siste del av foredraget presenterte Müller ny forskning fra Genève-gruppen om dataassistert konstruksjon og produksjon av hel- og delproteser (5–9). Både additive (3D-printing) og subtraktive (fresing) metoder gir klinisk akseptable resultater når det gjelder retensjon, passform og pasientopplevelse. 3D-printede proteser krever imidlertid oftere justeringer, og det er utfordringer knyttet til estetikk. Digitale avtrykksmetoder foretrekkes av pasienter, men ved helproteser må disse suppleres med en analog teknikk med komposisjonsmasse («grønn kerr») for å gjengi overgangsfolden med tilstrekkelig presisjon.

REFERANSER

1. Wyller TB. Frail – skrøpelig, sårbar eller skjør? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2300. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0970>
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146–56. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
3. Minakuchi S, Tsuga K, Ikebe K, et al. Oral hypofunction in the older population: Position paper of the Japanese Society of Gerodontology in 2016. Gerodontology. 2018;35(4):317–324. <https://doi.org/10.1111/ger.12347>
4. Ettinger R, Marchini L, Hartshorn J. Consideration in Planning Dental Treatment of Older Adults. Clin Geriatr Med. 2023;39(2):311–326. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2023.01.002>
5. Srinivasan M, Kalberer N, Naharro M, et al. CAD-CAM milled dentures: The Geneva protocols for digital dentures. J Prosthet Dent. 2020;123(1):27–37. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2018.12.008>
6. Stilwell C, Kalberer N, Mojon P, et al. Extra-oral assessment of conventional and CAD-CAM complete denture appearance by dental professionals and CRDP wearers: A randomized survey. J Dent. 2021;115:103843. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103843>
7. Srinivasan M, Kamnoedboon P, McKenna G, et al. CAD-CAM removable complete dentures: A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2021;113:103777. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103777>
8. Maniewicz S, Imamura Y, El Osta N, et al. Fit and retention of complete denture bases: Part I. J Prosthet Dent. 2024;131(4):611–617. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2022.07.006>
9. Chebib N, Imamura Y, El Osta N, et al. Fit and retention of complete denture bases: Part II. J Prosthet Dent. 2024;131(4):618–625. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2022.07.004>

Medikamentrelatert osteonekrose i kjevene:

Et økende problem som krever mer oppmerksomhet

Professor og overtannlege Bente Brokstad Herlofson holdt et interessant og nyttig foredrag under tittelen «Når kjeven står på spill» under NTFs landsmøte.

 **DIPAK SAPKOTA, VITENSKAPELIG REDAKTØR I NTFS TIDENDE**



Professor og overtannlege Bente Brokstad Herlofson ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, UiO; Tann- og kjeve, Øre-nese-halsavdelingen, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus. Foto: Marie Lindeman Johansen, OD/UiO

Fremskrittene innen diagnostisering og behandling av flere typer sykdommer, inkludert kreft og osteoporose, medfører at pasienter lever lenger i dag enn tidligere. Dette betyr også at et økende antall pasienter er under behandling med ulike typer medisiner, inkludert legemidler som er rettet mot å styrke bein og redusere symptomer relatert til beinsykdommer. Blant disse er antiresorptiva (bisfosfonater, denosumab, romosozumab) angiogenese- og TNF- α -hemmere som påvirker beinmetabolismen og er blitt stadig viktigere i behandlingen av tilstander som osteoporose og visse typer kreft. Antiresorptive legemidler bidrar til å redusere beintap ved å hemme osteoklastene. Imidlertid er det en økende bekymring for sammenhengen mellom langvarig bruk av disse medikamentene og utviklingen av osteonekrose i kjeven (medikamentrelatert osteonekrose i kjevene/MRONJ). Dette er en alvorlig bivirkning som kan føre til smerter, nekrose av kjevebein, fisteldannelse, suppurasjon, dårlig ånde og infeksjoner i kjeveområdet, samt en betydelig reduksjon i livskvaliteten for pasientene.

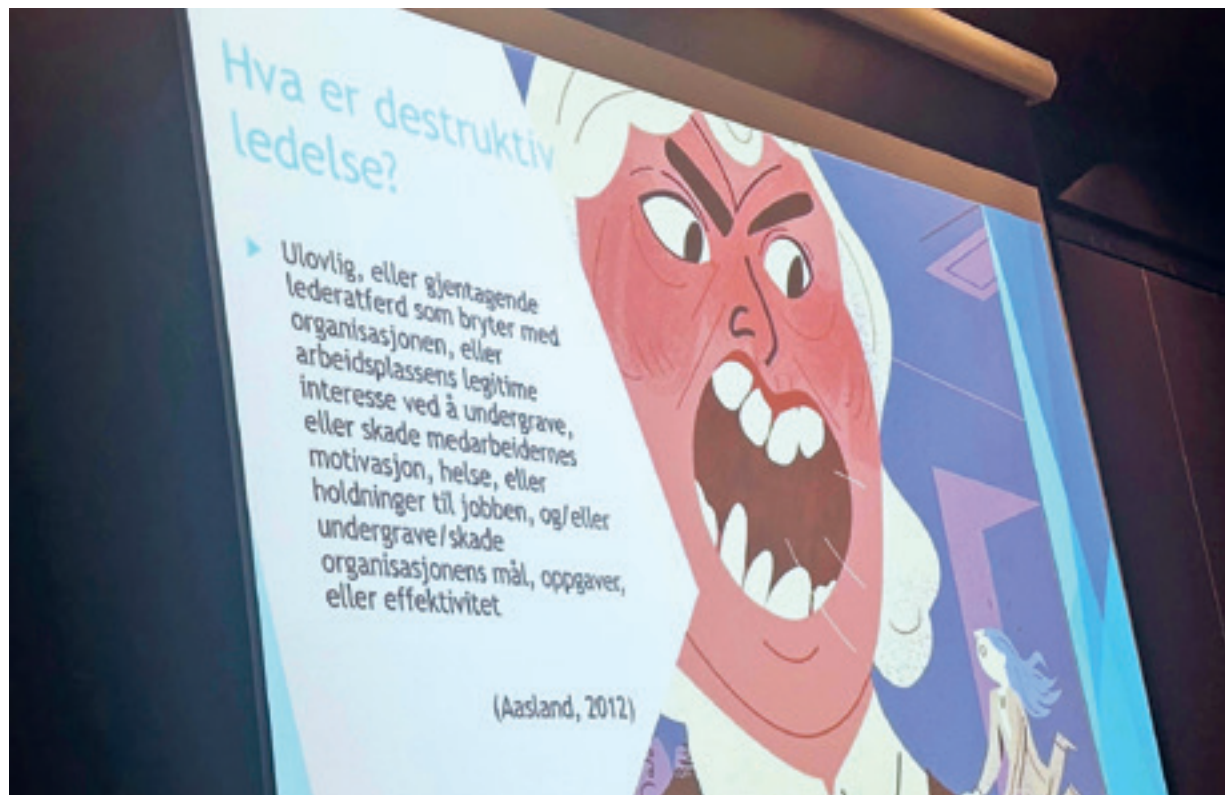
Tannhelsepersonell er nøkkelen til å forebygge og håndtere pasienter med risiko for MRONJ av flere grunner. For det første kan tannhelsepersonell identifisere risikopasienter ved å ta opp en grundig anamnese inkludert komorbidite, komedikasjon og utføre en grundig klinisk undersøkelse. Dette er spesielt viktig ettersom mange tannbehandlingsprosedyrer er invasive som for eksempel tannekstraksjoner og dermed assosiert med risiko for MRONJ. For det andre er tannhelsepersonell i stand til

å gjenkjenne tidlige symptomer på MRONJ som smerte, infeksjon med pussdannelse, tannmobilitet og hevelse, og kan dermed iverksette relevante tiltak for å forhindre MRONJ-progresjon. Dette er avgjørende for pasientens helse og livskvalitet. Pasienter med skjelettmetastatisk kreft eller myelomatose har høyest risiko for MRONJ, moderat risiko for kreftpasienter på adjuvant behandling og svært lav risiko for pasienter som behandles for osteoporose. Pasienter med mistanke om MRONJ henvises til spesialist med erfaring i behandling av disse. Samarbeid med annet helsepersonell er viktig for en helhetlig tverrfaglig håndtering av pasienter med risiko for MRONJ. Her er utveksling av informasjon om pasientenes antiresorptive behandling viktig. Det er derfor viktig at tannhelsepersonell har oppdatert kunnskap om pasienter med risiko for utvikling av MRONJ.

Foredraget satte søkelys på tre hovedpunkter: Hvilke typer medisiner kan føre til MRONJ, hvordan kan tannhelsepersonell identifisere risikopasienter, og hvordan diagnostisere, håndtere og behandle disse pasientene for å bidra til god livskvalitet etter behandling.

Herlofson presenterte også en oppdatert veileder (<https://www.odont.uio.no/onj/pasienter/retningslinjer-onj-bbh-07-03-2016.pdf>) som gir tannhelsepersonell klare instruksjoner om hvordan de skal håndtere pasienter med risiko for utvikling av MRONJ. Herlofson understreket samtidig behovet for mer kunnskap og forskning på området, samt bedre samarbeid mellom helsepersonell og tannhelsepersonell.





Ikke la det skure og gå – for det går ikke

ELLEN BEATE DYVI

Psykolog Merethe Schanke Aasland har doktorgrad i destruktiv ledelse, og 31. oktober var hun på NTFs landsmøte og snakket til både arbeidstakere og ledere, det vil si først til tannhelsesekretærene og så til tannlegene.

En god leder ser hva den enkelte medarbeider trenger av oppfølging. Dette varierer fra individ til individ og fra situasjon til situasjon. En ny medarbeider trenger for

eksempel oftere mer oppfølging enn en som har vært på arbeidsplassen lenge. Nye oppgaver kan bety behov for mer oppfølging en periode. Noen er selvgående fra første stund, mens noen medarbeidere alltid vil ha behov for mer oppfølging enn andre, og så videre. Medarbeidere kommer i alle varianter. Det gjør også ledere.

Mange ledere fungerer godt, og ganske mange gjør det ikke. Hver tredje norske arbeidstaker har opplevd destruktiv

ledelse på jobben. Det verste å bli utsatt for er de lederne som bare lar det skure.

Som regel assosierer vi ledelse med kompetanse, klokskap, mot og besluttosomhet. Samtidig har nok alle gjennom en yrkeskarriere opplevd ledere som, av ulike årsaker, ikke har fungert like godt i rollen som leder. Det er ikke en enkel oppgave å være leder, og det må være lov å gjøre feil, men når går man fra å gjøre noen feil til å fremstå som destruktiv?

For å være destruktiv må det være snakk om mer enn at en har gjort én enkelt feil en gang. Alle gjør feil, og det er lov. Det må være noe som gjentar seg, og det må være alvorlig for at det skal kvalifisere som destruktivt.

Aaslands definisjon på destruktiv ledelse fra 2012 er slik: Ulovlig, eller gjentakende lederatferd som bryter med organisasjonens eller arbeidsplassens legitime interesse ved å undergrave eller skade medarbeidernes motivasjon, helse eller holdninger til jobben og/eller undergrave eller skade organisasjonens mål, oppgaver eller effektivitet.

Et av hovedfunnene i Aaslands doktorgradsarbeid er at 33,5 prosent av respondentene svarer at de «ganske ofte» eller «svært ofte/nesten alltid» har opplevd destruktiv ledelse på arbeidsplassen de siste seks månedene. Totalt oppgir 61 prosent av de spurte at de har opplevd en eller annen grad av destruktiv ledelse.

Naturligvis finnes det også destruktive medarbeidere. Samtidig har lederen et større ansvar enn medarbeiderne for å rydde opp i vanskelige situasjoner.

De som unngår å ta avgjørelser er verst

Undersøkelsen viser at det å bli utsatt for passiv eller unnnvikende «laissez-faire» eller «la det skure»-ledelse, har sterkest negativ effekt på arbeidstakere over tid. Denne atferden skaper utilfredshet og usikkerhet på jobben.

— Slik ledelse handler om å unngå å ta avgjørelser og ikke være til stede når det er behov for deg som leder, for eksempel ved at lederen trekke seg vekk fra både medarbeidere og fra arbeidsoppgavene i virksomheten.

Aasland kommenter dette videre med at Norge nok ikke er det enkleste landet å være leder i, fordi vi har en flat maktstruktur. Særlig i forbindelse med konflikter på arbeidsplassen ser vi at vi har en konfliktsky kultur her i landet. Vi vil gjerne være kompis fremfor å ta tak i vanskeligheter.

— Jeg registrerer ofte et ønske om en mer tydelig ledelse når jeg er rundt på arbeidsplasser. Når du er leder,

må du være bevisst på at du har formell makt og våge å være tydelig i lederrollen. Hvis ledere ikke griper inn i konfliktsaker, og håper at det skal gå over av seg selv, oppleves det veldig negativt for medarbeiderne. Det verste du kan gjøre er å gjøre ingenting.

Støttende, men illojal

Er det mulig å være både støttende og illojal? Ja, det er mulig. 11,6 prosent i Aaslands undersøkelse sier at de «ganske ofte» eller «svært ofte/nesten alltid» har opplevd det som kalles støttende, men illojal lederstil.

Dette er en lederstil hvor lederen kan være kameratslig og støttende i forhold til medarbeiderne, og samtidig destruktiv når det gjelder oppgaveutførelsen – altså i forhold til virksomheten. Slike ledere vil gjerne være sosiale, greie og støttende, men handler på en slik måte at virksomheten ikke får gjort det den skal.

Slike ledere er gjerne morsomme, sosiale, vennlige og hyggelige, men det kan altså gå på bekostning av å få utført oppgavene og dermed måloppnåelsen.

Tyrannisk eller avsporet

Tyrannisk ledelse viser til en leder som er opptatt av å oppnå organisasjonens mål, få utført oppgavene og utnytte tilgjengelige ressurser samtidig som lederen er direkte destruktiv i forhold til sine medarbeidere. Dette er med andre ord en type leder som oppnår resultater på bekostning av sine medarbeidere, og vedkommende tar gjerne æren for ansattes arbeidsinnsats. Slike ledere ydmyker medarbeiderne, kommer med urettmessige anklager og bagatelliserer deres initiativ. De er tidvis også tilbøyelige til å bakvaske og manipulere sine underordnede. En slik leder kan fremstå som effektiv og konstruktiv overfor eiere og overordnede, og kan derfor være vanskelige å slå ned på og forandre. De som er over vet rett og slett ikke hvordan lederen er overfor medarbeiderne, og ser bare gode resultater. Dette er ledere som veldig ofte leverer varene, og de blir som regel tatt for å være en god leder av dem over seg, og stikk motsatt av dem under.

Avsporet ledelse derimot innebærer at lederen opptrer destruktivt i forhold til både arbeidsoppgaver og medarbeidere. Dette er snakk om ledere som både tyranniserer sine medarbeidere og aktivt bidrar til at virksomheten ikke når sine mål eller i akseptabel grad utnytter sine ressurser. Avsporede ledere er som oftest ute av stand til å delegere arbeidsoppgaver og motivere sine medarbeidere. Slike

ledere kan skjelle ut medarbeidere i andres nærvær, ydmyke dem og ta fra dem arbeidsoppgaver, så de ikke får gjort jobben i forhold til bedriften.

Ofte vil en slik leder være opptatt av egen vinning fremfor virksomhetens og medarbeidernes interesser. Det blir antatt at avsporede ledere sjelden blir sittende lenge i sine lederstillinger fordi både ledelsen og de ansatte har interesse av å få dem fjernet.

Hele 8,8 prosent av de spurte i Aaslands undersøkelse hadde opplevd avsporet ledelsesatferd mens 3,4 prosent hadde opplevd tyrannisk ledelse «ganske ofte» eller «svært ofte/nesten alltid» de siste seks månedene.

Hvordan påvirkes ansatte av destruktiv ledelse?

— Negativt, både når det gjelder tilfredshet og usikkerhet. Når lederen lar være å involvere seg, føler man seg gjerne avvist og blir usikker. Jeg tror mange ledere undervurderer effekten av å se medarbeiderne, gi anerkjennelse og gjerne en klapp på skulderen.

Akutte reaksjoner på destruktiv lederatferd kan være uro, engstelse, fortvilelse og forvirring og vanlige plager er søvnløshet, depresjon, irritabilitet og lav selvspekt.

Reaksjoner over tid kan være hodepine, mageproblemer, muskel-skjelettplager, angst og lignende.

Eventuelle ettervirkninger kan være symptomer på porttraumatisk stresslidelse (PTSL).

Tiltak

Hva kan man gjøre for å unngå eller få slutt på destruktiv ledelse?

Det beste er å unngå problemet med destruktiv ledelse ved å forebygge. Slike primære tiltak handler om å utvikle et godt inkluderende arbeidsmiljø med toleranse for mangfold og konflikt – og samtidig utvikle gode, myndige, uredde og ansvarlige ledere i en organisasjonskultur med toleranse for konflikt og med klare grenser for atferd.

Sekundære tiltak er å lage prosedyrer for å rapportere og stoppe destruktiv lederatferd.

Tertiære tiltak er behandling av offer og utøver og rehabilitering av offer og arbeidsmiljø.

Organisatoriske konsekvenser av destruktiv lederatferd er høyere turnover, lavere tilhørighet til organisasjonen og mindre ekstrarolle-atferd.

— Mye kan nok gjøres, sier Aasland, som legger til at lederprogrammer og -kurs ofte ensidig handler om hvordan man skal bli bedre.

– Jeg tror det også er viktig å sette søkelyset på hvordan man skal forebygge, og på hvordan man skal hente seg inn igjen hvis man kommer skeivt ut. Det finnes knapt ledere som ønsker å skade medarbeiderne sine med viten og vilje. Dem er det i tilfelle få av, psykopaten er ikke veldig utbredt i arbeidslivet, sier Aasland.

Tidendes pris for beste kasuistikk

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

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

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

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



Vil du lede forskning som styrker pasientsikkerheten i Norden?

NIOM søker forskningsleder til Bivirkningsgruppen i Bergen

Vi ser etter deg som brenner for forskning, pasientutredning og kunnskapsformidling og som har et sterkt ønske om å bidra til tryggere og velfungerende orale biomaterialer.

Som forskningsleder i Bivirkningsgruppen får du en sentral rolle i å utvikle og drive klinisk forskning på bivirkninger av odontologiske biomaterialer, i tett samarbeid med fagmiljøer nasjonalt og internasjonalt.

Hos NIOM blir du del av et tverrfaglig og høyt kvalifisert miljø med stor påvirkningskraft på nordisk helsepolitikk og pasientsikkerhet.

Kvalifikasjoner

- Doktorgrad og forskningskompetanse fortrinnsvis på professor- eller førsteamanuensisnivå
- Erfaring som forskningsleder med gode resultater
- Erfaring fra bivirkningsproblematikk

For spørsmål kontakt professor/CEO Per Vult von Steyern +47 91920926.

Mer informasjon om stillingen finnes på våre karrieresider: <https://www.niom.no>

Trening er vidundermedisin

Det er ingen medisiner som kan konkurrere med helsegevinsten av trening. Likevel er fysisk aktivitet en neglisjert vidundermedisin, sier lege og friidrettsutøver, med 400 meter hekk som spesial, Øyvind Kjerpeset til en gruppe tilhørere på NTFs landsmøte torsdag 30. oktober. La oss se hva han har å si.

  ELLEN BEATE DYVI

– Asklepios, legekunstens gud gikk ut i naturen og tok med en venn. Vi bør gjøre det samme, sier Kjerpeset og viser til en annen greker: Milon fra Kroton, som løftet en oksekalv, og fortsatte med å løfte på dyret etter hvert som det vokste og ble tyngre og tyngre. Han grunnla styrketreningen, og gjorde det rette. Det vil si, sånn skal treningen være for å gi best effekt: kontinuerlig, med gradvis økende utfordring. Det gir helsegevinst. Få økt puls i 10 minutter, løft noe tungt. Start low, go slow. Resultatet er 12-16 år med livskvalitet.

Øyvind Kjerpeset forstår ikke at trening som medisin ikke vies mer oppmerksomhet.

– Hvordan har vi endt opp med å behandle medisinsk gull som gråstein, spør han, og fortsetter:

– Helsegevinstene av fysisk aktivitet er helt enestående, i et medisinsk perspektiv. De vitenskapelige bevisene er overveldende, og kan blant annet vise til en risikoreduksjon på 25–50 prosent for mer enn 25 kroniske sykdommer. De viktigste risikofaktorene for sykdom er høyt blodtrykk, høy blodglukose, tobakk, inaktivitet, overvekt, høyt kolesterol og alkohol. Risikofaktorene er i all hovedsak livsstilsrelaterte, og den vanligste er inaktivitet. Over 75 prosent av Norges

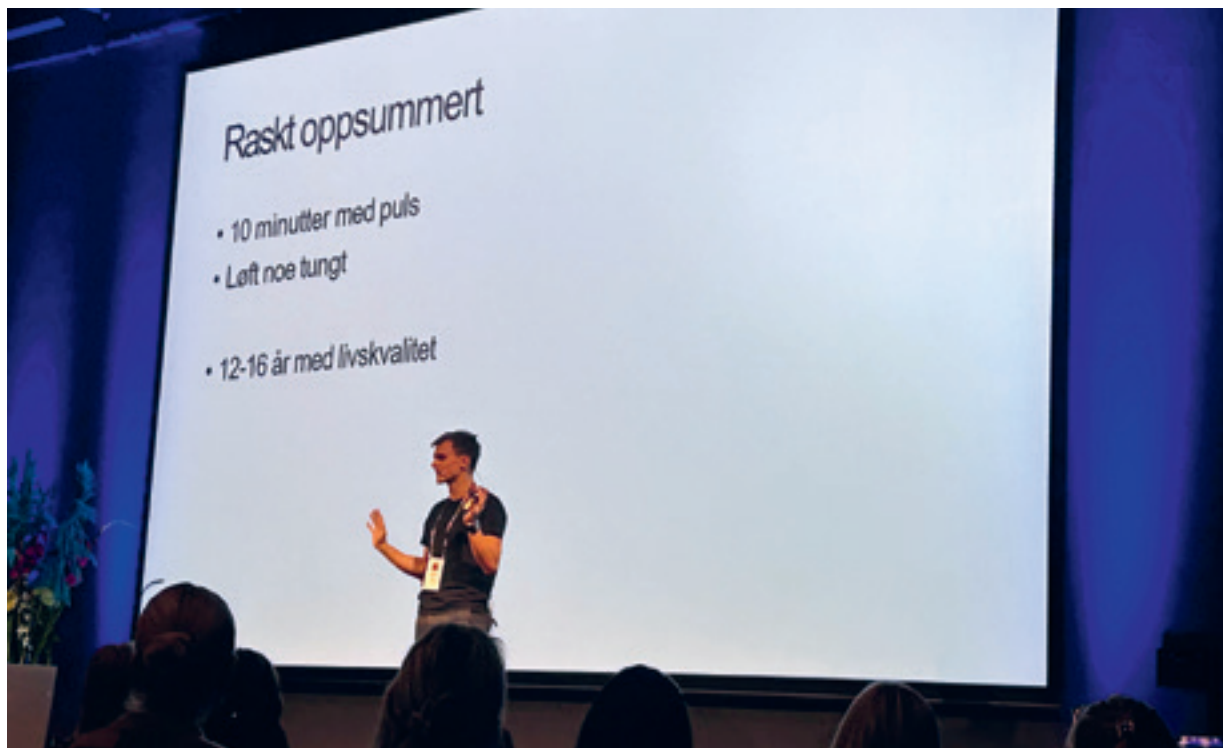
befolkning er inaktiv. Samtidig er det godt dokumentert at fysisk aktivitet er effektivt som både forebygging og behandling av mange andre risikofaktorer og sykdommer. Det er derfor rimelig å se på fysisk aktivitet som kjernen i forebyggende helse.

