

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
136. ÅRGANG · #3 · 2026



Er du klar for **ergo V**

Verdens første Ergolupe med justerbar forstørrelse?

Book demo nå!



admetec Norge

249–348**250** Siste nytt først**253** Leder

Rettigheter møter virkeligheten

255 Presidenten har ordet

Står tannhelseutdanningene ved et veiskille?

256 Originalartikkel

256 Hanne Borge, Cecilie Gjerde, Athanasia Bletsa, Ellen Guddal, Andrea Runningen, Abhira Sivakumar, Siri Flagestad Kvalheim, Hilde Nordgarden, Kathrine Skarstein, Eystein S. Husebye, Anette S.B. Wolff og Mihaela Cuida Marthinussen: Orale manifestasjoner ved autoimmunt polyendokrint syndrom type 1

268 Mariann Saanum og Øyvind Kvalnes: Ytringsklima i tannklinikken

276 Kasuistikk

276 Kristin Melkevik Kolltveit, Pernilla Östenson, Tine M. Søland, Ingvild Kibsgaard Vestengen, Pamela Åsten og Emina Dzamalija: Behandling av to år gammel jente med gingival fibromatose

285 Bivirkningsskjema**288** Kronikk

288 Melody Moezzi og Aida Mulic: Raushet og uenighet – om terskelen for den vanskelige samtalen

290 Aktuelt

290 Store forskjeller for unge voksne

290 Lovfestet rett til alle – tilbudet varierer mye

293 Større bekymring i NTFs lokalforeninger

296 Enige om presset, uenige om konsekvensene

298 Tannhelse og lungehelse: Aksen munn – lunger

305 Fra NTF

306 Sterkt faglig engasjement på NTFs symposium 2026

308 Rekorddeltakelse og viktige signaler fra NTFs tariffkonferanse 2026

312 Ny munnhelsepris fra NTF

314 Medlemsundersøkelsen i privat sektor 2026: Høy trivsel – men tydelige bekymringer

316 Forum for etterutdanning 2026: Lagarbeid og samhandling for en sterkere kursportefølje

318 Loenmøtet 2026

319 Webinar Dype karieslesjoner

320 Bli bedre kjent med NTF!

321 Gum Health Day 2026

322 NTFs nettkurs: Etikk – hele tiden

323 Håndhygienedagen

324 NTFs midnattssolsymposium

326 Arbeidsliv: Årets lønnsoppgjør

329 Påmelding til NTFs Landsmøte og Nordental 2026

330 Spør advokaten: Hvor lenge må papirjournaler oppbevares?

331 Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

332 Snakk om etikk: Hva gjør du?

334 Hva sier studentene? Fra Oslo til Cape Town: Faglige og menneskelige perspektiver fra et utvekslingsopphold

338 Kurs- og aktivitetskalender

340 Notabene

340 Personalia

340 Tilbakeblikk

341 Reunion i Geitmyrsveien for tannlegene som ble uteksaminert i 1971

342 Minneord

342 Ellen Berthe Haugen Remfeldt

344 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Dårlig tannhelse som barn gir oftere hjerte- og karsykdom som voksen



Foto: iStock

Hull i tennene og tannkjøttbetennelse i barndommen kobles sammen med markant høyere forekomst av hjertestans, hjerneblødning og åreforkalkning i voksenlivet, i en studie ved Københavns Universitet.

Ved å analysere data for 568 000 personer født på 1960- og 70-tallet har forskerne funnet at barn med dårlig tannhelse har opptil 45 prosent høyere forekomst av hjerte- og karsykdom som voksne, heter det i en pressemelding.

– Vi mistenker at det at kroppen blir utsatt for høye betennelsesnivåer i form av tannkjøttbetennelse og karies i barndommen kan påvirke hvordan kroppen senere i livet reagerer på betennelse, sier Nikoline Nygaard som er postdoc ved Odontologisk Institut ved Københavns Universitet.

Teorien underbygges av flere andre studier som har funnet en sammenheng mellom tannkjøttbetennelse eller periodontitt og hjerte- og karsykdom. World Heart Federation har laget en konsensusrapport som påpeker at det er sterke bevis for at periodontitt øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Rapporten antyder at bakterier fra tannkjøtt sykdom kan forårsake systemisk

inflammasjon andre steder i kroppen, som fremskynder åreforkalkning.

Nygaard og hennes kolleger har i en annen studie undersøkt sammenhengen mellom tannhelse og diabetes type 2 og også her funnet en sammenheng. Her hadde barn med alvorlig tannkjøttbetennelse opp til 87 prosent høyere forekomst av diabetes type 2 og barn med mye karies 19 prosent høyere forekomst.