Gunstige bivirkninger

Fysisk aktivitet er en av hjørnesteinene i både forebygging og behandling av så godt som alle de største sykdomsgruppene, blant annet kreft, hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, diabetes type 2, psykisk lidelse, leversykdom, demens, osteoporose, skrøpelighet og andre relaterte plager, og ikke minst muskel- og skjelettsykdommer.

I tillegg har fysisk aktivitet en fenomenal bivirkningsprofil, som inkluderer økt livskvalitet, godt humør, overskudd, søvnkvalitet samt mulighet for mestringsfølelse og sosialt samvær. Det er vanskelig å overdrive de potensielle helsegevinstene av fysisk aktivitet.

– Som helsepersonell feiler vi i stor grad i å formidle dette til både oss selv og befolkningen. Det er på tide å forvalte fysisk aktivitet som den vidundermedisinen den er, sier Øyvind Kjerpeset.



Øyvind Kjerpeset forteller hvor lite som skal til for å få god effekt av fysisk aktivitet.

Bedre enn tabletter

En sunn livsstil kan forlenge livet med 24 år, viser en studie fra 2024. En sunn livsstil defineres som et aktivitetsnivå på over 150 minutter per uke, sunt kosthold, syv timer søvn, under fire enheter alkohol per dag, sosialt samvær, pluss avhold fra tobakk og opiat. Fysisk aktivitet er den klart viktigste av de nevnte faktorene – også viktigere enn å unngå avhengighet av både opiat og tobakk. Hele 49 prosent av helseeffekten kan tilskrives fysisk aktivitet.

Tallene samsvarer med Helsedirektoratets anslag fra 2014 om at åtte til 16 kvalitetsjusterte leveår kan vinnes ved å få de inaktive i aktivitet. Til sammenligning har våre beste forebyggende medisiner, som for eksempel kolesterol-senkende statiner, vist seg å forlenge livet med cirka en ukes tid.

Fysisk aktivitet har vist seg å redusere relativ risiko for tidlig død med over 50 prosent, og kan samtidig vise til risikoreduksjon for å utvikle hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, slag og hypertensjon. Til sammenligning har blodtryksmedisinen ramipril en relativ risikoreduksjon for tidlig død med fem til ti prosent. Mot store sykdoms-grupper, som kreft, fettlever, demens, depresjon, angst og

muskel- og skjelettsykdommer, finnes det mer eller mindre ingen forebyggende medisiner, mens aktivitet viser seg å redusere risikoen med rundt 50 prosent, og i mange tilfeller langt mer. Så lite som tre minutter med intensiv aktivitet (rask trappegang eller lignende) gir store deler av disse helseeffektene.

– En medisin som kunne etterligne en brøkdel av helsegevinstene som noen få minutter med fysisk aktivitet gir, hadde fullstendig revolusjonert medisinen. Den hadde trolig vunnet nobelprisen over natten, vi hadde anbefalt den til alle våre pasienter, og den hadde blitt den mest verdifulle varen i verden.

Helsevesenet i Norge er overbelastet, samtidig som helseutgiftene er i verdenstoppen. I politikken diskuteres løsninger. Individet skal i økende grad ansvarliggjøres for egen helse og alderdom, men fysisk aktivitet blir knapt nevnt. «Vi må benytte oss av hele verktøykassen», sier Folkehelseinstituttet om overvektsproblematikken, uten ett eneste ord om fysisk aktivitet.

Når det finnes overveldende vitenskapelige beviser for at fysisk aktivitet er det viktigste verktøyet vi har til rådighet mot samfunnets helseplager, samtidig som over 75 prosent



Fysisk aktivitet danker ut absolutt all annen medisin, sier Øyvind Kjerpeset.

av befolkningen er inaktiv, hvordan kan da inaktivitet unnslippe den offentlige og politiske diskusjonen?

Vi bruker 97 prosent av helsebudsjettet på reparasjon og Helsedirektoratet anslo i 2014 at inaktivitet koster samfunnet cirka 239 milliarder kroner i året. Helsegevinstene av aktivitet og de tilsvarende helsekonsekvensene av inaktivitet underkommuniseres på stort sett alle fronter.

– Vi leger må ta en betydelig del av ansvaret. I medisinske kretser snakkes det nærmest utelukkende om reparasjon og medisiner, både på universiteter, legekontorer og sykehus. Selv etter seks år på medisinstudiet med rundt ti tusen undervisningstimer, er kunnskapsnivået om fysisk aktivitet og generell helse svært mangelfullt. Jeg har selv nylig fullført medisinstudiet og startet som lege, og jeg har både som student og lege blitt sjokkert over mangelen på kunnskap og interesse for rotårsakene til samfunnets helseproblemer. Søkelyset rettes nesten bare mot medisinering, sykdom og reparasjon, i stedet for å jobbe med de grunnleggende problemstillingene. Helsevesenet kan sammenlignes med et synkende skip hvor alt er rettet mot å øse vann ut av båten i stedet for å tette hullet.

Holdningsendring må til

Det er på høy tid med et paradigmeskifte i medisinen, skrev Verdens helseorganisasjon i 2020 i sin rapport om fysisk aktivitet, hvor de samtidig doblet den anbefalte aktivitetsmengden. Hvis et paradigmeskifte skal være mulig, kreves det en holdningsendring i hele samfunnet, helt fra pasienten, til helsepersonell, og til politikken.

Inaktivitet blir en stadig større del av hverdagen til både barn og voksne, samtidig som denne atferden er uforenelig med god helse. Derfor er kunnskapen om å ta vare på egen kropp og helse helt essensielt å lære bort, og derfor bør fysisk aktivitet bli en mye større del av grunnskolen, både teoretisk og praktisk. Samtidig må fysisk aktivitet integreres i utdanningen av helsepersonell, spesielt for medisinstudenter, som paradoksalt nok har et spesielt mangelfullt kunnskapsnivå om livsstil og helse.

Hvordan kan leger rettferdiggjøre å behandle livsstilssykdommer med medisiner som bare kan vise til en brøkdel av helsegevinstene som en god livsstil gir? I helsevesenet bruker vi kun tre prosent av budsjettet til forebygging. Samtidig er over 80 prosent av utgiftene rettet mot å reparere livsstilsrelaterte plager. Denne utviklingen er langt fra bærekraftig, og vi må bygge opp et samfunn og et helsevesen som forebygger sykdommer i langt større grad enn vi evner i dag.

Bakvendtland

Som leger har vi tatt på oss ansvaret for å forvalte befolkningens helse på den mest hensiktsmessige måten. Det er vår plikt å være talspersoner for helsevitenskapen.

Jeg synes vi jobber i bakvendtland. Vi kan ikke forvente at pasientene satser på endret livsstil når helsevesenet satser på medisiner.

Hvis vi skal klare å bremse sykdomsbyrden må vi være ærlige om vitenskapens krystallklare budskap: livsstil er helse, farmasi er reparasjon.

PASIENTER KAN LIDE AV SENSITIVE TENNER I MANGE ÅR, MEN LØSNINGEN FINNES. HELDIGVIS!

En liten samtale om ising i
tennene kan gjøre en stor
forskjell.

**Ta det opp med dine
pasienter i dag!**



Oppdag en verden av kunnskap innen
munnhelse. For å finne ut mer og få
tilgang til Sensodyne prøvetuber,
skann QR-koden og registrer deg på
www.haleonhealthpartner.com

Lege i Gaza – utfordringer når alt kollapser

– Det er vanskelig å tenke seg at vi som bor her hjemme i Norge kommer i en situasjon der ingenting fungerer, der alt er ødelagt, men det er det som var realiteten i Gaza, sa Bjarte Askeland innledningsvis i sitt foredrag på NTFs landsmøte.

  KRISTIN AKSNES

Han fortalte om hva de hadde opplevd, og viste bilder fra arbeidet på operasjonsstua ved sykehuset hvor han arbeidet på oppdrag for Norwegian Aid Committee (NORWAC) i tre måneder, fra januar til april 2025.

NORWAC ble grunnlagt av norske leger og aktivister i 1983 under den humanitære krisen i de palestinske flyktningeleirene i Libanon. Det er en ikke-statlig organisasjon som bidrar med helsepersonell og utstyr i områder med krig og konflikt, først og fremst i Midtøsten. Askeland arbeider til vanlig som seksjonsoverlege i ortopedisk anestesi ved Haukeland universitetssjukehus i Bergen og som daglig leder i Norsk Anestesiologisk Forening.

– Jeg ble rekruttert fordi jeg har jobbet i konfliktområder tidligere. Da vi kom i januar, var sykehuset heldigvis relativt uskadd. Sykehuset hadde akuttmottak, forskjellige medisinske



Kaos på akuttmottaket etter at våpenhvilen var brutt.

avdelinger og en intensivdeling. Kapasiteten var vanligvis god, men nå var så å si alle sykehusene i området bombet og ødelagt, slik at dette var et av de få sykehusene som fungerte, og nå kom alle pasientene hit, fortalte han.

Leger og sykepleiere var slitne, de hadde mistet venner, familie og hus, og de bodde i kalde og fuktige telt. De hadde lite mat, og de hadde det ikke bra. De var takknemlige for at teamet fra Norwac kunne komme. Teamet besto av en rettsmedisinere, som skulle bistå med blant annet identifisering, en operasjonssykepleier, en kirurg og anestesilegen Askeland.

Det var kaldt og uten oppvarming der de bodde, så de trengte både sovepose og ulltøy. De hadde også med sin egen mat, siden mat var vanskelig å skaffe.

– Vi hørte bønneropene fra minareten hver dag, og det virket beroligende oppi de konstante lydene av droner,



skuddvekslinger og bomber i det fjerne. Men vi vendte oss til det og jobbet som vanlig uten å tenke så mye over det som skjedde, sa han.

Flest krigsskader

Driften besto av mye forskjellig. På tre måneder hadde de 950 inngrep og blant dem rundt 100 hofteinngrep. Skadene skyldes først og fremst fall i mørke telt, trafikkulykker og bombe- og skuddskader. Krigsskadene tok all kapasitet, og alle vanlige tilstander måtte vente.

Aldersfordelingen var annerledes enn i Norge: Pasientene er mye yngre, og det er få over 80 år. Det var veldig få overvektige pasienter, men en god del underernærte og undervektige med redusert sårtilheling og nedsatt immunforsvar. Det var nesten ingen som brukte blodfortynnende, slik som en må være oppmerksom på ved operasjoner i Norge.

– Sengepostene var overfylte og personellet hadde hverken kapasitet eller kompetanse nok til å gi adekvat smertelindring. Redselen for å gi overdoseopioider var høy, og store smerter var akseptert. Det var stor mangel på medikamenter og utstyr, så engangsutstyr ble brukt om igjen. Vi måtte finne kreative løsninger på de utroligste ting. Heldigvis hadde de faktisk gode regler og rutiner for blod og plasma, så vi fikk blod når vi trengte det, fortalte han.

– Svært mange av pasientene var barn. Vi ser at over 70 prosent av de døde og skadde var barn, unge og kvinner. Mangel på alt tenkelig materiell gjorde at mange pasienter måtte skrives ut til kalde telt før de var ferdigbehandlet, fortalte han.

Tannbehandling

Helsetjenesten generelt, også tannhelsetjenesten, i Gaza var ganske god før krigen brøt ut i oktober, men det forverret seg raskt. Mange tannklinikker ble bombet og de mistet utstyr og lokalt personell da krigen begynte. Noen få tannleger gjenetablerte seg i telt og kunne tilby behandling der. Etter at våpenhvilen inntrådte, var det håp om bedring i situasjonen, men når krigen brøt ut igjen, ble det mye verre. Det var ikke en gang mulig å få tak i tannpasta, og heller ikke smertelindring. Nødprosedyrer som ekstraksjoner skjedde uten lokalanestesi.

– Helsevesenet har i beste fall brukket rygg. De har en ekstremt vanskelig situasjon foran seg, sa Askeland.

Brudd på våpenhvilen om natten

– Vi skulle starte hjemreisen den 18. mars, men midt på natten startet krigen igjen. Det første døgnet ble over 400 barn og voksne drept, og et stort antall såret. Så tidlig på morgenvisten ble vi innkalt til sykehuset hvor mange nye pasienter var kommet inn.

– Vårt sykehus ble heldigvis ikke rammet da, det skulle skje en uke senere. Men Nasser sykehus ble bombet i dette angrepet fordi de sannsynligvis hadde en Hamas-politiker til behandling. Derfor sendte israelske militære en rakett

inn i kirurgisk avdeling og drepte både politikeren og mange andre.

– Da sykehuset jeg jobbet ved ble bombet og ødelagt, var grunnen at Israel mente det var en Hamas-soldat i en tunnel under huset. Nesten 30 mennesker ble drept og det ligger et stort antall døde begravet i ruinene. Det eneste spesialsykehuset for kreftbehandling i Gaza ble også sprengt, men var heldigvis evakuert da det skjedde, fortalte Askeland.

Mange udetonerte bomber utgjør en stor fare for sivilbefolkningen, og Askeland viste flere bilder av de alvorlige skadene de fikk inn. Myndighetene ønsker å rydde opp så fort som mulig, men folk blir stadig drept av denne typen bomber.

– Det var ikke lenger trygt å bo der vi bodde, så vi flyttet inn på sykehuset, hvor det var tykkere vegger. Det var kanskje ikke så komfortabelt, men vi hadde ingenting å klage over, vi hadde madrass og et teppe, sa han.

Alltid lyspunkter

– Og så er det jo alltid lyspunkter: Vi opererte og reddet mange barn og voksne til stor glede for både oss og dem. De ansatte ved sykehuset viste at de satte pris på oss og delte humus og ris av og til, selv om de hadde lite selv. Under ramadan, hvor alle andre fastet om dagen, fikk vi allikevel te og litt sjokolade, for de ville ikke at vi skulle gå sultne., fortalte han.

Alle lider, men barna lider mest

– Genèvekonvensjonen, som er underskrevet av Israel flere ganger, brytes ifølge de fleste som kan dette. Det er ikke lov

å angripe sivile, det er ikke lov til å angripe helsepersonell, og det er ikke lov å bruke midler som sult for å nå militære mål, sa han.

– Barna lider aller mest. Og det er i alle fall ingen tvil om at de er uskyldige når de er fem, seks år. Vi fikk inn mange barn som var skutt i hodet. Ett barn med skudd i hodet er kanskje en tilfeldighet, men det gjentok seg stadig. Det er sterkt kritikkverdig og forferdelig, sa Askeland.

Han fortalte at det var vanskelig å akseptere at så mange uskyldige ble alvorlig skadet. Det var også et stygt eksempel på at et spebarn døde av sult i det kalde teltet de bodde i utenfor sykehuset. Forholdene blir gradvis verre fordi de får lite mat, og folk han arbeidet sammen med var avkrefte av sult. Sykehusene har svært lite utstyr og medisiner, og hvis det ikke bedres radikalt, advares det mot at det kan dø svært mange mennesker. Gaza vil trenge en holdbar fred og bistand utenfra i mange år framover.

Anbefaler alle som har mulighet til å dra

– Etter at jeg kom hjem skvatt jeg litt når jeg hørte fly som passerte over huset, for i Gaza, når du hørte fly, kom det en rakett rett etterpå. Og hvis noen av dere tenker på hvordan det er å reise ned og arbeide i noen måneder, så er det jo selvfølgelig veldig tøft, men det er også veldig sterkt og fint å kunne gjøre dette. Og redselen for å bli skadet eller drept er ikke så sterk som man har sett for seg på forhånd. Den statistiske risikoen for å bli drept er faktisk veldig lav. Så jeg vil anbefale alle som kan eller har mulighet for å dra ned til områder der det er ufred og hvor sivilbefolkningen trenger hjelp, om å gjøre dette, avsluttet Askeland.



Kursoversikt

Benregenerering i praksis: Livekirurgi og hands-on med GTO

Oslo 12. januar kl. 17.00–20.00

Kursholdere Hauk Øyri og Shores Afnan

– *Spesialister i oral kirurgi og oral medisin*

Ekstraksjon av tannen og håndtering av ekstraksjons-alveolen. Lær enkle grafting-protokoller og prinsipper for best mulig estetikk ved benregenerering. Det blir livekirurgi med videooverføring og enkel hands-on.

Piezokirurgi og biomaterialer – Sestri Levante, Italia

7.–10. mai *Kursholder Dr. Claudio Stacchi,*

President i den italienske foreningen for oralkirurgi

Minimalt invasiv sinusløfteknikk – nye tilnærminger.

«Hvordan oppnå forutsigbar og god benhøyde ved minimalt invasiv sinusløfteknikk?» Teori og hands-on.

Kursdag for tannpleiere – Claire McCarthy (Oslo og Trondheim)

Trondheim: onsdag 25. feb. / Oslo: fredag 27. feb.

Kursholder Dr. Claire McCarthy

MINST – Minimally Invasive Non-Surgical Therapy.

Hvordan utnytte din ultralydscaler på beste måte?

Lær presise teknikker og forbedre klinisk effektivitet og pasientresultater. Vevsbevaring, pasientkomfort og langsiktige resultater.

Brånemark Osseointegration Center – Marseille, Frankrike

1.–2. juni *Kursholdere Dr Patrick Palacci og Ulf Nannmark*

Kliniske utfordringer knyttet til hard- og bløtvev. Utvid din kirurgiske kompetanse og lær av mesterne. To dager med live-kirurgi hvor du er observatør bak en glassvegg. Komplekse kliniske case innen benoppbygging, bløtvevs-håndtering og implantologi vil bli drøftet og utført.



Primær-endodonti & Endodontiske rotreparasjoner

EndoInn, Oslo 23. januar kl. 09.00–12.00

Hands-on: siste generasjon filer, XP4D. Minimalt invasivt utrensning. Nå kan du rense ut irregulære, ovale kanaler med standardisert apikal boks på 3,5 mm.

EndoInn, Oslo 23. januar kl. 13.00–16.00

Hands-on: mer avansert endodontisk behandling: koronale og apikale perforasjoner og reparasjon av furkasjoner og strip-perforasjoner. Bruk av biokeramer.



TECHNOMEDICS

www.technomedics.no/kurs

Åsted Lillestrøm – hva gjør rettsodontologen?

Et overfall med døden til følge. Hva gjør politiet, og hva har tannlegen med saken å gjøre?

✍️ ELLEN BEATE DYVI

Førsteamanuensis og rettsodontolog Simen Kopperud og Kripos-etterforsker Mats Lilleskjæret kom til NTFs landsmøte og iscenesatte et tilfelle av overfall, der en person som følge av overfallet ble erklært død.

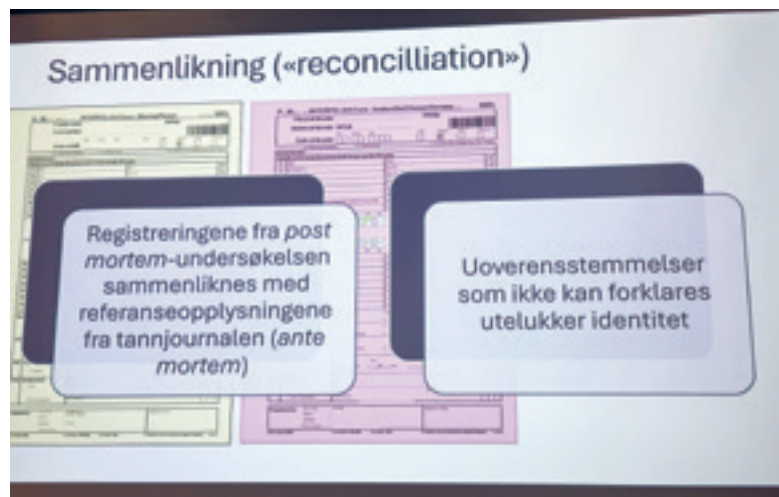
Med dette som utgangspunkt fikk tilhørerne en innføring i gangen i et etterforskningsarbeid, med hovedvekt på rettsodontologens rolle i identifiseringsarbeidet.

Polities oppgaver ved funn av en død person er å etterforske med sikte på å avdekke hva som er skjedd, hvem som er involvert og om noen kan straffes for det som er skjedd.

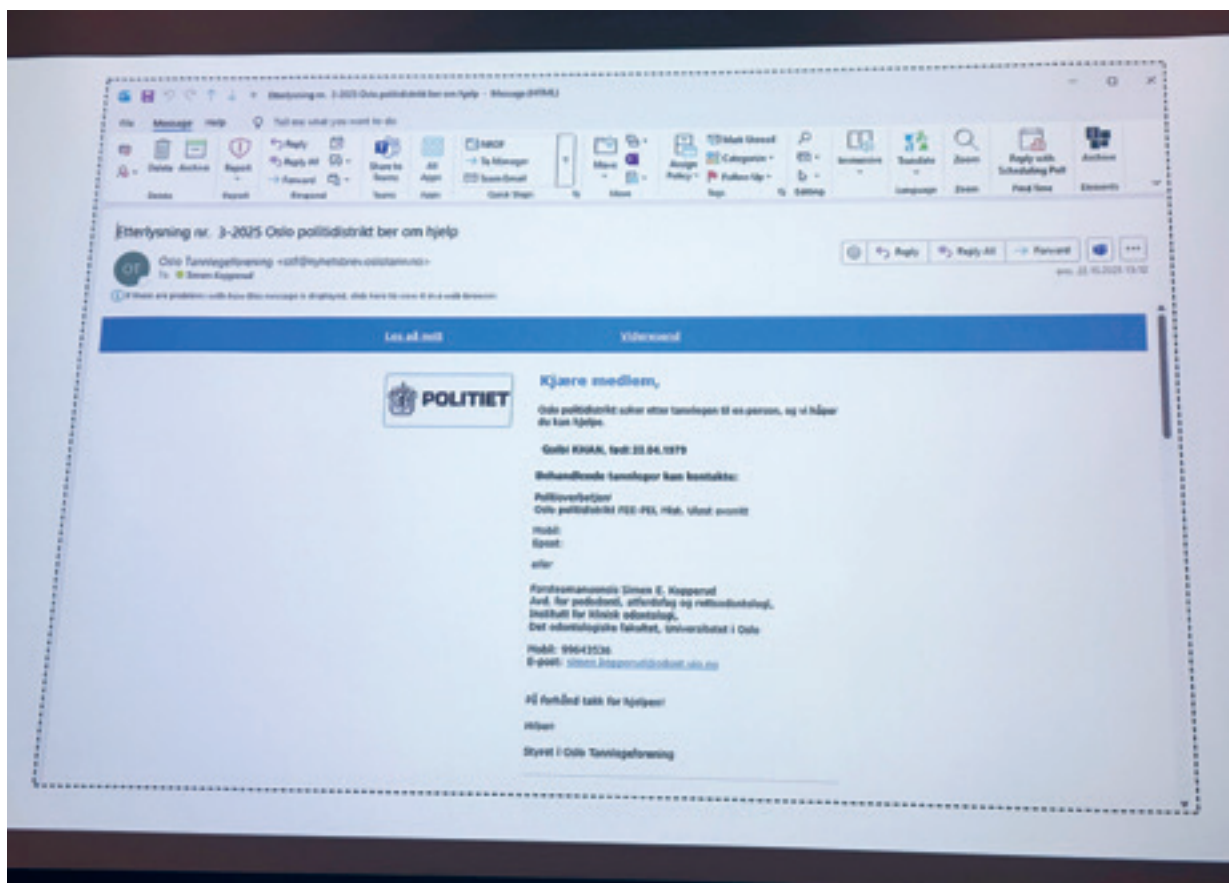
Det er videre politiets oppgave å identifisere. Det er altså politiets ansvar å identifisere avdøde, og i det arbeidet er det flere som kan konsulteres. Rettsodontologer står ofte sentralt i identifiseringsarbeidet etter enkelthendelser som den som ble iscenesatt på Lillestrøm, samt dødsfall etter ulykker eller andre kriminelle handlinger, sammen med rettsmedisinere og kriminalteknikere. Hovedidentifiseringssporene er DNA, fingeravtrykk – og tannopplysninger, der tannleger og rettsodontologer blir de sentrale.

For tannlegene er det journalopplysninger kombinert med funn på avdøde det som avgjør om det er mulig å foreta en identifisering.

Sentralt i arbeidet står to skjemaer, ett rosa og ett gult. Det rosa skjemaet inneholder opplysninger fra undersøkelsen av avdøde, mens det gule skjemaet inneholder opplysninger fra journal. Hvis det er tilstrekkelig samsvar



Hvis det er tilstrekkelig samsvar mellom opplysningene fra post mortem-undersøkelsen (rosa skjema) og opplysningene fra journal (gult skjema) kan rettsodontologen konkludere med å fastslå identifisering.



Alle tannleger kan få e-post med spørsmål om de er behandlende tannlege til en person som politiet søker hjelp til å få identifisert. Navngitt person i denne e-posten er tannlege og representerer Universitetet i Tromsø i NTFs etterutdanningsutvalg og spilte offeret i det iscenesatte overfallet på Lillestrøm. Han er ikke søkt identifisert av politiet.

mellom opplysningene fra post mortem-undersøkelsen (rosa skjema) og journalopplysningene (gult skjema) kan rettsodontologen konkludere med å fastslå identifisering.

Rettsodontologen konkluderer alltid med én av de disse fire alternativene: odontologisk identitet fastslått; sannsynlig; mulig eller utelukket.

Alle tannleger kan bli kontaktet

Som tannlege vil du ikke bli kontaktet og bedt om å foreta undersøkelser av avdøde eller utføre identifiseringsarbeid. Dette er det rettsodontologene som gjør. Det du imidlertid kanskje har opplevd, eller kanskje vil oppleve, er å motta

en e-post fra lokalforeningen din der de spør om du er tannlegen til en navngitt person. I e-posten står det at x politidistrikt søker etter tannlegen til en navngitt person, og håper du kan hjelpe. Det opplyses videre at du kan kontakte enten politiet eller rettsodontolog dersom du er behandlende tannlege til vedkommende det spørres om og har journalopplysninger.

Ved utlevering av journalinformasjon er det viktig å gi mest mulig informasjon. Dersom politiet kun etterspør siste bitewing bør tannlegen i tillegg utlevere så mye informasjon som mulig, slik at rettsodontologene får mest mulig data og best mulig grunnlag til å kunne konkludere.

Oppmerksomt nærvær – igjen

Mindfulness, eller oppmerksomt nærvær, er en metode for stressmestring og selvutvikling. Metoden har dokumentert effekt.

 ELLEN BEATE DYVI



Håkon Ruud og Cathrine Helgø Sasson la inn et par meditasjonsøvelser for å vise hvordan en kan øve på oppmerksomt nærvær.
Foto: Tonje Camacho

Ikke et landsmøte uten mindfulness. Det var i hvert fall på programmet i år, som i fjor – og som tidligere år. Vi har hørt det før, og hører det gjerne igjen. Et kjent tema, og et godt budskap. Denne gangen kom psykologene Cathrine Helgø Sasson og Håkon Ruud, som sammen er kursholdere i mindfulness. De benyttet anledningen til å markedsføre sitt eget kurs, samtidig som de ga de fremmøtte en innføring og noen enkle øvelser.

Hva er mindfulness?

De fleste har kanskje hørt om det, og vært borti det? Det er en velprøvd og god metode, vel verdt å kikke nærmere på.

Alle har evnen til oppmerksomt nærvær, og alle kan trene seg opp. Det er en måte å være til stede her og nå på, i stedet for å bekymre seg for fremtiden eller gruble over fortiden.

Det handler om å være fullt til stede i øyeblikket – med et åpent og vennlig sinn. Det betyr at du retter oppmerksomheten mot det som skjer akkurat nå, uten å dømme eller prøve å endre på tankene, følelsene eller sansningene du har. Mange sammenligner det med å være ute i naturen og virkelig legge merke til lydene av fugler, vinden som rusker i trærne og følelsen av bakken under føttene.

Vi er våkne og oppmerksomme på en ikke-dømmende måte. Vi erfarer det som skjer uten å bli fanget i en strøm av tanker eller følelser.

Dette vil gjøre det lettere å handle og ta valg på en bevisst måte, i stedet for å reagere automatisk og ubevisst. Mindfulness er en selvutviklingsprosess som kan hjelpe oss til å oppnå større innsikt i forhold til hva som skjer både inne i og utenfor oss selv.

Mindfulness stammer opprinnelig fra buddhistisk tradisjon, og har de siste tiårene blitt populært i vestlige helsetjenester og i hverdagslivet. Det brukes ofte som en metode for å redusere stress, øke livskvalitet og styrke psykisk helse.

Øvelser kan for eksempel være meditasjon, pusteøvelser eller bare å legge merke til daglige gjøremål, som å drikke kaffe eller gå en tur, med oppmerksomhet og nysgjerrighet.

Mange opplever at regelmessig trening på oppmerksomt nærvær gir bedre konsentrasjon, roligere sinn og større evne til å håndtere utfordringer. Mindfulness er ikke en quick fix, det er en ferdighet som styrkes over tid, litt som å lære seg å gå på ski eller sykle. Det viktigste er å være vennlig og tålmodig med seg selv og øve, gjerne litt hver dag.

Årets julegave til klinikken?



DentalCall

Improving efficiency

Behandlere

- ✓ er raskt tilgjengelige ved behov

Sekretærer

- ✓ kan mer effektivt utføre sine andre oppgaver på klinikken
- ✓ kan enklere assistere flere behandlere ved fravær

Klinikken

- ✓ opplever mindre stress og støy
- ✓ får bedre arbeidsmiljø og fornøyde pasienter

Pasientene

- ✓ kommer lett i kontakt med dere
- ✓ føler seg trygge og ivaretatte

Passer alle klinikker – uansett størrelse!

300+ klinikker benytter DentalCall

TEST DentalCall – uten kjøpsforpliktelser

Bli kjent med DentalCall før beslutning om kjøp

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

Bytt ut melodispillende ringeklokker og roping!



Som kanskje ikke høres og forstyrrer alle på klinikken

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



a concept by **CSN**

Nordental 2025: Romslig og oversiktlig

Årets Nordental var, som det pleier, en innholdsrik og sosial arena – og var på mange måter navet i NTFs landsmøte 2025 i Nova Spektrum på Lillestrøm.

  **KJETIL REPPEN**

Den romslige utstillingshallen var oversiktlig og innbydende, og dentalbransjen hadde laget flotte, publikumsvennlige stands som var godt bemannet med hyggelige og kompetente folk.

Det var gjort et par gode endringer i layouten på selve utstillingen, og NTFs torg fremsto større og mer innbydende og hadde enda flere sitteplasser. Ved å åpne opp direkte inn til den store kurssalen fra utstillingen ble helheten mye bedre.



Det var også nok serveringssteder rundt omkring på messen.

Torget fungerte i tillegg som en arena for korte presentasjoner av produkter, idéer, presentasjoner av masteroppgaver, diskusjoner og prisutdelinger. Dette var en godt besøkt arena.

Klinikkstrukturen i tannlegebransjen er i endring. Kjeden vokser, og dermed blir det færre innkjøpere. Dette kan nok by på utfordringer for dentalbransjen, men det store besøket på Nordental og tannlegenes åpenbare interesse for å orientere seg om produkter og nyheter er bra for bransjen.

De nesten 100 utstillerne fortalte om stor pågang og mange bestillinger.

Nordental 2025 bød på et godt tverrsnitt av det bransjen har å by på. Ikke så mange store nyheter, men flere små.

Mye handlet om bedre utgaver av kjente produkter, og hvis man skal peke på trender, så må det være at KI inntar bransjen i stort tempo, først og fremst når det gjelder røntgen.

Uniter ble vist frem av mange utstillere. Her er det mye å velge mellom, og det finnes noe for enhver smak og lommebok.

Unident presenterte en velutstyrt toppmodell fra Anthos.



Skaar presenterte en XO-unit. XO hadde også en egen stand.



Tonne viste den flotte toppmodellen til Fimet.



Også Jacobsen og Planmeca hadde et flott utvalg av uniter. Utvalget er godt, og det er også kvaliteten.



Dental Sør viste en KaVo-unit i tillegg til en helt ny Heka-unit som absolutt bør vurderes hvis nytt skal kjøpes.



På hygiene- og profylaksesiden var det mange utstillere. Zendium viste sine produkter.



Colgate hadde en innbydende stand.



Paradontax var på plass, og det var TePe også.



Hos Jordan var det godt besøk.



Sensodyne fortjener ekstra ros for sin stand. De hadde rigget til et lite klasserom og hadde mange presentasjoner som var godt besøkt. Bra Sensodyne!



Flux hadde som vanlig en fin presentasjon av sine produkter.



Når det gjelder journalsystemer, er Opus mest brukt i Norge, men nye konkurrenter dukker opp.



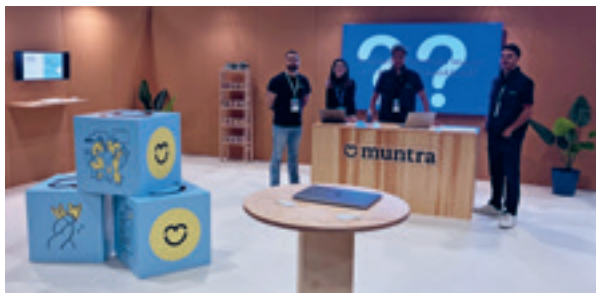
Sonett dukket opp i fjor med et gjennomarbeidet system med stadig flere brukere og de fikk også i år pris for årets beste stand!



Flere av de store tannlegekjedene hadde stand der interesserte kunne få god informasjon om jobbmuligheter. Colosseum var på plass.



Muntra er en ny svensk konkurrent med et skybasert journalsystem.



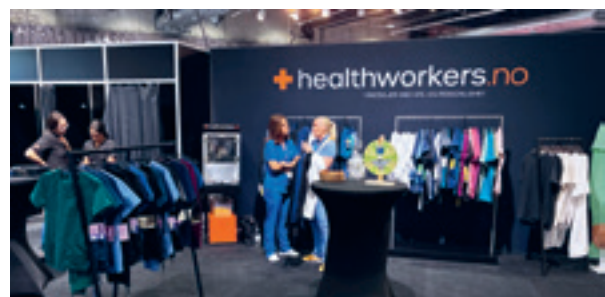
Det var også Oris.



En god sessel er tannlegens beste venn i hverdagen. Ergooptik presenterte PJ-stolen. En helt ny sessel med optimale kvaliteter, som bør prøves.



Flere kjente utstillere var også på plass med klinikkutrustning. Healthworker hadde en stor stand.



Også Tonne hadde godt utvalg av sessler.



Sverre Monsen presenterte også sin kolleksjon.



Komposittene blir stadig bedre, både med hensyn til håndtering og kosmetisk resultat.

Solventum og Voco viste frem sine forbedrede produkter.



Det handler om færre farger og bedre «kameleoneffekt».

Flere laboratorier hadde funnet veien til Nordental. Tannlab og Artinorway var godt til stede.



Det er mange leverandører av instrumenter og forbruksartikler, og de presenterte sine utvalg.

Årets nykommer, Odonto.no, har ambisjoner om å konkurrere med rabattene som de store kundene får andre steder. Samme pris til alle.



LIC viste sitt assortiment av håndinstrumenter fra American Eagle.



De presenterte også Quicksleeper, et produkt for komfortabel lokal anestesi.



Dental Direct hadde mye å by på.



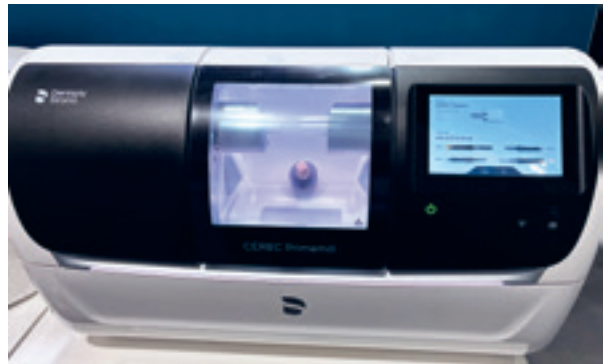
De viste også Examvision lupebriller, en publikumsfavoritt.



Det hadde også Novus og Dentsalpar.



Jacobsen Dental viste blant annet dagens Cerec-modeller og Primescan 2. Det er 40 år siden den første Cerec-modellen så dagens lys!



Technomedics viste en interessant endomotor med apexlokator og hadde som vanlig en stor og interessant stand med absolutt alt som finnes av håndinstrumenter. Veldig bra!



Jacobsen Dental presenterte også sin skybaserte kommunikasjonsplattform DS Core der alle klinikkens digitale filer kan samles på ett sted.



Zeiss presenterte mikroskop av topp kvalitet, et viktig hjelpemiddel for mange.



Zirkonzahn viste frem en millingunit i toppklasse.



NSK hadde mye interessant å vise frem på sin stand, blant annet autoklaver.



Klinikkinnredning er også tilgjengelig på Nordental. Climo er en kjent leverandør.



Her var det også uniter og et stort utvalg av roterende verktøy.

Durr hadde som vanlig en ryddig og oversiktlig stand. En ny skanner sørger, ved hjelp av KI, blant annet for at røntgenbildene som kommer på skjermen er snudd riktig vei.



Det samme er Dandent.



Tannlegenes regnskap kan det være greit å få kompetent hjelp til. På Nordental var det tilbud å hente. Både Folkvang og Azets retter seg mot tannleger.



DentalCall er et velutviklet callingsystem for klinikker med litt flere behandlingsrom. Systemet brukes av mange store klinikker og av kjedene, og kan settes opp på ulike måter for å møte ulike behov.



Også i år var Anestesi-spesialisten på plass på Nordental. Et ambulerende team med alt nødvendig utstyr tilbyr narkose på «din» klinikk.



Svekket hørsel kan for mange bli et problem med årene. Hearsafe tilbyr individuelt tilpasset arbeidsbeskyttelse velegnet for tannleger. Cirka 100 tannleger benytter dette tilbudet årlig!



NPE, Helfo, Tannhelsetjenestens kompetansesenter og Tannhelsesekretærenes forbund var alle representert med hver sin informative stand.



Det samme var Niom og Trinnvis.



Hygiene og renhold på klinikken er viktig. Det finnes kompetanse og god hjelp å få. Et firma som tar seg av dette er Elis. De leverer også klinikk-tøy og en rekke produkter rettet mot klinikkhygiene.



Også Tannhelse uten grenser hadde stand. Hvert år reiser en rekke norske tannleger som frivillige helsearbeidere til land i Afrika for hjelpe til på ambulerende klinikker.



AirFlow er vel godt kjent av de fleste og de var godt representert på Nordental med en flott stand.



Årets Nordental fungerte optimalt både for utstillerne og for de godt over 1 000 tannlegene som var landsmøtodeltakere. I tillegg var utstillingen god besøkt av mange tannpleiere og tannhelsesekretærer.

Messeområdet var romslig, oversiktlig og innholdsrikt. Med en dentalbransje som var godt forberedt bør alle være fornøyde.

Vi ses i Stavanger neste år.



Samarbeid og kunnskapsdeling er styrken vår



Oris Dental har et sterkt lag av spesialister og allmennpraktiserende tannleger. Sammen er vi et faglig sterkt nettverk, som gjennom interne kurs og regelmessige interdisiplinære kasusmøter deler kunnskap og erfaringer. Med det sikrer vi høy kvalitet og trygghet for både behandler, henviser og pasient.

“Kunnskap er alfa, samarbeid omega. Et sterkt faglig felleskap gir pasienten din best mulig utgangspunkt for god behandling.”

Malene Øen
Spesialist i periodonti



Trygg henviser

Teknologi

Omsorg

Faglig forankring



Av tannleger – med tannleger
– for pasienten



De siste entusiastene

✎ SISSEL GRØNNING HARAM

Kullet vårt har 55-årsjubileum i år, og i den anledning avtalte vi en befaring på vårt kjære gamle fakultet i Geitmyrsveien i Oslo. Den 27. august troppet vi opp og ble møtt i resepsjonen av en opplagt dekanus Hans Jacob Rønold og en ditto universitetslektor Ole Morten Kulbraaten.

Vi fikk utdelt hvite frakker, og så måtte vi på forelesning i Store auditorium, hvor vi benket oss sånn noenlunde som

vi gjorde før. Her ble det fotografert, og muntert så vi at det ikke var helt ulikt et tannsett - noen tenner manglet riktignok!

Deretter ble vi geleidet rundt i huset og fikk flere flinke folk i tale. Til slutt en runde på «Voksen» eller «Kons.», som vi kalte det den gang. Kulbraaten orienterte om mye nytt i forhold til før, og vi var slett ikke sikre på om at alt er bedre nå... Men de nye simulatorene gjorde inntrykk!



Avgangskullet fra 1970 på forelesning i Store auditorium i august 2025. Foto: privat.



Foto: privat.

Grunnen til overskriften er at det var navnet på vår revy. Og grunnen til det navnet igjen, var at vi var historiens siste fireårige kull, altså «De siste entusiastene», inspirert av Povel Ramels revymusikal «Dom siste entusiasterna» som kom året før.

Revyen ble laget i det eneste eksamensfrie semesteret, for vårt vedkommende våren 1969. Vi øvde hele våren og hadde én forestilling i en fullsatt kantine. Ekte revyer spiller tiden vi lever i, og som det fremgår av bildene, var vi midt i fluormotstand og kvinnefrigjøring: Vi var tross alt 68-ere!

Det var enkle saker, kostymene var omsyddde klinikkfrakker, og tekster, instruksjon og koreografi ordnet vi selv. Men melodiene var evergreens, og vi hadde proff musiker: Kulling og kapellmester Oddbjørn Blindheim var og er en pianist av klasse.

Med hilsen en fortsatt entusiastisk arrangementskomité for de som var de nye tannlegene i 1970.



Foto: privat.



Er det realistisk med slike bevilgninger til tannhelse når vi ser statens gjerrighet til Helfo-ordningen?

Den universelle tannhelsetjenesten og NTF

✍ **HENNING LEM, MNTF, LÆRDAL, LARDALTANN@GMAIL.NO**

Valget er over og vi vet nå at Sosialistisk venstreparti og Rødt vil kjempe for å implementere sin versjon av den universelle tannhelsetjenesten.

Slik jeg leser disse partier er det en målsetning at staten overtar ansvaret for tannhelsetjenesten, og at staten igjen også overtar ansvar for prissetting. I mange utspill før valget, særlig fra Rødt, skinner det igjennom at man anser prisene på tannhelsetjenester i privat sektor som altfor høye. Ja, det rimer jo godt med dette partiets oppfatning av denne gruppen såkalte helseprofitører.

Så har vi vel også en yrkesgruppe som vi kan kalle meningsprofitører. Og for enkelte medlemmer i denne gruppen synes ikke engang meningsprofitten å være tilstrekkelig, slik at inntekten må suppleres med inntekt fra andre aktiviteter. Vel, dem om det.

Som medlem av Tannlegeforeningen er det to ting jeg savner i debatten som råder om universell tannhelsetjeneste: For det første burde NTF ta tydelig og sterk avstand fra at tannleger fremstilles som helseprofitører. For det andre burde man dratt en rød linje ved en tilbakegang til statlig fastsatte takster.

Presidenten sier i sitt svar til Carl Christian Blich i Tidende nr. 6, svar del 2 sitat:

Det er NTFs primære oppgave å ivareta tannlegenenes økonomiske, sosiale og faglige behov – en jobb vi gjør hver dag. Men sant skal sies: Noen ganger overgår politiske valg

og føringer både logikk og gode faglige råd. NTF må etter beste evne representere sine medlemmer, men også innse at vi (dessverre) ikke er enerådende i forvaltningen og utviklingen av tannhelsetjenestene i Norge.

Det kan så være, men NTF kan og bør ha et klart standpunkt: Fortsatt fri prisfastsettelse og konkurranse. Dette trenger ikke utredes.

Så til spørsmålet om en universell tannhelsetjeneste.

Personlig har jeg aldri forstått hvorfor tenner, og for den saks skyld øyne og ører ikke skal innlemmes i velferdsstatens ytelser og nyte godt av de samme refusjonsordninger som sykdommer og skader for øvrig. La oss tenke oss en overvektig person som spiser, drikker og røyker på seg hjerteinfarkt og diverse livsstilssykdommer. Da dekker det offentlige utgiftene for behandling. Om de samme uvaner gir karies med behov for omfattende konserverende og eller protetisk behandling overlates man til seg selv. Går man på fylla, faller og brekker armen, får man behandling til en lav egenandel. Slår man samtidig ut en tann, får man riktignok dekket en del av Helfo, men på langt nær alt. At befolkningen og politikere ser på dette som en urimelighet er naturlig. Spørsmålet er hvordan man løser urimeligheten.

Når man hittil har latt urimeligheten forbli, er det selvsagt fordi politikerne har erfart at dette er noe befolkningen finner

seg i og i all hovedsak makter å betale for selv, så da kan man bruke penger på noe annet. For det er jo ingen tvil om at den norske stat har penger til å finansiere dette om viljen er til stede. Så er det merkelig nok slik at jo rikere staten blir, synes befolkningen å bli fattigere, og ønsket om å inkludere tannhelse i velferden kommer til overflaten både politisk og fra folkedypet.

Spørsmålet som skal utredes og forskes på i det lange og det brede trenger kanskje ikke å være så vanskelig: Hva som er nødvendig tannbehandling, og hva det skal koste?

Hva som er nødvendig tannbehandling har vi allerede et utmerket arbeid på, nemlig veilederen *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten* med undertittel: en veileder i bruk av faglig skjønn ved **nødvendig tannbehandling**. Så må veien bli til mens man går slik som med dagens Helforefusjonsordning, men dette heftet bør danne et godt grunnlag.

Når det gjelder kostnad og gjennomføring har vi jo allerede et system gjennom Helfo som fungerer. Det er implementert i alle EPJ-systemer på markedet. I stedet for de forskjellige innslagspunkt man har i dag, innfører man ett innslagspunkt som dekker all tannbehandling, som brukes hver gang man behandler. Man bør i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) gå tilbake til den gamle ordningen med fri tannlege 0-18, eventuelt utvide til 20 (for å gi litt til de røde), i tillegg til de andre prioriterte gruppene. Etter 20 gjelder så refusjon for tannbehandling via Helfo. Behandling som medfører kostnader over frikortsgrensen. (Hvorfor en egen grense for tannbehandling?), refunderes fullt ut i forhold til Helfo sine takster. Det vil derfor være slik som i dag at egenbetaling etter refusjon vil forekomme fordi tannlegens honorartakst er høyere enn Helfo sine honorar og refusjonstakster. Men en pasient som går

til en tannlege som honorerer likt med Helfo sine takster vil da få gratis tannbehandling for utgifter som overstiger frikortsgrensen. Om det kun er økonomi som betyr noe for pasientens valg av tannlege, må man da oppsøke tannleger med honorartakster mest mulig i samsvar med Helfo sine takster. Disse burde for øvrig settes som et gjennomsnitt av takster i markedet.