Siden livsstil antas å ha stor innvirkning på økt forekomst av hjerte- og karsykdom og diabetes type 2 har forskerne justert tallene for utdanningsnivå, fordi det er en tendens til at høyere utdanning har sammenheng med at en lever både sunnere og lengre.

Vi kan ikke utelukke at livsstil spiller en vesentlig rolle, men selv etter å ha tatt høyde for utdanningsnivå er forekomsten av hjerte- og karsykdom markant, sier Nygaard.

Selv om studien ikke kan si noe om årsakssammenhengen kan den indikere et stort potensial for forebygging. Særlig sett i lys av at karies blant barn er den mest utbredte sykdommen på verdensbasis og at både karies og tannkjøttbetennelse relativt lett kan forebygges med grundig tannpuss.

– I Danmark bærer 20 prosent av barn og unge 80 prosent av byrden med registrert tannsykdom. Hvis vi kan finne en markør for hvilke individer som blir rammet av ulike sykdommer som voksne kan man gjøre en særlig innsats for å forebygge hos den befolkningsgruppen. Det kan gi en helsegevinst langt inn i voksenlivet, sier Merete Markvart som er lektor ved Odontologisk Institut ved Københavns Universitet og medforfatter i studien.

Hun fremhever at tannkjøttbetennelse generelt er underbelyst forskningsmessig,

til tross for at det er meget utbredt blant barn og unge.

– Det er ikke sånn at du kan løse problemet med hjerte- og karsykdom ved å behandle barns tenner. Men dersom vi målretter innsatsen mot spesifikke grupper, kan vi skyve mange mennesker i riktig retning ved å forbedre tannhelsen, sier Markvart.

Fortsatt refusjon for lab-analyser rekvirert av helprivate



Foto: iStock

Regjeringen snudde etter høringsrunden og vil ikke gå videre med forslaget om å avvike refusjon for laboratorieanalyser rekvirert av helprivate behandlere som ikke har avtale med det offentlige.

– Høringen viste at det er behov for å se mer helhetlig på hvordan den offentlige dekningen av analyser kan gjøres mer effektiv og målrettet. Det var også bekymringer knyttet til mulige konsekvenser for analyser av allmennfarlige smittsomme sykdommer, kreft og annen alvorlig sykdom, samt at forslaget kunne bidra til større sosiale forskjeller særlig innen tannhelse. Regjeringen går derfor ikke videre med forslaget om å avvike refusjon for laboratorieanalyser for private uten avtale nå, sier helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre i en pressemelding.

TannSpes
TannlegeSpesialistene i Oslo

Invitasjon til strategisk henvisningssamarbeid

TannSpes søker samarbeid med 3–5 utvalgte klinikker i Oslo-området.

Ambisjon: Fra 5–10 henvisninger årlig.

- Dere får:**
- Direktelinje til kjevekirurg
 - Årlig fagseminar
 - Hospitering hos kjevekirurg inntil to dager i året
 - Kostnadsfritt Straumann protetik-kit ved behov

Interessert? Send e-post til karl@tannspes.no

TannSpes AS – Holmenveien 5G, 0374 Oslo – 22 20 50 50 – post@tannspes.no



Helse- og omsorgsdepartementet sendte forslaget på høring i november i fjor. Forslaget gikk ut på at det bare skulle gis refusjon for laboratorieanalyser dersom helsepersonellet som rekvirerte analysene var en del av de offentlige helse- og omsorgstjenestene. En konsekvens ville være at analyser rekvirert av helprivate tilbydere uten avtale med det offentlige måtte betales av pasientene.

Sjukefråværet på OD er nesten dobbelt så høgt som gjennomsnittet på UiO



Foto: Uniforum

Det er det legemelde sjukefråværet som går mest opp på Det odontologiske fakultetet, skriv universitetsavisa Uniforum i mars.

– Me vil ta det på største alvor og sjå nærare på grunnen til det, lovar fakultetsdirektør Karen Marie Ulshagen. Dei tillitsvalde peikar på fleire årsaker til sjukefråværet.

Talet for sjukefråvær ligg på 8,13 prosent blant alle dei tilsette på odontologi i 2025, medan talet var på 4,76 prosent i gjennomsnitt for alle UiO-tilsette. Det er også høgare enn det generelle sjukefråværet i Noreg som låg på 6,57 prosent i desember 2025. Då var det ein nedgang på 2,7 prosent frå året før.

– Det eigenmelde fråværet er ikkje høgare hos oss enn hos andre på UiO eller i Noreg. Det er det legemelde fråværet som er gått opp, understrekar Ulshagen.