Det er ca. 5 000 tannleger i Norge, ca. 70 prosent i privat sektor. La oss si at disse i snitt omsetter for ca. 4 millioner i året, så utgjør det ca. 14 milliarder i samlet årsumsetning. La oss anta at 75 prosent av denne omsetning vil overstige frikortsgrensen, slik at ca. 10 milliarder kroner er det beløpet staten må dekke for tannlegetjenester via Helfo.

Det man derfor i realiteten snakker om er hvorvidt det politiske flertallet er villige til å ta denne utgiften. Etter mitt syn en liten utgift det burde være enkelt å finne rom for om viljen er der. Stikkord: Det sløses og bevilges penger til mye rart i Norge.

Så hva er så min konklusjon? Istedenfor å la seg dra med inn i uendelige utredninger og drøftelser burde NTF være helt konkret både i forhold til faglig innhold, prisregulering og potensielle kostnader, og stå fast på disse beskrankninger.

Så til kardinalspørsmålet: Er det realistisk med slike bevilgninger til tannhelse når vi ser statens «gjerrighet» hva gjelder bevilgninger til Helfo-ordningen? Vi ser nedleggelse og innskrenkninger i skole og sykehussektoren. Ser man bort fra bevilgninger til bygging av et nytt regjeringskvartal synes det å være knapphet på midler overalt. Så da antar jeg at nødvendige bevilgninger ikke vil komme på plass på kort sikt.

Så istedenfor å finansiere tannbehandling for 20-28-åringene som en del av et politisk stemmefiske, og som for øvrig fratar

privat sektor som er bærebjelken i norsk tannhelsesektor en ikke ubetydelig del av deres inntektsgrunnlag, finnes det da bedre og mer fornuftige alternativ? NTF har prisverdig vært imot denne «reformen», men samtidig viser vel mangelen på gjennomslag at foreningen står svakt mot det politiske miljø. Det er et tankekors.

Våre eldre beholder nå tennene inn i alderdommen og dette skaper store utfordringer. Mitt inntrykk er at oppfølgingen fra DOT på sykehjemmene ikke er tilfredsstillende. Vi har vel alle fått inn pasienter der det er full kollaps med nedkarierte tenner som følge av ugunstig kosthold og mangelfullt renhold. En måte å få en vesentlig bedring på dette vil være å etablere tannlegekontor på alle landets sykehjem. Dette var for øvrig en hjertesak for den kjente oralpatologen professor Tony Axell. Dessverre ble han ikke lyttet til. Da ville oppfølging bli mye lettere, man kunne få utført akutt og elektiv behandling på en mye bedre måte. Det er ca. 850 sykehjem i Norge. Om man anslo kostnaden med å få etablert et tannlegekontor til 1-1,5 millioner, ville tiltaket ha en kostnad på mellom 850 millioner og 1,3 milliarder. En lav sum i et norsk statsbudsjett, som kunne fordeles over den tiden det ville ta å gjennomføre. Det burde være enkelt for NTF å dokumentere at dette er en mye mer riktig anvendelse av fellesskapets midler om man ønsker å oppnå bedre tannhelse, lindre smerte og plage, samt å bedre den generelle helsetilstanden til våre institusjonaliserte eldre.

Representantskapet møtes i disse dager for å diskutere fremtiden for norsk tannhelse. Kanskje det er her man bør begynne når tannhelsesektoren skal reformeres. Så får vi håpe NTF har kraft nok til å løse utviklingen av den universelle tannhelsetjenesten inn på rett spor. Den som lever lenge nok, får se.



Politikerne vil ikke tilføre midler til stønadsordningen uten å kunne regulere egenandelen pasientene må betale.

En tannhelsetjeneste for alle

HEMING OLSEN-BERGEM, PRESIDENT I NTF

La det være sagt, en gang for alle: NTF har gjentatte ganger reagert og protestert, muntlig og skriftlig, på politikeres uttalelser om at næringsdrivende tannleger er helseprofitører. Vi kjenner oss rett og slett ikke igjen i en slik beskrivelse av våre medlemmer.

Det er vårt absolutte standpunkt at tannlegene, til tross for fri prissetting og fri etablering, arbeider nøkternt til det beste for befolkningen. Videre mener vi at tannhelsetjenesten må være faglig styrt og tjenesten må, som andre helsetjenester, forholde seg til prioriteringskriteriene. Vi har også bestilt en rapport om privat sektor (Oslo Economics) som viser dette. Denne rapporten har vi hyppig delt med politikere innen alle partier på Stortinget.

Vi mener også at tannhelsetjenesten fremover må ha som premiss at man får til et bedre offentlig (les: statlig)/privat samarbeid. Det må legges til rette for samarbeidsmodeller som gjør at privat tannhelsetjeneste ønsker å være en del av løsningen og det helhetlige tannhelse-tilbudet til befolkningen. Det betinger også at eventuelle samarbeidsformer er tilrettelagt på en slik måte at de private selv ønsker å delta.

Det er mange årsaker til at NTF ønsker endringer i tannhelsetjenesten. Vi ønsker at hele befolkningen skal ha mulighet til å få nødvendig tannhelsehjelp. Underforstått ønsker vi derved også at tannlegene skal ha tilstrekkelig med pasienter slik at

virksomheten, uavhengig av om den er offentlig eller privat, er bærekraftig og samfunnsøkonomisk lønnsom. Munnhelsen er god i Norge og i Skandinavia – for det brede lag av de ressurssterke i samfunnet. Men det blir stadig tydeligere at forskjellene i de ulike samfunns-lagene øker. Antallet mennesker i Norge som ikke går til tannlege, og som ikke gjennomfører anbefalt behandling, går opp. Da må også vår helsetjeneste tilpasse seg, samtidig som vi sikrer at det å være tannlege fortsatt er et attraktivt yrke.

Jeg opplever det Henning Lem skriver som fornuftig. NTF har tydelig uttalt at tannhelsetilbudet må være tilgjengelig for alle, og det er ikke et urimelig estimat at det vil koste rundt 10 milliarder for å oppnå dette (avhengig av hvor mye behandling som dekkes og egenandelen pasientene skal betale). Dette avhenger selvsagt av at vi klart definerer hva som er nødvendig tannbehandling.

Vi deler synet på at veilederen *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten* gir et solid faglig grunnlag for å definere hva som er nødvendig tannbehandling. Samtidig må vi erkjenne at både faglig utvikling og samfunnsmessige endringer gjør det nødvendig å gjennomgå og eventuelt revidere veilederen. NTF ønsker derfor en bredt sammensatt gjennomgang for å sikre at veilederen fortsatt er relevant og oppdatert – en revisjon vil derfor ikke være nok.

NTF har vært tydelig på at vi ønsker en konsekvensutredning av reguleringer, avtaler og organisatoriske føringer for offentlig (les: statlig)/privat samarbeid før dette gjennomføres. Hvis vi ønsker mer finansiering fra staten, vil staten komme til å innføre reguleringer for å sikre at friske midler kommer borgerne (pasientene) til gode. Dette signalet har vi fått fra partier på både rød og blå side i politikken. Det vil derfor gjelde både for økte midler gjennom folketrygden (Helfo) eller andre ordninger.

Med andre ord vil ikke politikerne tilføre midler til folketrygdens stønadsordning uten å samtidig kunne regulere egenandelen pasientene må betale. Sammen må vi derfor finne løsninger som sikrer tannlegene gode arbeidsvilkår og samtidig sikre at midlene går til nødvendig tannbehandling til befolkningen.

Vi har vært tydelige på at vi ikke ønsker en ordning lik den vi sa opp på 1990-tallet. Hvis vi skal godta en ny ordning, må det være fordi våre medlemmer ønsker det. Avtalen må være god, holde seg gjennom mange år og følge prisutviklingen i samfunnet. Vi har tidligere gjennomført en spørreundersøkelse blant medlemmene våre hvor svaret var at en regulering kan aksepteres dersom de forutnevnte premissene innfris.

Målet vårt er, og vil alltid være, at våre medlemmer har gode arbeidsvilkår. Vi ønsker at hele befolkningen skal få nytte av våre helsetjenester.

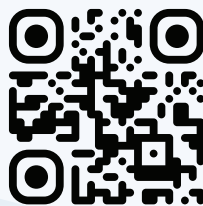
Jeg forstår Henning Lems spørsmål til å være om NTF har kraft nok til å få gjennom disse løsningene til det beste for medlemmene. Det mener jeg bestemt at vi har. Vi har valgt de små skrittets vei med en tydelig markering overfor politikerne om hvilken vei som er den beste på

vei mot fremtidens tannhelsetjeneste. Og – vi opplever at de nå lytter. De røde partiene vil ha offentlig-privat samarbeid. De ser at hvis dette skal fungere over tid må premissene være gode nok og etter årets stortingsvalg opplever vi at de kommer til oss for råd. Det oppnår vi med samhandling, respektfull omgang og utrettelig arbeid.

Jeg har ingen tro på at vi kan oppnå dette ved å bare si nei til endring. Det vi da risikerer er at de tar avgjørelser uten å lytte til våre anbefalinger. I stedet skaffer NTF seg samarbeidspartnere som også ser tannleger som en viktig helsearbeider i det helhetlige folkehelsearbeidet. Alene og sammen roper vi, noen ganger høyt i media, og oftest i det stille med beslutningstakerne som tilhørere. Til slutt vil vi bli hørt. Munnen vil være en del av kroppen, og tannlegene vil få den plassen i helse-Norge som de fortjener.

Presise periodontale diagnoser – gjort enkelt.

Xplaque gir deg raskere, mer nøyaktige og brukervennlige diagnostiske verktøy.



Les mer på
xplaque.com



Utgangspunktet for debatten er bekymring for at NTF vil godta en overføring av kjeveortopedien til offentlig sektor.

Kommentar til presidentens svar:

Viktig hvor den offentlige finansieringen kommer fra

✍ **TOR TORBJØRNSSEN, KJEVEORTOPED**

Først vil jeg takke Heming Olsen-Bergem for et klargjørende svar. Sitatene fra NTFs høringssvar og det han skriver for øvrig, bekrefter min oppfatning av at NTF ikke prioriterer dagens trygdeordning i det videre arbeidet, men ønsker andre typer avtaler (med fylkene eller helseregionene) mellom private tannleger og finansierende myndighet.

Dersom nødvendig kjeveortopedisk behandling på barn skal fullfinansieres, vil det kreve at pengene flyttes fra trygden til fylkene/helseregionene. Det er nok det mange kjeveortopeder mener med en overføring av kjeveortopedien til Den offentlige tannhelsetjenesten, ikke at de ikke skal få delta i en arbeidsdeling og utføre pasientbehandling. Når NTF i høringssvarets kapittel om kjeveortopedi skriver at «Det må utredes hvordan det kan inngås avtaler med de private spesialistene slik at behandlingen fortsatt kan utføres ute i distriktene», og ikke nevner dagens trygdeordning som et alternativ, skaper det en forståelig usikkerhet. Det er det flere grunner til.

Når fylkene eller helseregionene sitter på pengesekken, vil det gi dem stor innflytelse over hvordan systemet forvaltes og utvikles videre. For eksempel vil anbudsordninger kunne presse seg frem, og de vil favorisere kjedene fremfor enkeltklinikken som ikke kan gjøre investeringer på slike

vilkår. Det vil øke kjedenes dominans og oppkjøpsmuligheter, og de vil nok vite å posisjonere seg. Dette er en utvikling NTF og flertallet av medlemmene ikke ønsker, men det kan fort bli resultatet.

Et system med enkeltavtaler vil dessuten medføre stopp i fri etableringsrett for tannleger, noe NTF alltid har kjempet for. Det er ikke åpenbart at det er i medlemmenes interesse å forlate dette standpunktet.

Utgangspunktet for debatten

mellom presidenten og meg i Tidende, var NKF's bekymring for at NTF ville godta en overføring av kjeveortopedien til offentlig sektor. Presidentens svar bekrefter nå at denne bekymringen ikke var ubegrunnet. Det overraskende er at ikke flere privatpraktiserende tannleger og spesialister har signalisert tilsvarende bekymringer.

NTF hevder alltid at vi står sterkest samlet i én forening. Det er jeg enig i. Jeg er også enig med presidenten i at dagens trygdeordning har et forbedringspotensial. Men jeg blir overrasket hvis ikke flertallet av privatpraktiserende, kjeveortopeder inkludert, foretrekker en forbedret trygdeordning fremfor enkeltavtaler og økende kjededominans.

NTF bør derfor i det videre arbeidet prioritere en bedret trygdeordning høyere. Det vil være i flertallets interesse, og det vil virkelig være noe vi kan stå sammen om i NTF.



**Det er viktig
å presisere at økt
offentlig finansiering
ikke betyr at tjenestene
kun skal leveres av
det offentlige.**

Sammen står vi sterkere!

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

Takk for ditt siste innlegg Tor Torbjørnsen, og for at du løfter en viktig debatt om fremtidens finansiering og organisering av tannhelsetjenesten.

Jeg vil igjen understreke at NTFs høringssvar må leses i sin helhet. NTF peker på en fremtidig tannhelsetjeneste der hele befolkningen har tilgang til nødvendige tjenester, og hvor barn og unge skal ha tilgang uten kostnad. Det er viktig å presisere at økt offentlig finansiering ikke betyr at tjenestene kun skal leveres av det offentlige. Tvert imot har vi vært tydelige på at et godt samarbeid og en god arbeidsdeling mellom offentlig og privat sektor er avgjørende for å sikre befolkningen et godt tilbud.

Når det gjelder bekymringen for at NTF ikke prioriterer dagens trygdeordning, vil jeg påpeke at vi har vært åpne om svakhetene i dagens system. Folketrygdens stønadssystem er sårbart og uforutsigbart, og endringer kan skje uten forankring i Stortinget eller i fagmiljøene. Dette har vi sett flere eksempler på, og det er en av grunnene til at vi mener det må utredes nye og mer forutsigbare modeller for finansiering. Samtidig har vi aldri foreslått at privatpraktiserende tannleger eller kjeveortopeder skal ekskluderes fra å levere offentlig finansierte tjenester. Tvert imot ønsker vi å legge til rette for at private

aktører fortsatt skal ha en sentral rolle, også gjennom avtaler med myndighetene.

Du uttrykker bekymring for at avtaler med fylker eller helseregioner kan føre til økt kjededominans og redusert fri etableringsrett. Dette er problemstillinger vi tar på alvor. NTF har alltid vært opptatt av å sikre gode rammevilkår for både små og mellomstore virksomheter, og vi mener at fremtidige avtaler må utformes slik at de ivaretar mangfoldet i tannhelsetjenesten. Vi ønsker ikke en utvikling der kun store kjeder har mulighet til å delta.

Når det gjelder kjeveortopedisk behandling for barn og unge, har vi i høringssvaret vært tydelige på at behandlingen fortsatt bør kunne utføres i privat tannhelsetjeneste, slik det skjer i dag. Det er avgjørende for å sikre et godt tilbud i hele landet at man utnytter ressursene og kompetansen i den private delen av tjenesten. Vi har derfor foreslått at det må utredes hvordan avtaler med private spesialister kan inngås, slik at behandlingen fortsatt kan utføres ute i distriktene.

Avslutningsvis vil jeg understreke at NTFs høringssvar på ingen måte kan tolkes som støtte til en overføring av kjeveortopedien til offentlig sektor. Vårt mål er å ivareta interessene til alle våre medlemmer, og vi mener at en samlet forening står sterkest i møte med fremtidens utfordringer.



Gjennomføring av gratis nødvendig tannregulering vil måtte endra leveringsmodell på mange vis.

Feil om feil frå Torbjørnsen: Norsk kjeveortopedi ute av styring

KNUT MARTIN FYLKESNES, PROFESSOR EMERITUS, SENTER FOR INTERNASJONAL HELSE, UNIVERSITETET I BERGEN

Tor Torbjørnsen kommenterte 18.09. mitt innlegg her i tidsskriftet om «Den styrelause private tannlegemarknaden» (tidlegare som kronikk i Klassekampen). Litt av ein salve han fyrar av om påståtte feil i min omtale av norsk kjeveortopedi. Fordi påstandane hans er enkle å avkrefta med basis i etablert forskning, blir intensjonen reint uforståeleg.

Men først kort om kontekst og tenkje-måte bak mitt innlegg. Tannhelseutvalet (NOU 2024: 18) hadde nett levert si tilråding om ei radikal omorganisering av norsk tannhelseteneste. Mitt hovud-buskar var at kjerneproblem har rot i ein styrelaus privat marknad, skapt av tiår utan politisk kontroll med etablering, pris og kvalitet. Dessutan, at sjølv grunn-fjellet i oral helsepolitikk, den offentlege tannhelsetenesta, var blitt kraftig underprioritert. Samla hadde dette generert stor urettvis sosial/geografisk fordeling og urban overkapasitet som fører til overskriding av yrkesetiske grenser. Slikt representerer særst alvorlege brot på etiske folkehelseprinsipp.

Tor Torbjørnsen er spesialist i kjeve-ortopedi, og han greier stort sett å avgrensa seg til dette viktige feltet. Diverre opponerer han utan referanse til

forskingslitteraturen på området. Forskarar ved Statistisk sentralbyrå (SSB) har faktisk gjennomført grundige analysar av omfang og fordeling av kjeve-ortopedisk praksis. Sentrale referansar her er SSB 2019 (Ekorndrud T, Skjøstad O, Texmon I), SSB 2021 (Texmon I) og SSB 2023 (Texmon I & Ekorndrud T). Samla dekkjer desse behandling over folketrygda i perioden 2012-23, og blir analyserte både på tverrsnitt- og longitudinelt nivå.

Først til prosentdel av barnekull som mottok kjeveortopedisk behandling frå spesialist. Estimaten på 45 prosent som eg brukte var frå publikasjonen frå SSB 2021, og definert som «mottatt refusjon for takstar som angir apparat festa på tenner». I denne analysen har ein bunde saman informasjon om enkeltpasienten gjennom fleire år. Effekten av at refusjonskriteria blei justert i 2020 er usikker pga. kort observasjonstid, men førebels tal indikerer ein reduksjon (fast apparatur) på nokre få prosent (SSB 2023).

Torbjørnsen opererer med eit estimat på «cirka 35 prosent», men legg likevel til at ein ikkje kan vita dette sikkert. Tilsynelatande eit estimat utan basis i data, slikt ein kallar kvalifisert gjetting. At han neglisjerer eller misstydar publisert forskning er ille.

Av dett føl at han også påstår bastant at behandlingsnivået innan Skandinavia ikkje varierer i særleg grad. Estimata frå SSB gir derimot eit heilt anna bilete, med eit langt høgare nivå i Noreg samanlikna med nabolanda. Forskarar har tidlegare peika på ulike organiseringar som den viktigaste underliggende årsaka til den store skilnaden. Ein høgst relevant problemstilling for komande diskusjonar om omorganisering av norsk kjeveortopedi.

Rettvis fordeling er eit kjernespørsmål innan samfunnsmedisinsk forskning og praksis. Her gjev bidraget frå SSB sine analysar unik innsikt. Desse dokumenter at kjeveortopedisk behandling i høg grad er urettvist fordelt etter både demografiske og geografiske dimensjonar: etter region/bustad, etter sosioøkonomisk status, kjønn (vesentleg overvekt av kvinner), og etter innvandringsbakgrunn. Ein skulle tru at dette er dokumentasjon som Torbjørnsen har fått med seg, men er likevel særleg godt nøgd med «styringa» av norsk kjeveortopedisk praksis.

Tannhelseutvalet føreslo ein grundig gjennomgang av kriteria for «nødvendig tannregulering». Dessutan, at ein slik plattform vil utgjera ein viktig føresetnad for gratis kjeveortopedi for barn/unge. Eit gratistilbod vil kunna fjerna dagens store eigenandelar, og med det redusera sosialt ulik fordeling. Forsking syner at sjølv små eigenandelar utgjer ein vesentleg terskel (Finnvold 2009). Eit gratis tilbod, som integrert i det offentlege orale helsetilbodet slik som i andre Nordiske land, kan i større grad sikra styring etter folkehelseetiske prinsipp (geografiske fordelingsomsyn, grensesetting etc.).

Troms fylkeskommune innførte i 1975 kjeveortopedi som ein integrert del av Folketannrøkta Troms. Om dette presenterer Torbjørnsen eit, mildt sagt, fordreia narrativ om kor galt det kan gå med offentleg organisering. Vanskeleg å tolka dette som noko anna enn eit utilslørt forsvar for rådande profesjonspolitik (frå ein tidlegare leiar av Kjeveortopedisk foreining). Utgangspunktet i 1975 var eit akutt rekrutteringsproblem. Eg var sjølv den som fekk æra av å skriva planen, basert på ynskje frå politikarane i Troms om å drifta kjeveortopedi som del av Folketannrøkta. At representantar for Kjeveortopedisk foreining prøvde å hindra vedtak var jo svært så ekstremt og uhøyrte på den tida (faktisk møtte dei mannsterke på Fylkestinget). Men rekrutteringa i Troms betra seg raskt og forblei god over tiår. Diverre blei den etter kvar knekt som del av ein suksessfull og særleg lønsam privatiseringsvind.

Torbjørnsen spør om bakgrunnen for kvifor 20 prosent blei brukt som plangrunnlag for planen, «om vi bare tenkte på et tall». Dette avslørar låg kunne. Faktisk var det ikkje vanskeleg tilgang på utgreiingar om dette på den tida, t.d. førelåg det ei omfattande svensk behovsutgreiing, som var konsistent med individuelle bidrag. Ikkje minst var bidraget til Asbjørn Peter Hasund viktig. På mi tid som student var han professor i kjeveortopedi ved UiB (sidan 1968 og 1971 dekanus ved Det odontologiske fakultet). Han var spesielt oppteken av å definera kva som var nødvendig kjeveortopedisk behandling, og på studentklinikken var han ofte svært formande

om denne grensesettinga. Hans gjentekne poeng var at tannsettet avspeglar det personlege særpreget til mennesket, og unødige reguleringsinngrep vil vera eit alvorleg etisk overgrep.

Kritikken frå Tannhelseutvalet av norsk kjeveortopedi kom «i grevens tid». Gjennomføring av gratis nødvendig tannregulering vil måtta endra dagens leveringsmodell på mange vis, spesielt at styringa blir lagd til den offentlege tannhelsetenesta. I prinsippet ei omlegging ikkje så ulik den som blei innført i Troms i 1975.

Ei stortingsmelding basert på Tannhelseutvalet sine analysar og tilrådingar skal snart bli lagd fram av regjeringa. Omfattande politiske diskusjonar om prioriteringar og reformbehov står for døra. Med diskusjonane mot om etablering av tannlegeutdanning i Tromsø friskt i minne, tippar eg at vi på nytt får full mobilisering frå profesjonsinteressene (med Torbjørnsen som høglytt deltakar). I den politiske handteringa av odontolog i Tromsø var helseminister Dagfinn Høybråten avgjerande viktig. Då eg presenterte vår utdanningsplan direkte til han, kjende han godt til det han kalla «historia gjentek seg» – som ved etablering av medisin i Tromsø og odontologi i Bergen. Dette er politisk erfaring god å ha som ballast for ei radikal omorganisering av norsk tannhelseteneste.



Når vi skal bestemme hvilke bittfeil som skal behandles med offentlig finansiering kan vi ikke ta utgangspunkt i hvor mange prosent av årskullene som behandles av spesialist i Danmark og Sverige.

Kommentar til svaret fra Fylkesnes:

Det viktigste er hvilke bittfeil som bør behandles

✍️ **TOR TORBJØRNSSEN, SPESIALIST I KJEVEORTOPEDI**

Dersom det kommer midler til «gratis nødvendig tannregulering for barn og unge», blir det aller viktigste å definere hvilke bittfeil som skal komme inn under «nødvendig». Dersom dette defineres for snevert og for mange bittfeil faller utenfor, legges det til rette for et privat marked ved siden av det offentlig finansierte tilbudet. Det blir et dyrt behandlingstilbud kun for barn som vokser opp i betalingssterke familier, og vi får bokstavelig talt *synlige sosiale forskjeller* i tannstatus. Det regner jeg med at også Fylkesnes ønsker å unngå. Og – det private markedet kommer selv om trygdemidlene flyttes til den offentlige tannhelsetjenesten og de får ansvaret for kjeveortopedien.

Når vi skal bestemme hvilke bittfeil som skal behandles med offentlig finansiering, kan vi ikke ta utgangspunkt i hvor mange prosent av årskullene som behandles av spesialist i Sverige/Danmark, særlig ikke når vi vet at mange barn i begge land får tannregulering hos allmennpraktiker mens alle behandles av spesialist i Norge, og statistikkene derfor er vanskelige å sammenligne. Vårt utgangspunkt må være *selve bittfeilene*.

Dagens regler bygger i Norge, Sverige og Danmark på de samme internasjonalt anerkjente behovsindeksene (NOTI og IOTN) og er derfor i stor grad sammen-

fallende. Men begge indeksene er fra 1980-tallet og bør ikke alene få bestemme hva som skal behandles i 2025. Vårt fag har utviklet seg enormt de siste 40 år, tannhelsen er radikalt forbedret, og folk er generelt mer opptatt av tenner og tannbehandling. Det er i hovedsak positivt. Publikums oppfatning av hva som er et godt tannsett, deres forventninger til tjenesten og hvilke behandlinger de etterspør, må også telle med i våre vurderinger. Våre unge pasienter må, uavhengig av privat økonomi, få starte voksenlivet med et tannsett som skal tåle 70-80 års bruk og som er sosialt akseptabelt estetisk. Der har kjeveortopedien en viktig rolle å spille.

Fylkesnes sitt innlegg osrer dessverre av mistro til privatpraksis. Det lar jeg ligge. Han er også innom mye annet i sitt innlegg som jeg lar være å kommentere med ett unntak. Hans utsagn om at tannstillingen og tennenes utseende er en del av personligheten og derfor ikke bør endres av etiske grunner, har ingen plass i moderne odontologi og plasserer Fylkesnes på sidelinjen i debatten. Når han i tillegg tar professor Asbjørn Hasunds studentforelesninger i 1970 til inntekt for en slik «filosofi», blir det uforståelig. Hasund hadde i 1970 bygget opp en av Europas mest moderne og respekterte spesialist-

utdanninger i Bergen. Han hadde stor innflytelse på kjeveortopedien i Norge, Sverige og Europa den gang og i flere årtier etterpå. I mine to år som spesialist-kandidat i Bergen hørte jeg ham aldri under våre daglige seminarer forfekte slike standpunkter som Fylkesnes mener å ha hørt for 55 år siden.

Følg debatten på www.tannlegetidende.no

Debatten fortsetter på Tidendes nettsted.

Tidende publiserer debattinnlegg fortløpende på Tannlegetidende.no.

Delta i debatten, og bli sett og hørt. Hvis du ikke sier noe, er det ingen som vet hva du mener.

Tidende er redaktørstyrt og leses av alle – tannleger, helsemyndigheter, politikere og beslutningstakere.

Ta debatten i Tidende.

VALO™ X
BROADBAND LED CURING LIGHT

SEKS NYE FARGER
SAMME IMPONERENDE STYRKE

ULTRADENT
PRODUCTS, INC.

© 2025 Ultradent Products, Inc. All rights reserved.

ULTRADENT.EU

Julegaven som redder liv



Alle som kjøper en meningsfull julegave ved å donere et valgfritt beløp til Leger Uten Grenser, får et fysisk kort som kan sendes i posten eller legges under treet. Digital versjon medfølger kostnadsfritt.



Julekortene bestilles på: legerutengrenser.no/julegave

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening



Foto: Tonje Camacho, NTF.

Takk for i år

– NTFs landsmøte 2025

Nok et vellykket landsmøte og Nordental er over, og vi kan se tilbake på tre særdeles innholdsrike og hyggelige dager på Lillestrøm.

TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSANSVARLIG I NTF



Foto: Tonje Camacho, NTF.

Takk til alle deltakere, utstillere, foredragsholdere, tillitsvalgte og samarbeidspartnere som bidro til et fantastisk arrangement. En ekstra takk til NTFs fag- og etterutdanningsutvalg for bidrag til et solid fagprogram og til NPG som har hatt hovedansvaret for all praktisk tilrettelegging og for dentalmessen, samt Konsertsystemer for all teknisk bistand!

Totalt var i overkant av 4 000 mennesker innom NOVA Spektrum i løpet av de tre dagene, hvorav ca. 1 100 tannleger, 250 studenter, i underkant av 100 tannpleiere og godt over 300 tannhelsesekretærer. 1 800 av disse var påmeldt fagprogrammet. I tillegg kommer messebesøkende, foredragsholdere, gjester og utstillere.

Følelsesladd åpning

Årets arrangement ble innviet med den tradisjonelle åpningen med flere av de faste innslagene. Carina Olset Hovda le-

det oss gjennom sekvensen, og Gisle Børge Styves orkester sto for musikalske innslag og lun humor.

I tillegg til innledning av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre var Kaveh Rashidi invitert til å holde åpningsforedraget «Når fornuften pusses vekk». Kjendislegen benyttet anledningen til å rette kritikk til både helse- og livsstilsindustrien for å skape urealistiske forventninger. Han kom også med kloke betraktninger om hvordan vi som helseprofesjon og samfunn må bli bedre til å stå imot kommersielle interesser, slutte å jage etter «det perfekte» kostholdet, kroppen eller livsstilen, og senke forventningene til oss selv og livet generelt.

President Heming Olsen-Bergem holdt også en engasjerende åpningstale med en tydelig oppfordring til samhold og samarbeid for å sikre kvalitet, etikk, faglig utvikling og bærekraft, og inviterte medlemmene til aktiv deltakelse i foreningen og utformingen av fremtidens tannhelsetjeneste.



Foto: Tonje Camacho, NTF.

Talen kan leses i fulltekst i egen sak, og opptak av helse- og omsorgsministerens innledning og presidentens tale kan ses på NTFs YouTube kanal.

Tillitsvalgte spiller en avgjørende rolle for NTF og medlemmene, og under åpningen av landsmøtet fikk Aleidis Løken og Birgit Hjorth Kollevold honnør for deres mangeårige innsats for foreningen. I år ble det også stående applaus og svært følelsesladd da NTFs visepresident Ralf Husebø mottok sitt hederstegn. Grunnet alvorlig sykdom ble denne prisen som et unntak delt ut til en tillitsvalgt som fremdeles sitter i verv.

Prisen for beste oversiktsartikkel for perioden 2023–2025 gikk til Panagiota Papadakou, Malin V. Jonsson og Torbjørn Ø. Pedersen for artikkelen «Hjørnetenner på avveie - kliniske og radiologiske vurderinger» (Tidende nr. 10, 2023), mens NTFs pris for undervisning og forskning i år ble tildelt førsteamanuensis Dagmar Fosså Bunæs for å ha utmerket

seg med en tverrfaglig og innovativ tilnærming, et stort pedagogisk talent og sterkt engasjement for odontologisk undervisning.

Yrende liv og summing på dentalutstillingen

Dentalmessen Nordental er en viktig del av arrangementet, og besto i år av over 2 000 kvm utstilling fordelt på nær 100 utstillere. NTFs torg var som vanlig sentralt plassert i utstillingen, og var godt besøkt. Der lå også Møtesonen, hvor det gjennom alle tre dagene ble gjennomført korte «pop-up» foredrag. Ekstra hyggelig var det at presentasjonene fra de nominerte til NTFs studentforskerpris var svært godt besøkt, og det var tettepakket med folk både på «tribunen» og rundt hele sceneområdet. Gratulerer til vinnerne Lovise G. Paris og Anne Kari Smedås ved Universitet i Bergen med NTFs studentforskerpris 2025 for oppgaven «Proteomikk analyse av gingivale fibroblastsekretomer i periodontitt».



Foto: Glenn Pettersen, NPG.

Den gjeve prisen for Nordentals beste stand gikk for andre år på rad til Sonett.

Sosialt program

Sosiale sammenkomster er fremdeles en viktig del av landsmøtet, og i år var deltakerne invitert til Landsmøtefestival, hvor underholdningen besto av både Show de Vida, Staysman, Fagernes Yacht Klubb og DJ Johanne. Artistene sørget for en svært vellykket fest og god stemning for alle som hadde tatt turen til Rockefeller. Fredag gikk det litt roligere for seg med den sedvanlige messeminglingen på slutten av dagen i Nordental, hvor utstillere og deltakere kunne slå av en prat over noe godt i glasset.

Gave i stedet for blomster

I de siste årene har NTF valgt å ikke gi bort blomster til hederstegnmottakere, prisvinnere og foredragsholdere. I ste-

det er det blitt gitt en pengegave til en veldedig organisasjon, og i år gikk gaven til Røde Kors og deres nødhjelpsarbeid på Gaza.

NTFs landsmøte 2026 – hold av datoene

Vi gleder oss også allerede til neste års landsmøte. Da går turen til Stavanger og Forum Expo. Det er bare å holde av datoene 29.–31. oktober i kalenderen. Følg med i NTFs kommunikasjonskanaler for mer informasjon utover våren.

Bilder fra alle tre dagene finner du i albumet «NTFs landsmøte og Nordental» på NTFs Facebookside.

Presidentens tale til NTFs landsmøte

Kjære kolleger i Den norske tannlegeforening, og kjære alle våre samarbeidspartnere i Norge og i Sverige.

Velkommen!

Jeg vil først og fremst takke dere for at dere er her – og for det arbeidet dere gjør hver eneste dag. Enten dere jobber i det offentlige, i det private, forsker, underviser, eller fremdeles er under utdanning. Dere er alle viktige deler av det som utgjør tannhelsetjenesten i Norge.

Vi står midt i en tid med store forventninger og nye muligheter. Derfor er dette fellesskapet, vår profesjon og vår forening, så avgjørende nå.

La meg si det så tydelig som mulig:

Det er viktig at dere har Den norske tannlegeforening i ryggen. Og det er like viktig at vi i foreningen har dere i ryggen.

For når vi snakker om tannhelse, snakker vi ikke bare om tenner. Vi snakker om folkehelse, likeverd, tilgjengelighet og livskvalitet. Og vi snakker om hvordan vi som tannleger skal kunne gjøre jobben vår best mulig – faglig, etisk og med verdighet.

NOU-en om Tannhelsetjenesten i fremtiden – den såkalte bebudede tannhelsereformen – peker på store og gjennomgripende endringer.

Den reiser viktige spørsmål om:

- Finansieringsmodeller
- Rettighetsfesting av tannhelsetjenester
- Rollefordeling mellom offentlig og privat sektor
- Rekruttering og kapasitet
- Organisering og kvalitetssikring

Dette er ikke små justeringer. Dette er grunnmuren i tannhelsetjenesten som potensielt skal bygges om.

I dette arbeidet er Den norske tannlegeforening deres stemme. Vi sitter ved bordet. Vi leser alle linjene – og mel-

lom linjene – og vi løfter frem det som er viktig for profesjonen og for pasientene.

Men for at vi skal kunne gjøre det godt, må vi ha dere med. Med erfaringene deres. Med engasjementet. Med tilliten til at vi kan være kritiske, konstruktive og kreative – at vi finner de beste løsningene.

Fremtidens tannhelsetjeneste må bygge på det beste fra begge verdener – offentlig og privat. Vi trenger en helhetlig løsning, ikke en ensidig modell. Vi må sikre både tilgjengelighet og kvalitet. Det klarer vi bare sammen.

Den offentlige tannhelsetjenesten har et unikt samfunnsoppdrag – å ivareta de prioriterte gruppene, sikre forebygging og jobbe ut fra folkehelseperspektivet. Det gjør de med kompetanse og stor tilpasningsdyktighet.

Den private tannhelsetjenesten har enorm kapasitet, fleksibilitet, og kompetanse – og utfører flertallet av behandlingene i Norge.

Men – Ingen av disse kan løse fremtidens behov alene.

Derfor er det vår jobb, og vårt ansvar, å si tydelig fra til beslutningstakerne: Tannhelsetjenesten fungerer best når den bygges på samarbeid, ikke motstrid. På mangfold, ikke monopol.

Samtidig som vi diskuterer struktur og finansiering, må vi ikke glemme det som faktisk skjer i behandlingsrommene. Vi må heller ikke glemme at vår helsetjeneste skal bidra i helseberedskapen, og på den internasjonale helsearenaen. Internasjonal politikk og internasjonale miljøforandringer påvirker også oss.

Vi må sikre at vi har:

- De rette fagfolkene med den riktige utdanningen
- Et system for etter- og videreutdanning som holder oss oppdatert og skjerpet.
- Faglig frihet og ansvar i møte med pasientene.
- En etisk forankret praksis, hvor kommersialisering ikke går på bekostning av kvalitet eller trygghet.

Dette er verdier som Den norske tannlegeforening vil kjempe for, uansett hvordan tannhelsereformen utvikler seg. Dette er grunnstenene i grunnmuren.

Dette landsmøtet er bare en liten del av det ansvar NTF tar for etterutdanningen. På dette landsmøtet løftes ikke bare faget. Etikdens fane holdes høyt, og vi lanserer et fantastisk nytt etikkurs som dere må få med dere. I tillegg tar NTF ansvar for miljø og bærekraft og lanserer et nytt hjelpemiddel for en mer bærekraftig praksis. Dette gjør vi med gode samarbeidspartnere og sammen løfter vi hele tjenesten.

Årets statsbudsjett har ikke vært et høydepunkt. Sjelden har jeg blitt så sint som da de tok fra pasientene våre Helfo-punkt 14. Med feilaktige begrunnelser har de frarøvet rettigheter fra de som trenger det aller mest. Det finner vi oss ikke i!

Samtidig tok de fra oss Sykehjelpsordningen. Dette rammer de yngste av våre kollegaer og de av våre kollegaer som sliter og har det vanskelig. Igjen er avgjørelsen tatt på

manglende grunnlag. NTF sier nei. Nå må politikerne ta seg sammen og begynne å lytte til fagfolk.

Vi må være våkne. Vi må være konstruktive. Vi må være faglig sterke. Og vi må være samlet.

Jeg inviterer dere til å være med.

Ikke som passive mottakere, men som aktive deltakere. Still spørsmål. Kom med innspill. Del erfaringene deres – både utfordringer og suksesshistorier.

For tannhelsetjenesten i fremtiden formes ikke på et kontor – den formes i klinikkene, i møtet med pasientene, og i dialogen mellom dere og oss.

Sammen – offentlig og privat. Unge og erfarne. Distrikt og by.

Sammen skal vi skape en tannhelsetjeneste som er faglig sterk, bærekraftig og rettferdig.

Som en samlet profesjon – med Tannlegeforeningen som ryggrad og fellesskapet som styrke.

Tusen takk for oppmerksomheten!



Sykehjelpsordningen

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



www.sykehjelpsordningen.no

Ny spesialrådgiver til fag og etterutdanning

NTF lyste i vår ut en stilling som spesialrådgiver i NTFs sekretariat, og etter en grundig prosess landet vi på å ansette to tannleger i deltidsstilling. Nå er endelig begge på plass, og det er med stor glede vi har kunnet ønsket Hilde Nordgarden velkommen.

TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSANSVARLIG I NTF



Foto: Tonje Camacho.

Hilde er ansatt som spesialrådgiver, og skal blant annet bidra innen tannhelsefaglige spørsmål, fagpolitikk, påvirkningsarbeid og utvikling av foreningens etterutdanningsvirksomhet, samt faglig og fagpolitisk rådgivning til medlemmer, tillitsvalgte og øvrige ansatte i sekretariatet.

Vi har stilt henne noen spørsmål slik at medlemmene kan bli litt bedre kjent med vår nye medarbeider:

- Hvem er du og hvor kommer du fra?
- Jeg er ble ferdig utdannet tannlege i 1996 her i Oslo. Jeg startet på en forskerutdanning i 1998 og disputerte for graden dr.odont i 2004. Jeg ble spesialist i pedodonti i 2009. Jeg bor på Kløfta, der jeg også er oppvokst. Jeg har to voksne barn, som begge bor og studerer her i Oslo. Det er fint å ha familien nær, synes jeg. Jeg har i hele min yrkeskarriere vært knyttet til Avdeling for munnhelse ved Lovisenberg diakonale sykehus, med underenhetene Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse og Sykehus-tannklinikken (nylig skiftet navn fra TAKO-senteret). De siste 13 årene har jeg ledet senteret. Jeg jobbet noen år i privat praksis da jeg var nyutdannet, jeg har hatt et engasjement på Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge (TkNN) som spesialist i pedodonti og jeg har hatt engasjement i Helsedirektoratet for å planlegge ordningen med sykehusodontologi som er startet på noen sykehus. I tillegg til dette har jeg i mange år vært tillitsvalgt, da gjennom Norsk spesialistforening i pedodonti.
- Hva er det viktigste du kan bidra med inn til NTF?
- I mitt yrkesliv har jeg jobbet mye med faglig utvikling og fagpolitikk og begge deler engasjerer meg sterkt. Jeg har jobbet

spesielt mye med grupper som ofte faller gjennom i ulike deler av systemet vårt, og håper å løfte disse gruppene. Jeg har et bredt nettverk, også inn mot andre deler av helsetjenesten enn vår egen, noe jeg håper kan komme til nytte i arbeidsoppgavene som venter innenfor fag- og etterutdanning.

- Hva gleder du deg mest til?
- I første omgang gleder jeg meg til å bli enda bedre kjent med alle deler av Tannlegeforeningen. Jeg kjenner mange fra før, men det er likevel mange nye ansikter og ikke minst oppgaver. Jeg gleder meg også til å få muligheten til å lære av, og jobbe sammen med de erfarne og flinke folkene i NTF, og få jobbe i kulissene med kurstilbudene og komme tettere på det fagpolitiske.
- Hva ser du for deg blir de(n) største utfordringen(e)?
- Fremover vil det foregå mange store politiske prosesser som vil kunne påvirke oss tannleger. Vi må jobbe videre med å sikre tannhelsetjenestens plass i helsesystemet, og finne gode løsninger som gir gode tjenester til alle pasienter, samtidig som det gir forutsigbarhet og trygghet for de som jobber i tjenesten. Vi har også en stor utfordring i å synliggjøre tannlegenes viktige rolle i en helhetlig helseomsorg.
- Har du noen oppfordringer til NTFs medlemmer?
- Engasjer deg i foreningen! Det er gjennom foreningsdemokratiet man kan få løftet de sakene man er opptatt av. Jeg oppfordrer også alle til å melde seg på aktuelle kurs og holde seg faglig oppdaterte – ikke bare når det gjelder det rent kliniske, men også på aktuelle lover og regler.

Vestlandsmøtet 2026

BERGEN, QUQLITY HOTEL EDVARD GRIEG, 15. – 16. JANUAR

TORSDAG

VESTLANDSMØTET
HANDS-ON-KURS
DENTALUTSTILLING
FESTMIDDAG

FREDAG

VESTLANDSMØTET FORTSETTER
KURS FOR TANNHELSETEAMET
HANDS-ON-KURS
PREMIER OG KÅRING
UTSTILLING

Se program på vestlandsmotet.no



BERGEN
TANNLEGEFORENING



BJØRN
TOMREN
m/BAND



HANDS-
ON KURS



FEST-
MIDDAG



50
UTSTILLERE

NOEN AV VÅRE FOREDRAGSHOLDERE



MARIE
JALKANEN



DR. SAM
KRATCHMAN



TORGILS
LÆGREID



EWA
NESET



KASPER DAHL
KRISTIANSEN



ØYVIND
GOKSØY

NYTT NETTKURS

ETIKK - hele tiden



Hvordan ta gode faglige og etiske valg i en hektisk klinikkhverdag?

NTFs nye nettkurs i etikk gir deg verktøyene du trenger for å navigere i etiske dilemmaer og styrke din faglige autonomi.

Nettkurset er GRATIS for NTFs medlemmer, og gir 2 timer OEU.

Se www.tannlegeforeningen.no/nettkurs for mer informasjon





NTFs symposium

5. - 6. mars 2026

Clarion Hotel The Hub

TEMA: Hvordan lykkes med
periobehandling - klinikerens guide

PÅMELDINGEN HAR ÅPNET!

www.tannlegeforeningen.no/symposium

Husk frist for lav påmeldingsavgift 9. januar

Webinar

Helfo og stønadspunkt 6a - Trygg og riktig bruk

Forhåndsinnspilt webinar med gjennomgang av stønadspunkt 6a og hvordan takst 501 skal benyttes.

Kursgivere:

Jon Olav Kubberød og Camilla Hansen Steinum

Pris: GRATIS (kun for NTFs medlemmer)

Mer informasjon og påmelding:
www.tannlegeforeningen.no/webinar

NB: Opptaket er tilgjengelig ut 2025



Den norske
tannlegeforening





Er du i tvil om du og pasienten kan kommunisere godt nok?

Husk å bestille kvalifisert tolk

Les mer: [Helsenorge.no/tolk](https://helsenorge.no/tolk) og imdi.no/tolk



Skann
meg for
Helsenorge



Skann
meg for
IMDi

Arbeidsliv

Kravene til det psykososiale arbeidsmiljøet blir tydeligere fra årsskiftet

Fra 1. januar 2026 blir kravene til det psykososiale arbeidsmiljøet klarere.

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

Lovendringene tar sikte på å gi bedre veiledning og større bevissthet, og er ikke ment å innebære noen endring i gjeldende rett.

Et grunnleggende krav i norsk arbeidsliv er at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig ut fra både fysiske og psykososiale faktorer. Mens kravene til det fysiske arbeidsmiljøet er godt utdypet i regelverket, har det tradisjonelt vært mindre søkelys på psykososiale forhold.

For en tannleges arbeidshverdag er presiseringene meget relevante.

Dette inntas i arbeidsmiljøloven § 4-3. Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet:

1. *Arbeidet skal organiseres, planlegges og gjennomføres slik at de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene i virksomheten er fullt forsvarlige ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, sikkerhet og velferd.*
2. *Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer er i tillegg til forhold som nevnt i tredje til sjette ledd blant annet*
 - a. *uklare eller motstridende krav og forventninger i arbeidet*
 - b. *emosjonelle krav og belastninger i arbeid med mennesker*
 - c. *arbeidsmengde og tidspress som innebærer ubalanse mellom arbeidet som skal utføres, og den tiden som er til rådighet*
 - d. *støtte og hjelp i arbeidet*

Nåværende første til femte ledd blir tredje til sjuende ledd.

Formuleringen «Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer er....blant annet» markerer at paragrafen ikke gir en uttømmende liste over psykososiale arbeidsmiljøfaktorer

Uklare eller motstridende krav og forventninger i arbeidet

Faktoren krav og forventninger i arbeidet som er uklare eller motstridende er satt sammen av to faktorer som i faglitteraturen ofte betegnes som rolleklarhet og rollekonflikt. Dette handler om at krav og forventninger i arbeidet er uforenlige eller oppleves som utydelige. Det kan dreie seg om krav og forventninger til for eksempel arbeidsoppgaver, kvalitet på arbeidet som skal utføres, ansvarsområder, arbeidsmetoder, arbeidsprosedyrer, rollefordeling, tidsforbruk, arbeidstempo eller arbeidstid. Krav og forventninger kan komme fra andre, som ledere, kollegaer eller samarbeidspartnere, eller fra arbeidstakeren selv, for eksempel som følge av verdier knyttet til moral eller profesjon.

Emosjonelle krav og belastninger i arbeid med mennesker

Emosjonelle krav og belastninger i arbeid med mennesker handler om krav og belastninger som kan oppstå i direkte eller indirekte kontakt med mennesker, som for eksempel pasienter, brukere, pårørende, klienter, barnehagebarn, elever, studenter, kunder eller andre. Kravene kan handle om at arbeidstakerne må sette seg inn i eller håndtere andres tanker, følelser eller atferd, at de må håndtere eller skjule sine egne tanker eller følel-

ser, eller må tilpasse kommunikasjon eller atferd til menneskene det arbeides med.

Arbeidsmengde og tidspress som innebærer ubalanse mellom arbeidet som skal utføres, og den tiden som er til rådighet

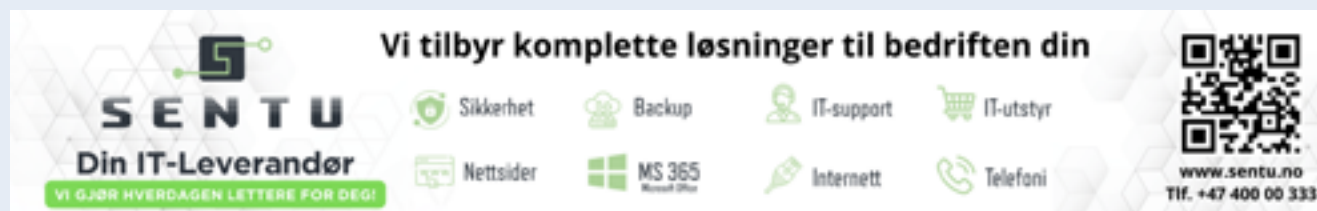
Arbeidsmengde og tidspress som innebærer ubalanse mellom arbeidet som skal utføres, og den tiden som er til rådighet betegnes i enkelte sammenhenger som kvantitative jobbkraav i faglitteraturen. Dette kan handle om at det av ulike årsaker må arbeides mange timer eller i høyt tempo og/eller uten pauser.

Støtte og hjelp i arbeidet

Støtte og hjelp i arbeidet handler om at arbeidstakerne har mulighet til å få relevant støtte og hjelp i arbeidet, fra for eksempel leder eller kollegaer, når det er behov for det. Eksempler på hva støtte og hjelp kan dreie seg om er emosjonell støtte og omsorg, teknisk hjelp, å få tilbakemeldinger på arbeidet eller faglige råd.

Veiledning

Arbeidstilsynet skal sammen med partene i arbeidslivet utarbeide utfyllende forskrifter som vil gjøre det enda tydeligere hva som er arbeidsgivers ansvar. Tilsynet vil også veilede om temaet.



The banner features the Sentu logo on the left, followed by the headline "Vi tilbyr komplette løsninger til bedriften din". Below this, a grid of icons and text lists services: Sikkerhet, Backup, IT-support, IT-utstyr, Nettsider, MS 365, Internett, and Telefoni. A QR code is positioned on the right, with the website "www.sentu.no" and phone number "Tlf. +47 400 00 333" at the bottom right. A green bar at the bottom left contains the text "VI GJØR HVERDAGEN LETTERE FOR DEG!".

SENTU
Din IT-Leverandør
VI GJØR HVERDAGEN LETTERE FOR DEG!

Vi tilbyr komplette løsninger til bedriften din

- Sikkerhet
- Backup
- IT-support
- IT-utstyr
- Nettsider
- MS 365
- Internett
- Telefoni

www.sentu.no
Tlf. +47 400 00 333

Spør advokaten

Oppfølging ved underprestering

 **LIN MUUS BENDIKSEN, SPESIALRÅDGIVER I NTF**

I min tannlegepraksis har vi en tannhelsesekretær som ikke fungerer godt nok i stillingen sin. Arbeidsprestasjonen hos arbeidstakeren er langt under det som er normalt.

Situasjonen har forverret seg gradvis over tid, og i etterkant er det lett å se at jeg som arbeidsgiver kanskje burde handlet raskere og annerledes overfor arbeidstaker enn det som har vært tilfellet. Jeg har lite dokumentasjon som viser at arbeidstaker fungerer dårlig i jobben og på at de manglende arbeidsprestasjonene har vært tatt opp med arbeidstaker på en skikkelig måte.

Kan dere gi meg noen råd om hvordan vi bør ta denne saken videre?

Svar:

Oppfølging av mangelfulle arbeidsprestasjoner vil ofte inneholde følgende momenter.

Arbeidsgiver må tydeliggjøre de forventningene eller kravene som gjelder stillingen.

Arbeidstaker og arbeidsgiver må forsøke å utarbeide en plan i fellesskap. Hensikten med planen er å gi den ansatte mulighet til å bedre prestasjonene sine. Her må man gå konkret til verks og være så detaljert som det er behov for. Stikkord her kan være opplæring, om nødvendig rutinebeskrivelser og sjekklister, men først og fremst tett oppfølging.

De tiltakene eller den planen som legges må følges opp av leder, eventuelle avvik må dokumenteres og tas tak i. På bakgrunn av erfaringene som begge parter gjør seg, må planen som regel revideres både én og flere ganger.

Det er viktig at all oppfølgingen som iverksettes blir dokumentert. Planen som utarbeides må være skriftlig, det må føres referat eller oppsummeringer fra samtaler og møter og tilbakemeldinger på forhold som har betydning i oppfølgingsløpet bør dokumenteres.

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

Aust-Agder Tannlegeforening

Carina Freitag
carinafreitag@hotmail.com

Erik Nilsen
er-nils2@online.no

Bergen Tannlegeforening

Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

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

Buskerud Tannlegeforening

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Trine Knutsen Gjone
trine.gjone@gmail.com

Finnmark Tannlegeforening

Stina Marie Richardsen
stinarichardsen@gmail.com

Haugaland Tannlegeforening

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

Margrethe Halvorsen,
tlf. 97 71 05 50

Hedmark Tannlegeforening

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

Nordland Tannlegeforening

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

Åse Reinford,
aase@tanntorget.no

Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening

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

Eva Thingvold,
tlf. 41 41 88 47

Nord-Trøndelag Tannlegeforening

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

Øyvind Kvalheim,
996 21 035

Oppland Tannlegeforening

Pål Vidar Westlie,
paalvidar@tannlegewestlie.no

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 93 43 72 23

Oslo Tannlegeforening

Finn Rossow
tlf. 90 74 81 84

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

Rogaland Tannlegeforening

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

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

Romerike Tannlegeforening

Sven Grov,
tlf. 92 09 19 73

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

Nureena Khan
nureena-95@hotmail.com

Sogn og Fjordane Tannlegeforening

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

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 95 94 55 28

Sunnmøre Tannlegeforening

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

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

Sør-Trøndelag Tannlegeforening

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

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

Telemark Tannlegeforening

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

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

Troms Tannlegeforening

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

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

Vest-Agder Tannlegeforening

Arild Tobiassen
tobiassen@online.no

Vestfold Tannlegeforening

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

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

Østfold Tannlegeforening

Rune Henriksen Bones
tlf. 93 89 79 83

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

Kontaktperson i NTFs sekretariat

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

Snakk om etikk

Vær raus med kollegaene dine!

I de nye etiske reglene er det noen paragrafer som sier noe om hvordan vi skal omtale og forholde oss til kollegaer.

 **LEIF HENRIK BORGES OLSEN**
NTFS RÅD FOR TANNLEGEETIKK

§ 4-2 Gi uttalelser

Tannlegen kan bare gi uttalelser om en kollegas arbeid eller vurderinger på mandat fra NTF eller offentlige myndigheter. Tilgang til kollegas journal må foreligge. Tannlegen må også forsikre seg om at kollegaen først har hatt mulighet til å uttale seg i sakens anledning. Unntak skal være godt begrunnet.

§ 4-3 Vær respektfull i dialog med kollegaer

Faglige diskusjoner mellom kollegaer er viktig for faglig utvikling og kunnskapstillegning. Slike diskusjoner bør foregå i egnede fora og ivareta hensyn til personvernet. Tonen må være respektfull og ikke dømmende.

Som nyutdannet tannlege jobbet jeg noen år ved en offentlig tannklinikk i Lofoten. En fredags ettermiddag fikk jeg en akutt pasient med smerter i en molar. Det var allerede startet en endobehandling på tanna hos en annen erfaren kollega. Jeg startet akuttbehandlingen og oppdaget raskt at ikke alle kanalene var utrenset. Stolt og fornøyd informerte jeg deretter pasienten om at jeg hadde rensset ut kanalene, og at jobben nå var forskriftsmessig gjort. Da pasienten i etterkant spurte om ikke den andre tannlegen burde ha gjort en bedre jobb i utgangspunktet, antydte jeg noe i retning av at hen burde kanskje det.

Helgen gikk og mandags morgen fikk jeg telefon fra kollegaen min som var ganske irritert. Hen opplyste om at pasienten hadde troppet opp på kontoret ved åpningstid og var alt annet enn fornøyd med tannlegen. Tannlegen gjorde det

klinkende klart for meg at jeg hadde opptrådt ukollegialt, og at jeg måtte tenke meg bedre om før jeg informerte pasientene, og ikke minst hvordan jeg sa det. Hen sa videre at vi skal være svært forsiktige med å kritisere andres arbeid. Hen påpekte at jeg ikke visste noen om forhistorien til denne pasienten eller hva som var planlagt videre.

Det var ganske pinlig å bli satt så grundig på plass av en eldre kollega, men hen opptrådte helt i tråd med det etiske regelverket. Jeg satte dessuten pris på at hen tok direkte kontakt med meg, og at jeg fikk en innføring i hvordan kollegahjelp skal fungere i praksis.

De siste 18 årene har jeg jobbet som periodontist i Trøndelag, med pasienter som er henvist fra hele Midt-Norge. Jeg får henvist pasienter fra private og offentlige tannleger, tannleger i alle aldre, utdannet ved forskjellige universiteter og til forskjellige tider. Tannlegene har ulik erfaring, jobber med ulike pasientgrupper og kan ha ulike ferdigheter på diagnostikk, utstyr og behandlingsmodaliteter. Fellesnevneren er at de er samvittighetsfulle og flinke behandlere som ønsker det beste for pasientene sine.

Ved førstegangsundersøkelse ved spesialistklinikken tar vi som regel OPG eller full røntgenstatus og utfører klinisk undersøkelse. Det er ikke uvanlig at jeg ser patologi som henvisende tannlege ikke har notert i henvisningen. Noen pasienter blir overrasket over dette, siden de går regelmessig til tannlegesjekk. Jeg påpeker at det ikke er vanlig å ta så mange røntgenbilder i vanlig praksis, og at det kan være

utfordrende å diagnostisere ulike grader av sykdomstilstander (spesielt karies og periodontitt). Jeg informerer pasienten mest mulig objektivt om funn og om at tannlegen også vil bli informert.

Etter konsultasjonen sender jeg epikrise til den henvisende tannlegen om at hen må vurdere diagnosene og eventuelt igangsette tiltak. Det kan være at tannlegen allerede har planlagt behandling eller har tilstanden under observasjon, og enkelte ganger kan tannlegen være uenig i mine vurderinger. Uansett: Vi må begge etterstrebe å være rettferdige, sannferdige, transparente og ivareta pasientens interesser og behandlingsbehov på en adekvat måte. Denne åpne fagutvekslingen er naturlig og nødvendig i det gjensidige samarbeidet mellom henvisende tannlege og spesialist. Det gir et trygt og godt klima for faglige diskusjoner og meningsutvekslinger, som hjelper oss til å bli flinkere til å gjøre tilpassede og hensiktsmessige behandlinger for pasientene. Dette skaper tillit til både tannlegen og spesialisten. Ved å etterstrebe den beste løsningen for pasienten, trenger ikke faglig uenighet (eller at vi gjør ulike vurderinger) være vanskelig å akseptere.

Slik tror jeg det fungerer på de fleste tannklinikker. Det skal være takhøyde for at tannleger har ulike preferanser og at vi kan løse ulike problemer på forskjellige måter. Drøft problemstillinger

med kollegaen din når du er usikker på hva som er den beste behandlingen for pasienten. Ta en prat dersom du ser noe som kanskje er feil. Vær en god rådgiver. Vær raus, respektfull og profesjonell.

Pasienter ønsker i mange tilfeller en «second opinion» hvis de stusser på tannlegens vurdering. Variasjonen i diagnostikk og behandlingsplaner mellom tannleger kan skape etiske utfordringer relatert til pasienten, og hensynet til pasientens beste og respekten for kollegaer kan være vanskelig å balansere. Om er du svært uenig med kollegaen din, eller ser noe som er klanderverdig praksis, må du ta en fot i bakken og vurdere handlingsalternativene. Unngå høylytt kritikk overfor pasienten eller andre medarbeidere.

I tilfeller hvor det kan være mistanke at en kollega gjør gjentatte feilvurderinger eller feilbehandlinger, ofte i kombinasjon med manglende journalføring, kan handlingsalternativene bli mer inngripende. I noen tilfeller kan det være relevant å informere om Norsk pasientskadeerstatning (NPE), og i de mest alvorlige tilfellene kan det være aktuelt å varsle tilsynsmyndighetene. Begge instanser vil ved behov innhente sakkyndigvurdering. Du skal i slike saker ikke ta støytten eller opptre som dommer overfor kollegaen din, men i stedet gi gode råd til pasienten om hvordan slike saker best kan håndteres.

Hva sier? studentene

Sammen i fag, engasjement og hverdag

2025 har vært et år med engasjement, møter, reiser, latter og flere kopper kaffe enn det som er faglig forsvarlig. Tre møtehelger, ett landsmøte og mange små initiativ senere står vi igjen med en følelse av stolthet over hvor mye som faktisk skjer i NTF Student når studentene selv får forme retningen.



Foto: privat.

EMINE SHARIFF, LEDER I NTF STUDENT

Vi startet året med kickoff og Geiloseminaret som satte tonen for resten av perioden. Derfra har vi hatt tre møtehelger spredt gjennom året. De har ikke bare vært møtepunkter, men små samlingssteder for idéer, samarbeid og felles erfaringer fra en hverdag preget av klinikk, kurs og krav. Her har vi diskutert alt fra medlemsarbeid til hvordan vi best kan nå studentene som studerer i utlandet. Mange av dem mangler naturlige bånd til miljøet hjemme, og et av hovedmålene i år har vært å gjøre NTF Student mer inkluderende på tvers av grenser.

I oktober møttes vi til årets tredje møtehelg før høsten ble avsluttet med deltakelse på NTFs landsmøte i november. Rundt 250 studenter tok turen, det største studentoppmøtet på lenge. Vi fikk æren av å holde foredrag om hvordan internett påvirker tannhelsen. Publikum fikk se eksempler på trender som tannfiling, tannsmykker og oil pulling, og mange fikk nok et lite sjokk over hvor mye som faktisk skjer i munnene på TikTok.

Et annet tema som har preget året, er kampen for bedre studiestøtte. NSO har stått i spissen for kravet om at studiestøtten må knyttes til 1,5 G, og NTF Student har støttet opp om dette arbeidet. For oss tannlegestudenter er saken helt konkret. Ifølge Studiebarometeret er vi blant studentene i landet som bruker flest timer på studier hver uke, både på lesesalen og på klinikk. Mange har praksis og pasientbehandling fra morgen til ettermiddag, etterfulgt av teori og forberedelser på kveldstid. Da er det rett og slett ikke rom for deltidsjobb ved siden av.

Når økonomien ikke legger til rette for kostnadene i dag, må flere jobbe til tross for at tiden ikke strekker til. Da blir studiestøtte ikke lenger et spørsmål om komfort, men om gjennomføring. En studiestøtte knyttet til 1,5 G handler derfor ikke om luksus, men om muligheten til å fullføre et krevende profesjonsstudium uten å ofre helse eller læringskvalitet underveis.

NTF Student har løftet dette temaet gjennom året i samarbeid med NSO, akademikerne og andre studentorganisasjoner. Vi har ønsket å vise at tannlegestudenter er en del av den større studentbevegelsen, og at tannhelsefaget også påvirkes av de politiske og økonomiske rammene vi studerer innenfor.

Samtidig har vi fortsatt å satse på kommunikasjon og formidling. TikTok-kontoen vår ble etablert for å nå ut til studenter der de faktisk befinner seg, midt mellom pensum, klinikk og algoritmer. Der prøver vi å kombinere faglig innhold med studentnære temaer, og vise at tannhelse kan være både informativt og morsomt på én gang.

Flere møtehelger, hundrevis av meldinger, litt kaos og mye latter senere kan vi se tilbake på et år som har vært preget av både faglig styrke og sosialt samhold. NTF Student har vist at vi evner å fornye oss, stå opp for studentenes vilkår og samtidig beholde det som kanskje er det viktigste, nemlig fellesskapet.

For uansett om det handler om tannfiling på TikTok eller tannfylling på klinikk, står vi på samme side. Og det er kanskje derfor NTF Student fortsetter å vokse, fordi vi ikke bare snakker om tannhelse, men om alt som må til for at studenter faktisk skal kunne smile underveis.

God jul og godt nytt år!

Vi takker alle medlemmer og
samarbeidspartnere for et godt 2025!

I stedet for julekort sender vi i år en
gave til Atlasalliansen.

Med vennlig hilsen



Den norske
tannlegeforening



Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

8. jan–20. april	Oslo	Lederkurs for tannleger (BI)
15.–16. jan 2026	Bergen	Vestlandsmøtet
27. jan	Oslo	OTF medlemskurs «Alignere – en gjennomgang fra A til B»
28. jan–19. jun	Oslo	Kompetansekurs i psykologisk og farmakologisk behandling av tannbehandlingsangst
30. jan	Elverum	HTF medlemskurs «Komposittrestaureringer i den estetiske sonen»
6.–7. feb	Klækken	Klækkenkurset 2026
6.–7. feb	Kristiansund	Operakurset 2026 «Den vanskelige fyllinga og det slitte bitt»
3. mars	Oslo	OTF medlemskurs «Direct posterior composite restorations»
5.–6. mars	Oslo	NTFs symposium
16.–17. april	Trondheim	Midt-Norgemøtet
27. april	Innlandet	HTF medlemskurs «Helfo og dokumentasjon»
18.–19. juni	Tromsø	NTFs Midnattssolsymposium

Andre kurs, møter og aktiviteter

15.–16. jan	Oslo	KS I – introduksjonskurs
5.–6. feb	Lillehammer	NOFOBI Vinterseminar

HUSK NTFs NETTKURS!

Kursene er gratis og teller 2 timer
i NTFs obligatoriske etterutdanningssystem

- Etikk - hele tiden (NYTT)
- Strålevern (nytt kurs lanseres snart)
- Folketrygdens stønadsordning
- Smittevern
- Bivirkninger fra odontologiske biomaterialer
- Kjøp og salg av tannklinikk
- HMS for leder

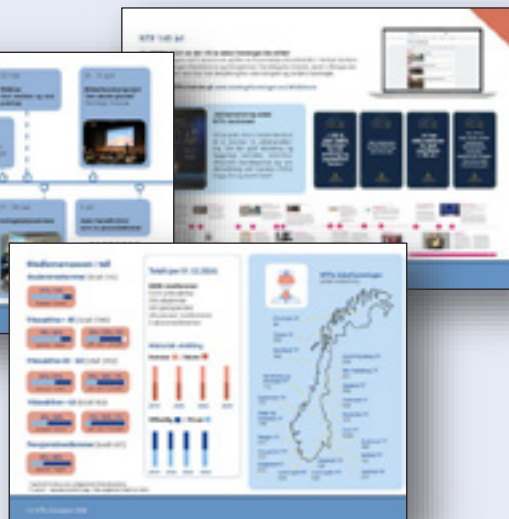
Full oversikt over tilgjengelige nettkurs finner du på
www.tannlegeforeningen.no/nettkurs



NTFs NETTKURS

Bli bedre kjent med NTF!

Last ned årsrapporten
for 2024!



◀◀ tilbakeblikk

19
25

Fra lokalforeningene

«Generalforsamling i Oplandenes tandlægeforening holdtes den 3. oktober 1925 hos tandlæge Aschenberg paa Dehli gaard i Furnes.

Hovedstyrets forslag om forandring i lovens § 10 blev enstemmig vedtat, derimot vandt tandlæge Moestues forslag om navneforandring til «Norsk tandlægeforening» ingen tilslutning.

Tandlæge Ivar Krohn demonstrerte derefter forskjellige interessante tilfælder fra praksis. Den officielle del av programmet avsluttedes med en indstændig henvendelse til den norske tandlægestand fra tandlæge Aschenberg.

I tilslutning til generalforsamlingen holdtes om formiddagen flere interessante demonstrationer paa tandlæge Løkens kontor.

Man gik saa over til det selskabelige samvær, og langt ut i de smaa timer hygget man sig paa det beste i de store, lavloftede stuer paa Dehli gaard.»

🕒 Tidende nr. 1, 26. aargang, desember 1925

19
75

«Fra avisen Nationen – Hvis Norge gjør som Sverige:

Tannlegeregninger på Trygdekassen?

I Sverige behøver ingen lenger være redd for skyhøye tannlegeregninger. Alle svenske borgere får refundert størsteparten av utgiftene ved all tannlegebehandling gjennom den ett år gamle «tandvårds-försäkringen».

Ikke minst forebyggende vil denne ordningen bety mye. Vi regner med at antall tannskader og gebisser vil synke betraktelig, sier den svenske tannlegen Hans Sundberg fra den svenske Socialstyrelsen i en samtale med Nationen. Sundberg er i Oslo i forbindelse med Den norske tannlægeforenings landsmøte, og innledet i går om erfaringene med den nye svenske ordningen.

Alle under 17 år – det vil snart utvides til 19 – får helt gratis tannlegebehandling. Alle over 17 år får minst 50 pst. Av kostnadene refundert fra trygdekassen. For forebyggende tiltak refunderes hele 75 pst. All behandling som overstiger 1000 kr refunderes med 75 pst.»

🕒 Tidende nr. 12, desember 1975

20
15

Tennene hjem til kommunen

«Vi har mange tjenester som er gode hver for seg. Men vi mangler helheten. Vi deler inn tjenestene våre. Etter diagnoser. Etter kroppsdelar. Etter alder. De ulike bitene hører hjemme på ulike kontorer og i ulike sektorer. Det blir for mange biter. Og det blir for lite helhet. Dere vet dette bedre enn noen. For tennene har jo ikke hørt hjemme i kommunen engang. De har ligget i fylkeskommunen. Så dere. Det er på tide å samle sammen bitene. Det er på tide å lage helhetlige helse-tjenester der folk lever livene sine. Og det er på tide at tennene også kommer dit. Hjem til kommunen.»

🕒 Fra helse- og omsorgsminister Bent Høies tale til NTFs landsmøte Tidende nr. 11, desember 2015

Klokka 0000 på utgivelsesdato

www.tannlegetidende.no

God jul, og tusen takk!



Illustrasjon: Wenche Hellekås/wenche.hellekaas.com

Tidendes redaksjon takker alle som har bidratt med stoff til Tidende gjennom året som er gått - fagstoff, aktuelt, debatt, bokanmeldelser, sommersaker, foreningsstoff og faste spalter. Ingen nevnt, og ingen glemt.

En særskilt takk går til fagfellene som vurderer vitenskapelige artikler og kaspresentasjoner - for det viktige arbeidet dere utfører når dere kvalitets-sikrer fagstoffet for Tidendes lesere.

Vi ønsker alle våre lesere og verdifulle bidragsytere en god og fredelig jul og et fint og godt nytt år.

Redaksjonen

Tidendes pris 2025

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel for toårsperioden 2023-2025 gikk til artikkelen *Hjørnetenner på avveie – kliniske og radiologiske vurderinger* av forfatterne Panagiota Papadakou, Malin Victoria Jonsson og Torbjørn Østvik Pedersen. Artikkelen var publisert i Tidende nr. 10, 2023.

Juryen sier at valget av denne artikkelen er basert på en totalvurdering av dens vitenskapelige kvalitet, struktur og relevans for profesjonen. Artikkelen utmerker seg ved en tydelig faglig presentasjon, hensiktsmessig bruk av kliniske illustrasjoner og et klart og

presist språk. Relevansen vurderes som høy ettersom problemstillingen favner bredt, og berører kliniske aspekter som er av interesse både for nyutdannede og erfarne tannleger i ulike delfelt.

Det er særlig lagt vekt på artikkelens evne til å formidle oppdatert vitenskapelig kunnskap. Innholdet er solid forankret i gjeldende forskningslitteratur og har klar overføringsverdi til klinisk praksis. Videre imøtekommer artikkelen tidsskriftets målsetting om kompetanseheving og etterutdanning, og bidrar til refleksjon omkring arbeidsmetoder og praksisvalg i odontologisk virksomhet.



Vinnerne av Tidendeprisen 2025. Fra venstre: Malin V. Jonsson, Panagiota Papadakou og Torbjørn Ø. Pedersen. Foto: Glenn Pettersen, NPG

TkØ markerer 10 år

I 2015 flyttet Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ) inn i nye lokaler på Majorstua i Oslo for å kunne realisere oppgaven det innebærer å være et odontologisk kompetansesenter i region øst. Nå, ti år senere, er senteret et relevant og fullverdig kompetansemiljø innen spesialistbehandling, forskning og kompetanseheving, heter det i en pressemelding.

Videre sies det at tiden er kommet for å se hva de har fått til og samtidig se mot fremtiden.

Tiårsjubileet ble feiret ved at TkØ inviterte til det de kalte en dag med faglig oppdatering, refleksjon og nettverksbygging den 13. november.

TkØ bød på omvisning i klinikken i Sørkedalsveien og presentasjoner av ulike forskningsprosjekter samt informasjon om hvordan de jobber med fagutvikling og kompetanseheving.

Jubileumsprogrammet fortsatte i Litteraturhuset i Oslo, med flere foredrag og en panelsamtale om fremtidens tannhelsetjeneste og TkØs plass i denne.



Hilde Vogt Toven er direktør ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ) Foto: TkØ

Pynt opp med en Tidende-plakat!

Du har kanskje en favoritt blant Tidendes forsider?

Nå kan du få den som plakat, og gjøre det fint på klinikken, på venteværelset eller kanskje på kontoret hjemme?



SPESIALISTER

ENDODONTI

AGDER

Tannlege Christine Westlie Bergman

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

Tannlege Claus Ungerechts

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

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

Tannlege Trude Udnæs

Tannlege Stig Heistein

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

Kjeller Tannhelse

Erik Katle

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

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Johan August Ulstad

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

Tannlegeriet Liabø

Tannlege Erika Giving

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

Tannlege Thomassen AS

Endodontist Naweed Faizi

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

Ullensaker Tannlegesenter

Naweed Faizi

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

Tannlege Unni Endal, universitetslektor UIO

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

Tannlege Erik Giving

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

BUSKERUD

Bragernes Endospesialist As

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

Odontia Tannlegene Brage

Cecilie Herbjørnsen

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

Nikola Petronijevic

Oris Dental Drammen Spesialistsenter

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

INNLANDET

Tannlege Veslemøy Linde

Mjøstannlegene

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

Tannlege Nabeel K. Mekhlif

Vangsvegen 62
2317 Hamar
Tlf. 62 52 70 00

MØRE OG ROMSDAL

Odontia Kvernberget

Marianne Kleivmyr

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

Sentrum Tannhelse Odontia

Erik Hjelkrem

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

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege Stig Heistein

Spesialist i endodonti
Endodonti
Smerteutredning
Endodontisk kirurgi
CBCT
Tilrettelagt for rullestolbrukere.
Refstadveien 64
0589 Oslo
Tlf: 22939340
post@tannmedisin.no
Vi bruker HENVISNING.NO

Festningen tannklinikk AS

Tannlegene Lars M. Døving, Lene Rikvold og Kima Karimiha

Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhusann.no

MedDentCare Tann & Helse

Arash Sanjabi DDS, Spesialist i endodonti
Hoffsyn. 16
0275 Oslo
Tel. 22200222
post@meddentcare.no
www.meddentcare.no
Smerteutredning, CBCT, apikal kirurgi,
oral kirurgi og behandling under narkose
eller lystgass.

Odontia Tannlegene Oslo Sentrum

Kima Karimiha

Spesialist i endodonti
Skippergata 31-33
0154 Oslo
Tlf: 22 34 82 00
www.odontia.no
oslosentrum@odontia.no

Oslo Endodontiserter

Spesialist i endodonti Thomas H.

Myrhaug

Spesialist i endodonti Iman Saleh

Spesialist i endodonti Knut Årving

Spesialist i endodonti Erika Giving

Sørkedalsveien 10B
0369 Oslo
Tlf: 24 07 61 61
Fax: 21 03 76 87
www.osloendo.no
post@osloendo.no

SpesDent

Spesialistklinikkk
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Endo spes. Gilberto Debelian
Endo spes. Andre Roushan
Tlf. 22 95 51 00
Vi tar i mot elektroniske henvisninger
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Tannlege Homan Zandi AS

Homan Zandi

Spesialist i endodonti, PhD
Parkveien 60
0254 Oslo
Tlf. 22 44 18 11
E-post: homan@zandi.no
www.zandi.no

Tanntunet AS

Tannlege og Dr.odont. Iman Saleh

Tannlege Nicolai Orsteen

Spesialist i endodonti
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no
Samarbeider med radiolog Neeraj Kasbekar

Tannlege Anne Gunn Nygaard-Østby

Spesialist i endodonti
Akersgt.16
0158 Oslo
Tlf 23105350
Mail: annegunn@dentalpartnerne.no

Tannlege Ingela Pedersen

Skøyen Tannlegekontor
Karenslyst alle 9
C 0278 Oslo
Tlf. 22 55 41 79
Faks 22 55 41 85
ingela@skoyentann.no

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Calin Cristea, spesialist i endodonti

Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf: 52 70 77 00
www.tkrogaland.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Aff Tabbara, spesialist i endodonti

Elisabeth Samuelsen, spesialist i endodonti

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

Tannlege Ole Henrik Nag

Spesialist i endodonti
Tannlege Haakon Gramstad Skeie
Spesialist i endodonti
Løkkeveien 51
4008 Stavanger
Tlf. 51 52 12 23
E-mail: post@nogp.no

TELEMARK

Spesialist i endodonti Robert Austheim

Skien tannklinikk, endodontisk avdeling
Telemarksvegen 170,
3730 Skien
Tel: 35583965

TROMS

Tannlege Anne Kjæreng

Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
anne.k@tannlegespesialistene.no

Tannlege Sissel Storli

Spesialist i endodonti
Strandtorget tannklinikk
Standtorget 3, Pb. 252
9253 Tromsø
Tlf 776 81 297

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Spesialist i endodonti Jonas Skyrud

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

VESTLAND

Tannlege Hekland AS

Tannlege Hege Hekland
www.tannlegehekland.no
Starvhusgt 2A
5014 Bergen
Tlf. 55 31 65 17
post@tannlegehekland.no

Tannlege Nicole Aria

Spesialist i endodonti

Tannlege Inge Fristad

Spesialist i endodonti

Tannlege Vilhjalmur Vilhjalmsen

Spesialist i endodonti, PhD
Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

Tannlege Louis Cuomo Høisæter

Åsane Tannlegesenter AS,
Åsane senter 42,
5116 Ulset
Tlf 55 53 18 30
tannlege@asatann.com

ØSTFOLD

Nye Fredrikstad Endodonti

Anders Samuelsen

Spesialist i endodonti
Hans Jacob Nilsens gate 12
1606 Fredrikstad
Tlf: 69 31 93 65
www.odontia.no

Varna Tannlegesenter

Erik Katle

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

KJEVE- OG ANSIKTSRADIOLOGI

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

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

Kjeller Tannhelse

Ingvild Vestengen

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

Ski Tannlegesenter

Tannlege Lena Vannas-Løfqvist

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

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Ingvild Vestengen

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

BUSKERUD

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Ingrid Kibsgaard Vestengen

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

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege Anders Valnes

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

Fjord Dental AS

Katarzyna Skramstad

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

Holtet Spesialisttannhelse AS

Tannlege Christina Stervik

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

Oralkirurgisk klinikk Oris dental

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

Tanntunet AS

Radiolog Neeraj Kasbekar

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

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Ingibjörg Benediktsdóttir,

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

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Ingibjörg Benediktsdóttir, spesialist

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

Tannlege Gro Wilhelmsen Hustvedt

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

TELEMARK

Tannlegene Otterstad A/S

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

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

CBCT ved radiolog Neeraj Kasbekar

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

KJEVEORTOPEDI

AKERSHUS

Asker Tannregulering

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

Ski Tannlegesenter

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

BUSKERUD

Hønefoss Tannregulering

Kjeveortoped Maryam Mehdinia

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

INNLANDET

Odontia Tannlegene Fåvang

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

Dag Kjelland

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

MØRE OG ROMSDAL

Sentrum Tannhelse Odontia

Anna Kasbekar

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

OSLO

Adamstuen tannregulering

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

Oslo Endodontisenter

Nina Torgersbråten

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

Tanntunet AS

Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak

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

Kjeveortoped Håkon Haslerud Høimyr

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

Tannlege Svein Høimyr

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

Tannlege Kim Christian Johansen

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

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Jenny Bogstad Søvik

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

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Linn Haugland, spesialist i kjeveortopedi

Jane van Boven, kjeveortoped

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

TROMS

Oris Dental Grønnegata

Kristin Sandvik og Anette Haseid
PB 1142, 9261 Tromsø
Besøksadresse:
Grønnegata 32, 9008 Tromsø
77 75 30 30
kjeveortoped.gronnegata@orisdental.no
orisdental.no/henvis-til-spesialist/

VESTLAND

Kjeveortoped Marko Scepanovic

Kjeveortopedisk behandling med lingual
aparatur
Trad. tannregulering

Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

Toppe Tannregulering
Sandslihaugen 10, 5254 Sandsli
Telefon: 55 92 90 20
post@usynligtannregulering.no

ØSTFOLD

Kransen Tannlegesenter AS

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

ORAL KIRURGI OG ORAL

MEDISIN/KJEVEKIRURGI

AGDER

Tannlege Katja Franke

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

AKERSHUS

Kjeller Tannhelse

Modassar Amin

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

Kolbotn Tannklinikk

Hassan Tariq

Spesialist i Oral Kirurgi
Sønsterudveien 32, 1412 Sofiemyr
Tlf. 401 22 222
resepsjon@kolbotntannklinikk.no
www.kolbotntannklinikk.no

Nittedal Tannlegesenter AS

Maxillofacialkirurg Dominykas Dvylys

Mattias Skytters Vei 173, 1482 Nittedal
Tel. 67 07 77 77
post@nittedaltannlegesenter.no
www.nittedaltannlegesenter.no

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

Odontia Tannlegene Asker

Modassar Amin

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

Ski Tannlegesenter

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

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Amin Homayouni

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

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Dag Tvedt

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

BUSKERUD

Accept Dental Tannlegesenter

Oral kirurg Amir Ashourion

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Storgata 8, Kongsberg
Tlf.: 32753233
www.acceptdental.no
service@acceptdental.no

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

Tilrettelagt for rullestolbrukere

DRAMMEN ORALKIRURGI

Spesialister i oral kirurgi og oral medisin
Implantatkirurgi
Oralkirurg Kjetil Misje
Oralkirurg Gudmundur Björnsson

Torgeir Vraas Plass 6
3044 DRAMMEN
Tlf. 32 27 67 50
Post@drammenoralkirurgi.no

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Øystein Langeland

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

Odontia Tannlegene Brage

Modassar Amin

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

Ringerike Tannlegesenter AS

Tannlege Ulf Jonsson

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Mirna Farran

Spesialist i oral kirurgi
Grønland 40
3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Dr. Odont Shelley Khullar

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

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS

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

Odontia Tannlegene Brumunddal

Sara Bergstrand

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

Odontia Tannlegene Lillehammer

Lilletorget

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

MØRE OG ROMSDAL

BLINDHEIM TANNLEGESENTER AS

Dr. odont spesialist oral kirurgi-oral

medisin Lado Lako Loro

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

Oralkirurg Fredrik Ahlgren

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

NORDLAND**Odontia Tannlegene Sortland****Seong Hwan Jeon**

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

Tannlege Roar Karstensen

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Bodø Tannlegesenter
Storgata 3B, 8006 Bodø
Tlf: 75 50 65 10
post@bodotannlegesenter.no
www.bodotannlegesenter.no

OSLO**Clinica smile Frogner****Spes.Oral kirurg Jaehyun Sim**

Oral kirurgi, Implantatbehandling
Bygdøy alle 19, 0262, Oslo
https://clincasmile.no/
post@clincasmile.no
22 23 33 33

Festningen tannklinikk**Lege og tannlege Lars Peter Sand****Lege og tannlege Mats Døving**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Nedre Vollgt 1, 0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
firmapost@raadhusstann.no
www.festningen-tannklinikk.no

Fjord Dental AS**Rafael Marques da Silva**

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

KIRURGIKLINIKKEN

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

Odontia Tannlegene Oslo Sentrum**Sara Bergstrand**

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

Oralkirurgisk klinikk Oris dental

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

Oslo Endodontisenter**Sara Bergstrand**

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

Skullerud Tannlegesenter**Hassan Tariq**

Spesialist i Oral Kirurgi
Olaf Helsetsvei 5G
0694 Oslo
Tlf 921 22 222
resepsjon@skullerudtannlegesenter.no
www.skullerudtannlegesenter.no

SpesDent

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

Tanntunet AS

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

Oralkirurg Laszlo Kalmar

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

Tannlege Gholam Soltani

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

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk

Dr. Peter Schleier

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,
Implantatbehandling

Attila Csillik

spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Luramyrvæien 12
4313 Sandnes
Tlf: 51 96 99 99
post@forustann.no
www.forustann.no

Haugesund spesialisttannklinikk

Gregor Volz, spesialist i oral medisin og
oral kirurgi

Haugesund tannklinikk
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf: 52707700
www.tkrogaland.no

Odontia Tannlegene Haugesund

Vegard Østensjø

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Sørhauggata 111
5527 Haugesund
Tlf: 52 71 10 00
www.odontia.no
haugesund@odontia.no

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Dr. Peter Schleier

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,
Implantatbehandling

Attila Csillik

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Gregor Volz

PB 73 Sentrum
4001 STAVANGER
Tlf: 51 53 01 99
post@stavangertann.no
www.stavangertann.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Mindaugas Brukas, spesialist i oral medisin
og oral kirurgi

Gregor Volz, spesialist i oral kirurgi og oral
medisin

Torgveien 21 B
4016 Stavanger
Tlf 51506810
www.tkrogaland.no

TELEMARK

Holtanklinikken, Michael Unger.

Spesialist i oralkirurgi.
Oralkirurgi og implantatkirurgi.
Implantatprotetikk med Helfo refusjon v/
Inge Holtan Saga.
Folkestadvegen 12, Pb 153
3833 Bø i Telemark
Tlf: 35 06 10 50
post@holtanklinikken.no

Sentrum Tannklinikk Porsgrunn AS Maxillofacial kirurg Dominykas Dvylys

Tannlege og lege. Oralkirurgi og
implantatkirurgi.
Storgata 146, 3915 Porsgrunn
post@sentrumtannklinikkporsgrunn.no
Tlf. 40455514

Sentrum Tannklinikk Porsgrunn AS Oralkirurg Eva Sawicki Vladimirov

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin.
Oralkirurgi og implantatkirurgi
Storgata 146, 3915 Porsgrunn
post@sentrumtannklinikkporsgrunn.no
Tlf. 40455514

Tannlegene Otterstad A/S

Tannlege spesialist oral kir. og oral med.
Erik Bie
Tannlege spesialist oral kir. og oral med.
Ilaria Vitali
Tannlege spesialist oral kir. og oral med. Eva
Sawicki Vladimirov
Storgaten 118 A,
3921 Porsgrunn
Tel. 35 930360
www.tannlegeneotterstad.no
post@tannlegeneotterstad.no

TROMS

Odontia Tannlegene Tromsø Byporten Seong Hwan Jeon

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Skippergata 32
9008 Tromsø
Tlf: 77 67 31 00
www.odontia.no
byporten-tromso@odontia.no

Oris Dental Grønnegata

Hans Thomas Brox
PB 1142, 9261 Tromsø
Besøksadresse:
Grønnegata 32, 9008 Tromsø
77 75 30 30
gronnagata@orisdental.no
orisdental.no/henvis-til-spesialist/

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS

Oral kirurgi / kjevekirurgi, samt alle typer
tannbehandlinger i narkose.
Tor Håkon Larsen, tannlege og spesialist-
kandidat i oral kirurgi og oral medisin
Bernt Arne Rønbeck, spesialist i oralkirurgi
Geir Store, Professor i kjevekirurgi
Sjøgata 39, 3. etasje, 9008 Tromsø
Tlf: 975 35 000
post@ttkns.no
www.ttkns.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Oral kirurgi og implantologi
Oral Kirurg Murwan Idris
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor

Lege og Tannlege

Bjørn K Brevik

Spesialist i kjevekirurgi
Implantologi
Dentoalveolær kirurgi
Oral medisin
TY Tannklinikk Liljendal
Peder Falcks vei 3
7044 Trondheim
Tlf 73602030
bjorn.ketil.brevik@tytannklinikk.no

VESTFOLD

Odontia Kaldnes Tannhelse

Rafael Da Silva

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

Odontia Tannlegene Larvik

Anne Aasen

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Prinsegata 3-5
3256 Larvik
Tlf: 33 18 44 24
www.odontia.no
larvik@odontia.no

Tannklinikken Skeie AS

Oralkirurg Fredrik Lindberg
Implantater og annen oral kirurgi
-sedasjon/narkose om ønskelig
Aagaards plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

Tannlege og lege Bjørn J. Hansen

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

VESTLAND**Oralkirurg Arild Kvalheim****Oralkirurg PhD Torbjørn Pedersen**

Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

ØSTFOLD**Kransen Tannlegesenter AS**

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

Varna Tannlegesenter**Seong Hwan Jeon**

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

ORAL PROTETIKK**AKERSHUS****Kjeller Tannhelse****Trine Bjelke-Holtermann**

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

Tannlegene i Jarhuset AS**Tannlege Åshild Frettem**

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

Tannlege Knut Erik Eide

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

Tannlege, PhD Jørn A. Aas

Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Tannlegene i Concordiabygget
Stortorvet 20
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

BUSKERUD**Flattum Tannlegesenter****Tannlege Anders Brennhovd**

Spesialist i oral protetikk.
Implantatprotetikk. TMD. Søvnapné
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Odontia Tannlegene Brage**Marianne B. Vangsnes**

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

Spesialistklinikken Union Brygge AS**Tannlege Christine Dæhli Oppedal**

Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Grønland 40
3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Tannlegene Sydow og Mo AS

Odontologisk spesialistpraksis
Spesialister i oral protetikk:

Arild Mo**Carl Hjortsjö ph.d****Åshild K Frettem**

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

INNLANDET**Tannlege Geir Oddvar Eide**

Implantatprotetikk
Tannlegene i kvartal 48
Torggt. 44, 2317 Hamar
Tlf. 62 52 30 73
Faks 62 52 24 49

Tannlege Eva Gunler

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

NORDLAND**Tannlege Are Arnesen Moen**

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

OSLO**Aktiv Tannklinikk AS****Tannlege Anne Kalvik**

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

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege Hans Jacob Rønold

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

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege Roy Samuelsson

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

Festningen tannklinikk AS

Tannlege Cathrine Å. Karlsen, spes.
protetikk. Implantatprotetikk
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhusstann.no

Fjord Dental AS

Monika Caban

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

Holtet Spesialisttannhelse AS

Tannlege Knut-Erik Jacobsen

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

KIRURGIKLINIKKEN

Hanne Gran Ohrvik, spes.protetikk.

Implantatprotetikk
Kirkeveien 131, 0361 Oslo
Tlf. 23 36 80 00
Faks. 23 36 80 01
post@kirurgiklinikken.nhn.no
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

Oral kirurgisk klinikk Oris dental

Spesialistklinikk

Tannlege, PhD Jørn A. Aas

Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Fridtjof Nansens Vei 19,
0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90
Faks: 23 19 61 91
Oralkirurgisk@orisdental.no
www.orisdental.no/klinikker/oralkirurgisk-
klinikk

Oslo Endodontisenter

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

SpesDent

Spesialistklinikk
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo

Henrik Skjerven PhD

Allina Iqbal

Spesialister i oral protetikk

Implantatprotetikk

Tlf. 22 95 51 00

Vi tar i mot elektroniske henvisninger
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Tannlege Elisabeth Henderson

Spesialist Oralprotetikk
Implantologi, Porslensfasader,
Kombinasjonsprotetikk, Snorkeskinner

Tannlege Åshild Kvamen Frettem

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

ROGALAND

Haugesund spesialisttannklinikk

Trond Storesund, spesialist i oral protetikk

Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf: 52 70 77 00
www.tkrogaland.no

Odontia Tannlegene Haugesund

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

www.odontia.no

haugesund@odontia.no

TkRogaland

Stavanger spesialisttannklinikk

Inken Reichhelm, spesialist i oral protetikk

Lena Johansen, spesialist i oral protetikk

Torbjørn Leif Hansen, spesialist i oral protetikk

Torgveien 21 B

4016 Stavanger

Tlf 51 50 68 10

www.tkrogaland.no

Tannlege Hannu Larsen

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

TROMS

Oris Dental Grønnegata

Carl Fredrik Haseid
PB 1142, 9261 Tromsø
Besøksadresse:
Grønnegata 32, 9008 Tromsø
77 75 30 30
gronnagata@orisdental.no
orisdental.no/henvis-til-spesialist/

Tannlege Hans Are Ovanger

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

TRØNDELAG

Bakke tannlegekontor AS

Tannlege Amanda H. Ulsund

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

Tannlege Eva Børstad

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

VESTFOLD**Odontia Kaldnes Tannhelse****Monika Caban**

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

Tønsberg Tannlegevakt**Tannlege Pål-Espen Tannmand****Tannlege Sigurd Schneider**

Spesialist i oral protetikk. Implantatprotetikk.
TMD. Søvnappé
TOO tannlege, Narkose
Storgaten 27B
3126 Tønsberg
Tlf. 40 61 12 12
tonsbergtannlegevakt.no
tannmand@tonsbergtannlegevakt.no

VESTLAND**TANNLEGE Team Kjersti Sylvest-Jensen**

Spesialist i oral protetikk
Tannslitasje, alt innen fast - og avtakbar
protetikk, implantatprotetikk, rehabilitering
og estetisk tannbehandling
Nattlandsfjellet 1A
5098 Bergen
TLF: 55316767
www.tannlege-ksj.no
tannlegek@outlook.com
kjersti.sylvest-jensen@ok.uib.no

Tannlege Paul-Arne Hordvik

Spesialist i oral protetikk
Tannslitasje, alt innen fast- og avtakbar
protetikk, implantatprotetikk, rehabilitering
og estetisk behandling
Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

Tannlege Christine Jonsgar

Spesialist i oral protetikk
Implantat planlegging og
implantatprotetisk rehabilitering
Komplikasjonsbehandling implantater
Omfattende rehabilitering fast/avtagbar
Behandlingsplanlegging og koordinering
der henviser ønsker å gjøre hele eller deler
av behandling selv.
Kanalveien 64, 3 etg.
5068 Bergen
Tlf: 55550600
tannlegejonsgar@gmail.com
henvisning@bergen-tannhelsesenter.no

Tannlege Marit Morvik

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

ØSTFOLD**Odontia Tannlegene Walle****Rune Sollin**

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

Varna Tannlegesenter

Spesialist i oral protetikk **Sigurd Schneider**
Spesialist i oral protetikk **Lars-Fredrik**
Gjølstad
Rosenvingesvei 8
1523 Moss
Tlf: 69 26 49 00
www.odontia.no
varna@odontia.no

PEDODONTI**ROGALAND****Haugesund spesialisttannklinikk****Marie Anette Nilsen**

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

TkRogaland**Stavanger spesialisttannklinikk****Sonja Yr Løken, Andrzej Pawlowski, Ciara Houlihan**

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

PERIODONTI**AKERSHUS****Kjeller Tannhelse****Simen W. Johnsen**

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

Ski Tannlegesenter**Tannlege Torkel Kolsrud.** Kort ventetid.

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

Tannlegene i Jarhuset AS**Tannlege Jørgen Hugo**

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

Tannlege Marie Fjærtøft Heir

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

Tannlege Berit Bae Lier

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

Tannlege Tove Roscher

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

BUSKERUD

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Kristin Rustand

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

Ringerike Tannlegesenter AS

Tannlege Dr.Odont Kristin M. Kolltveit

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

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Jon Flinth Vatne

Spesialist i periodonti
Tannlege Kerstin Schander
Spesialist i periodonti
Tannlege Thomas Norum
Spesialist i periodonti
Grønland 40, 3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Periospesialist Sandra B. Tunbridge

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

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS

Cecilia Johansson

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

Lillehammer Tannhelse

Knut Sæther

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

Tannlege Martin Wohlfeil

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

Tannlege Klaus Ånerud

Implantatbehandling
Parkveien 7, 2212 Kongsvinger
Tlf. 62 81 46 78
Faks 62 81 42 20
klaus.anerud@gmail.com

MØRE OG ROMSDAL

Aksla Tannhelse AS

Tannlege Irene Dybvik

Spesialist i periodonti
Ystenesgata 6B
6003 Ålesund
Tel: 70 12 22 94
hei@akslatannhelse.no
www.akslatannhelse.no

OSLO

Aktiv Tannklinikk AS

Tannlege Janet Maistry Østrem

Spesialist i periodonti
Storgata 17
0184 Oslo
Tlf: 22 41 80 80
Email: post@aktivtann.no
www.aktivtann.no

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege Caspar Wohlfahrt

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

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege Maria Balta

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

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege Anders Verket

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

Nordstrand Tannhelse AS

Tannlege Trond Telje

Spesialist i periodonti
Von Øtkens vei 1, 1169 Oslo
Tlf. 22 61 32 01
post@nordstrandtannhelse.no
www.nordstrandtannhelse.no

SpesDent

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

Spesialistklinik for Periodonti as

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

Tanntunet AS

Tannlege og Dr.odont. Mawaan Khadra

Spesialist i periodonti
Ny dalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Tannlege Nina Bjergene

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

Tannlege Mette Gilhus Hillestad

Slemdal tannlegesenter
Stasjonsveien 4
Postboks 31
Slemdal 0710 Oslo
Tlf. 22 14 18 00
firmapost@slemdal-tann.nhn.no
www.slemdal-tann.no

Periospesialist Ingeborg Kolseth

Akersgata 16, 0158 Oslo
post@periodonti.no

Tannlege Spesialist Periodonti

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

Tannlege Sandra Bellagamba Tunbridge

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

ROGALAND**Haugesund spesialisttannklinikk**

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

Odontia Tannlegene Haugesund

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

Tannlegene Hetland AS

Tannlege Trond Ole Hetland,
Tannlege Pedro Franca
Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

TkRogaland**Stavanger spesialisttannklinikk**
Lorenz Volker Knie, spesialist i periodonti

Torgveien 21 b
4016 Stavanger
Tlf 51506810
www.tkrogaland.no

TELEMARK**HOLTANKLINIKKEN, Jan M. Akre**

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

TRØNDELAG**Bakke Tannlegekontor AS**
Spes. Perio Dr. Alberto Turri

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

VESTFOLD**Odontia Sandefjord**

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

Perio Tannklinikken AS

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

VESTLAND**Tannlege Kristian H. Lind**

Spesialist i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Implantatkirurgi
Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

Oris Dental Nesttun
Østre Nesttunvegen 2, 5221 Nesttun
Telefon: 55 10 17 00
nesttun@orisdental.no

ØSTFOLD**Kransen Tannlegesenter AS**

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

Odontia Tannlegene Walle**Lars Walle**

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

Varna Tannlegesenter**Jon Olav Kubberød**

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

SPESIALKOMPETANSE

IMPLANTATPROTETIKK

* Godkjent til å utføre implantatprotetisk behandling med trygdestønad.

AGDER

Odontia Tannlegene Lyngdal

Steinar Osmundsen

Tannlege
Kirkeveien 17
4580 Lyngdal
Tlf: 38 34 44 80
www.odontia.no
lyngdal@odontia.no

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

Tannlege Gyri Dingsør

Tilrettelagt for rullestolbrukere
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf: 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Odontia Tannlegene Sandvika

Sheeba Kumar

Tannlege
Brodtkorbsgate 7
1338 Sandvika
Tlf: 67 55 07 00
www.odontia.no
sandvika@odontia.no

Odontia Tannlegene Ås

Harald Høyvik

Tannlege
Rådhusplassen 29
1430 Ås
Tlf: 64 94 09 51
www.odontia.no
aas@odontia.no

Ski Tannlegesenter

Tannlege Magnus Paulsbo,
Tannlege Morten Paulsbo. Kort ventetid.
Jernbaneveien 4
1400 Ski
implantat@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Julie Frigaard, PhD

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

Tannlege MNTF Hans Kristian Dahl

Son Torg, Storgt. 25
1555 Son
64 95 80 00/64 95 85 85
tahk.da@online.no

BUSKERUD

Accept Dental Tannlegesenter

Tannlege Simon Budak

Godkjent for implantatprotetikk med trygderefusjon (UiO)
Master of Science in Implantology and Dental Surgery
Storgata 8, Kongsberg
Tlf.: 32753233
www.acceptdental.no
service@acceptdental.no
Vi har også oral kirurg på klinikken.
Tilrettelagt for rullestolbrukere.

Ringerike Tannlegesenter AS

Tannlege Bjørn Even Gulsvik

Kartverksveien 9
3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Tannlege Trond Anderssen

Oris Dental Drammen
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

Tannlege Bent Dramdal

Myntgt. 5, 3616 Kongsberg
Tlf. 32 73 10 06, faks 32 72 42 28
Klokkerbakkentannlegene@gmail.com

Tannlege Terje Døvik

Samarbeider med
Dr.odont, oralkirurg Gudmundur Björnsson
Oralkirurg Kjetil Misje
Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas plass 6, 3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50
terje.doviken@drammenoralkirurgi.no
www.drammenok.no

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS

Tannlege Caslav Kokosar

Lille Strand gt. 3
2317 Hamar
Tlf. 62523696
www.aktivtannhelse.no
post@aktivtannhelse.no

Hartz Dental AS

Tannlege Einar Hartz
Storgata 7b
2408 Elverum
Tlf 62432100
www.hartzdental.no
info@hartzdental.no

Odontia Tannlegene Brumunddal

Tannlege Jørn Bang-Larsen

Tannlege Ingeborg Langmoen Ørum

Tannlege Hildegunn Wingdahl

Nygata 9
2380 Brumunddal
Tlf: 62 34 05 26
www.odontia.no
brumunddal@odontia.no

Odontia Tannlegene Lillehammer

Lilletorget

Tannlege Kristin Lillemo-Thorud

Tannlege Kasper Vork

Storgata 89
2615 Lillehammer
Tlf: 61 25 27 63
www.odontia.no
lillehammer@odontia.no

Odontia Tannlegene Stange

Espen Mjelde

Tannlege
Storgata 4
2335 Stange
Tlf: 62 57 38 80
www.odontia.no
stange@odontia.no

Tannlege Gunnar Steinsvoll AS

Johan Nygårdsgt. 11B
2670 Otta
Tlf. 61 23 00 26
post@gsteinsvolls.nhn.no
Implantatprotetikk, sedasjon, lystgass.
Tilgjengelighet for funksjonshemmede.

MØRE OG ROMSDAL

Odontia Kvernberget

Kirsti Kristoffersen

Tannlege
Rørgata 8
6517 Kristiansund
Tlf: 71 67 00 00
www.odontia.no
kvernberget@odontia.no

Sentrum Tannhelse Odontia**Tannlege Gøran Aass****Tannlege Camilla Anderson**

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

Tannlegekontoret Volda**Tannlege John Thomas Riise****Tannlege Silje E. V. Heggedal**

Hamnegata 5
6100 Volda
Tlf: 70 07 60 67
www.odontia.no
tannlegekontoret@odontia.no

Tannlege Helene Herje

Tannlegene i Myrabakken
Myrabakken 5, 6413 Molde
Tlf: 71 21 55 15
post@tannlegeneimyrabakken.no
www.tannlegeneimyrabakken.no
Tilrettelagt for rullestolbrukere

NORDLAND**Odontia Tannlegene Sortland****Line Pedersen**

Tannlege
Kjøpmannsgata 22
8400 Sortland
Tlf: 76 12 22 35
www.odontia.no
sortland@odontia.no

Tannlege Per Hamre

Tannboden Brønnøysund AS
Storgata 19
8900 Brønnøysund
Telefon 924 79 700

OSLO**Festningen tannklinikk****Tannlege Cathrine Å. Karlsen**

Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
firmapost@raadstann.no
www.festningen-tannklinikk.no

Fjord Dental AS**Martin Christopher Hoftvedt**

Spesialkompetanse Implantatprotetikk
Spesialistkandidat Oral Protetikk, UiO
Valkyriegata 5
0366 Oslo
Tlf: 22 46 57 23
www.fjorddental.no
post@fjorddental.no

Holmlia Tannlegekontor AS**Tannlege Henning Moen Løvaas**

Holmlia sentervei 12
1255 Oslo
Tlf: 22 61 42 08
e-post: adm@holmliatannlegene.no
hjemmeside: www.holmliatannlegene.no
Vi har tilgang for rullestolbrukere, 2 timer gratis parkering

Odontia Tannlegene Oslo Sentrum**Tannlege Lasse Fasting****Tannlege Temoor Ilyas**

Skippergata 33
0154 Oslo
Tlf: 22 34 82 00
www.odontia.no
oslosentrum@odontia.no

Odontia Tannlegene Røa**Shilpi Midha**

Tannlege
Vækerøveien 205A
0751 Oslo
Tlf: 23 25 15 60
www.odontia.no
roa@odontia.no

Odontia Tannlegene Ullevål**Tannlege Anne-Sofie Brath****Tannlege Steinar Osmundsen**

Kirkeveien 166
0450 Oslo
Tlf: 21 08 04 44
www.odontia.no
Ullevaal@odontia.no

Tanntunet AS**Tannlege Kristin W. Haugstoga**

Samarbeider med Spes. i
Maxillofacialkirurgi & Spes. i Oralkirurgi og
oral medisin **Even Mjøen**
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf: 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Tannlege Siv Kristin Helgheim**Tannlege Parwana Naimy**

Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo
siv@rommentannhelse.no
www.tannogkjeveklinikken.no
Tlf: 22 21 42 22

Tannlege, PhD (dr.odont)**Elisabeth Aurstad Riksen**

Bygdøy Alle 58 B, 0265 OSLO
Tlf. 22 44 86 13
tannrik@online.no
www.tannlege-ar.no
Åpningstider: Man–fre 8–16

ROGALAND**Forus Tann- & Kjeveklinikk****Tannlege Linh Bui****Tannlege Øivind Nerheim Torkelsen**

Luramyveien 12,4313 SANDNES
Tlf: 51 96 99 99
post@forustann.no
www.forustann.no

Haugesund spesialisttannklinikk**Carla Ramirez**

spesialkompetanse implantatprotetikk
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf 52707700
www.tkrogaland.no

Odontia Tannlegene Haugesund**Vibeke Bjerkvig**

Tannlege
Sørhauggata 111
5527 Haugesund
Tlf: 52 71 10 00
www.odontia.no
haugesund@odontia.no

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk**Tannlege Gaute Kommedal****Tannlege Linh Bui****Tannlege Eniko Kovacs**

PB. 73 Sentrum
4001 Stavanger
Tlf: 51 53 01 99
post@stavangertann.no
www.stavangertann.no

Tannlegene Hetland AS**Tannlege Trond Ole Hetland****Tannlege Pedro Franca**

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

Waage Tannlegesenter**Tannlege Fredrik Waage**

Kjøpmannsbrotet 5
4352 Kleppe
Tlf. 51 42 16 94
Mail: post@waage.no
Web: www.waage.no
Åpningstider: 08.00–15.30.

Tannlege Leif Berven
Pb 430
4379 Egersund
Tlf. 51 49 11 30
Faks 51 49 33 82
leif_berven@hotmail.com

TELEMARK

Sentrum Tannklinikk Porsgrunn AS
Tannlege Aiste A. Aasen
Implantatprotektikk
Storgata 146, 3915 Porsgrunn
post@sentrumtannklinikkporsgrunn.no
Tlf. 40455514, 40455237

Tannlegene Otterstad A/S
Tannlege Per-Christian Otterstad
Tannlege Per Otterstad
Storgaten 118 A,
3921 Porsgrunn
Tel. 35 930360
www.tannlegeneotterstad.no
post@tannlegeneotterstad.no

TROMS

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS
Implantat / protektikk, samt alle typer
tannbehandlinger i narkose.
Sjøgata 39, 3. etasje
9008 Tromsø
Tlf: 975 35 000
post@ttkns.no
www.ttkns.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
Kai Sandvik
Nedre Bakklandet 58 c
7014 Trondheim
Tlf: 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor.no
www.bakketannlegekontor.no

TANNLEGE ALSTAD AS
v/Tannlege Miriam Elisabeth Alstad
v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15
7600 Levanger
tlf. 74 08 23 35
mea@tannlege-alstad.no
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

Tannlege Angelus AS
Abel Margrethe Meyersgt. 8
7800 Namsos
Tlf. 74 27 22 69
nik.angelus@gmx.net
Åpningstider mandag–fredag 08.00-15.30
Mulighet for å ta imot funksjonshemmede

Tannlege Lars Rudel
v/Tannleger Bilstad, Rudel og Moen
Skolegata 14
7713 Steinkjer
https://tannlegesteinkjer.no
lars.rudel@tannlegesteinkjer.no
Tlf. 46 700 287

VESTFOLD

Odontia Tannlegene Larvik
Silje Eikre
Tannlege
Prinsegata 3-5
3256 Larvik
Tlf: 33 18 44 24
www.odontia.no
larvik@odontia.no

Odontia Tannlegene Sandefjord
Odd-Magne Liaskar
Tannlege
Aagaards Plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 44 60 30
www.odontia.no
sandefjord@odontia.no

Perio Tannklinikken AS
Tannlege, periodontist Nico H. Toosinejad
Kilgata 9, 3217 Sandefjord
Tel 33 46 22 11, 33 46 28 13
post@perioklinikken.com

Tannklinikken Skeie AS
Tannlege Anne Therese Omdal
Tannlege Rune Skeie
(Oralkirurg Fredrik Lindberg)
-sedasjon/narkose om ønskelig
Aagaards plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

ØSTFOLD

Odontia Tannlegene Varna
Tannlege Ola Hall
Tannlege Ingebjørg Lunde
Lilleeng Helsepark, inngang B
Rosenvingesvei 8
1523 Moss
Tlf: 69 26 49 00
www.odontia.no
varna@odontia.no

Privattannlegene AS
Tannlege Tore Karlsen
Tannlege Pål Sørensen
Farmannsgt 13b
1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 25 27
resepsjon@privattannlegene.no
www.privattannlegene.no
Tilrettelagt for funksjonshemmede

Rakkestad Tannlegesenter
Tannlege Nohad Mousa
Storgata 42
1890 Rakkestad
Tlf: 69221555
rakkestadtannlegesenter.no
tnl.sent@online.no

LYSTGASS

AKERSHUS

Ski Tannlegesenter
Flere tannleger med lystgassautorisasjon.
Kort ventetid.
Jernbaneveien 4
1400 Ski
lystgass@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

NORDLAND

Tannlege Per Hamre
Tannboden Brønnøysund AS
Storgata 19
8900 Brønnøysund
Telefon 924 79 700

TRØNDELAG

TANNLEGE ALSTAD AS
v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15, 7600 Levanger
Tlf. 74 08 23 35
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

Tannlege Yvonne Rudel
v/Tannleger Bilstad, Rudel og Moen
Skolegata 14
7713 Steinkjer
https://tannlegesteinkjer.no
yvonne.rudel@tannlegesteinkjer.no
mobil 46700287

NARKOSE/SEDASJON

AKERSHUS

Ski Tannlegesenter

Jernbaneveien 4
1400 Ski
narkose@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

BUSKERUD

Oris Dental Drammen/ Drammen Spesialistsenter

i samarbeid med anestesilege Terje
Hanche-Olsen
Øvre Torggt 10
3017 Drammen
Tlf: 32 83 60 00
Faks: 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS

Lille Strand gt. 3
2317 Hamar
Telefon: 62523696
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

MØRE OG ROMSDAL

Aksla Tannhelse AS

Vi tilbyr behandling i narkose/sedasjon.
Ystenesgata 6B
6003 Ålesund
Tel: 70 12 22 94
hei@akslatannhelse.no
https://akslatannhelse.no/narkose/

NORDLAND

Tannlege Per Hamre

Tannboden Brønnøysund AS
Storgata 19
8900 Brønnøysund
Telefon 924 79 700

OSLO

Fjærvik klinikken

Tannlegene Ingrid Fjærvik og Vera Breivik
Narkose/sedasjon/lystgass
Sommerrogata 13-15, 0255 Oslo
Tlf. 21 63 16 00
www.fjaervikklinikken.no
Epost: post@fjaervikklinikken.no
Tilgjengelig for bevegelseshemmede
Kveldsåpent

Tanntunet AS

Vi tilbyr behandling i sedasjon/narkose
Anestesilege Stefan Hauptig
Nydalens Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvising@tanntunet.no
www.tanntunet.no

ROGALAND

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Vi tilbyr behandling i full narkose og i sedasjon
hos våre oralkirurger Dr. Peter Schleier og
Attila Csillik,
samt hos våre tannleger Gaute Kommedal,
Linh Bui og Eniko Kovacs.
PB 73 Sentrum
4001 STAVANGER
Tlf: 51 53 01 99
post@stavangertann.no
www.stavangertann.no

TROMS

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS

Implantat / protetik, samt alle typer
tannbehandlinger i narkose.
Sjøgata 39, 3. etasje
9008 Tromsø
Tlf: 975 35 000
post@ttkns.no
www.ttkns.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

i samarbeid med
anestesilege Jostein Brede
Nedre Baklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@baketannlegekontor.no
www.baketannlegekontor.no

VESTFOLD

Tannklinikken Skeie AS

Kons, protetik, syst.perio.,
endo, kirurgi, implantat
i sedasjon eller narkose
Overlege Johan Peder Smedvig,
spes. i anesthesiologi
Aagaards plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

ANDRE KOLLEGIALE

HENVISNINGER

NTF påtar seg ikke ansvar for at tannleger
som annonserer under «andre kollegiale
henvisninger» har nødvendige formelle
kvalifikasjoner.
Under denne overskriften kan man annonsere
at man tar i mot henvisninger innenfor oral
implantologi, narkose, odontofobi osv.
For mer informasjon, henv.
Eirik Andreassen, tlf. 22 54 74 30,
eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

AKERSHUS

Kjeller Tannhelse

Spesialist- og allmennpraksis
Spesialist i Oralprotetik Trine
Bjelke-Holtermann
Spesialist i Endodonti Erik Katle
Spesialist i Oralkirurgi og medisin Modassar
Amin
Spesialist i Kjeve og ansiktsradiologi Ingvild
Vestengen
Spesialist i Periodonti Simen W. Johnsen
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

INNLANDET

Tannlege Veslemøy Linde

Kompetanse innen søvnmedisin og
søvnapné
Mjøstannlegene
Storgata 16
2815 GJØVIK
Tlf 61130825
epost: post@claria.as

OSLO

Avdeling for patologi, Rikshospitalet

Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo
Tar imot og besvarer biopsier fra tannleger
og oral kirurgi, se nettside *labfag.no*
(søk oralpatologi)
Spesialkompetanse i oralpatologi
Tannlege, dr. odont. Tore Solheim
Telefon: 22 84 03 78/41 44 73 36
solheim@odont.uio.no
Tannlege, Phd Tine Søland
Telefon: 22 84 03 76
tinehe@odont.uio.no

STILLING LEDIG



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

Ledige stillinger er annonsert på tannhelseogaland.no



**Tannhelse
Rogaland**

KJØP OG SALG

LOKALE PÅ MAJORSTUA SELGES

Attraktivt lyst, åpent, fleksibelt lokale 60 kvm Jacob Aallsgt Majorstua selges. Lave fellesutg 3703 mnd, varmekabler alle gulv. Nær off komm. Entre/venterom m/toalett, kontor/hvilerom med bad/dusj, stort arb.rom kan inndeles, fleksibel planløsning.

Mer info: NORVIK v/Torbjørn Skjelde tlf 932 61 665

PRAKSIS I VELETABLERT SAMARBEID I SKIEN

Grunnet pensjonsalder selges ryddig og veldrevet praksis. Praksisen inngår i et godt samarbeid med tre andre tannleger. 2 stoler og ca. 6,4 mill. i omsetning.

Til salgs: aksjer

Kontakt: melina@sagaconsult.no

Se også tannlegeportalen.no

OSLO

Veldrevet tannlegepraksis til salgs grunnet nådd pensjonsalder. Sentralt beliggende i Nordstrand bydel. Ca.100m2, 2 behandlingsrom i lyse, rommelige lokaler. Gerne fleksibel overtakelse.

Kontakt for mer info: oslopraksis@outlook.com

ETABLERT TANNLEGEKONTOR I TROMSØ SELGES

Ryddig og veletablert tannlegepraksis med 4 behandler rom selges fordi eier planlegger pensjonering. Allmennpraksis omsetning: Ca. 9,0 m. NOK

Ca. 1700 recallpasienter. Til salgs: Aksjer.

For mer informasjon, ta kontakt med Anders Røneid Fehn på tel: 481 00 074

OSLO

Praksis til salgs Oslo øst, innenfor ring 2, grunnet oppnådd pensjonsalder. Kontorfellesskap med annen tannlege, 2 behandlingsrom, felles sterilisering, pauserom, resepsjon og OPG. Mulighet for utvidelse. Taksering foreligger.

Kontakt tnldahl@gmail.com.

TANNLEGEPRAKSIS TIL SALGS I HALDEN

Ønsker å selge 1/3 av 3-mannspraksis i Haldentannlegene As grunnet pensjonsalder.

Hver 3-del drives som selvstendig praksis.

Lokalisert i et hyggelig og faglig fellesskap i Halden sentrum, med 3 tannleger og 3 sekretærer.

Pasientgrunnlag for 80-100 %.

Eventuell overgang som assistenttannlege kan diskuteres.

Henvendelse til:

jan@haldentannlegene.no, tlf: 906 08 309 (kveld)

OSLO SENTRUM

Tannlegekontor til leie midt i Oslo sentrum for tannlege med egne pasienter.

Henv. tlf. 92286149, e-post: hriazati@online.no



#whnordic



wh.com



God Jul fra oss i W&H Nordic!



Lisa

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

lisa