Ho varslar også at fakultetet vil sjå på om det er grupper av arbeidstakarar som har større problem enn andre. Etter hennar oppfatning kan også ting som har skjedd på arbeidsplassen, vera medverkande til det høge talet på sjukefråvær.

– Me har vore i ein situasjon med vanskelig økonomi som me no har fått i balanse. Ein del stillingar er det ikkje sett nye folk i, og då blir det meir krevjande for dei som er igjen. Ingen er sagt opp. Me vil setja inn vikarar raskare der det er høgt fråvær, lovar ho.

Fakultetsleiinga vil også samarbeida med andre for å få gjort noko med sjukefråværet.

– Me har løpande samarbeid med hovudverneombodet på OD pluss lokale verneombod. Denne saka blir drøfta med tillitsvalde og med LAMU (lokalt arbeidsmiljøutval). Me set i gang arbeidsmiljøundersøkingar i tillegg til ARK. Me vil finna ut om det er andre faktorar som kan forklara sjukefråværet, fortel ho.

Fagforeiningane ved Det odontologiske fakultetet, Norsk tjenestemannslag (NTL i LO), Akademikerne og Forskerforbundet er samstemmige i at grunnen til det høge sjukefråværet kan ha noko å gjera med dårleg økonomi, endringar i bemanninga og måten OD er organisert.

Flere er bekymret for helsetjenestene

Seks av ti nordmenn tviler på at helsevesenet vil klare å møte utfordringene i årene som kommer og etterlyser mer bruk av private og ideelle aktører for å avlaste presset på det offentlige.

Helsepolitisk barometer gjennomføres årlig av Kantar og måler befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål. Årets barometer er basert på svar fra 2 036 respondenter og ble lansert 19. mars.

Nå tviler seks av ti nordmenn på at det offentlige helsevesenet vil være i stand til å dekke samfunnets fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester uten hjelp fra private. Det er en økning på 16 prosent fra 2020.

I undersøkelsen kommer det også frem at tre av fire nordmenn (75 %) mener at dersom man får hjelpen man trenger gjennom de offentlig finansierte helsetjenestene, spiller det ingen rolle om det er private, ideelle eller offentlige aktører som leverer helsetjenestene.

Eva Fosby Livgard, avdelingsleder i Kantar og ansvarlig for Helsepolitisk barometer, påpeker at mange gir uttrykk for at helsetjenesten står foran et veiskille, der dagens organisering og ressursbruk ikke fremstår som bærekraftig i møte med økende behov.

– I årets undersøkelse uttrykker befolkningen bred støtte til økt bruk av private og ideelle aktører for å avlaste den offentlige helsetjenesten, særlig når ventetidene blir lange, sier Livgard.

Undersøkelsen viser videre at kun 20 prosent kjenner til fristbruddordningen. Når denne pasientrettigheten blir forklart mener imidlertid 84 prosent at det er viktig at den videreføres.

Undersøkelsen viser også at 62 prosent er urolige for at dårlig sykehusøkonomi kan føre til strengere prioriteringer som kan gi utsatt innføring av nye medisiner og behandlinger.

Datainnsamlingen er gjort mellom 16. desember 2025 og 8. januar 2026.

Undersøkelsen er gjennomført i samarbeid med Aleris Helse, Apotekforeningen, Helsedirektoratet v/Aldersvennlig Norge, Norges astma- og allergiforbund, Norsk Osteopatforbund, Norsk Sykepleierforbund, MSD, NHO Geneo, Optikerbransjen, Psykologforeningen og Pårørendealliansen.

DOKUMENTERT KLINISK EFFEKT MED LUMORAL®

Ny randomisert klinisk studie viser forbedrede resultater med Lumoral®
Scan QR-koden for studien – og kontakt oss på post@teriamed.no





Arthur, 73

 Eldre



Zara, 61

 Kreftbehandling



Anna, 54

 Polyfarmasi



Carole, 45

 Kroniske sykdommer



Jane, 49

 Overgangsalder

Munntørrhet er en akselerator for karies



1 av 5 voksne pasienter lider av munntørrhet¹

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

Munntørrhet er en akselerator for karies

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

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

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



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

Duraphat (natriumfluorid), tannpasta 5 mg/g. Indikasjoner: Forebygging av dental karies hos ungdom og voksne (≥16 år), særlig blant pasienter som er utsatt for flere typer karies (koronal og/eller rotkaries).
Dosering: Skal kun brukes av voksne og ungdom ≥16 år. En 2 cm lang stripe (gir 3-5 mg fluor) påføres tannbørsten for hver tannpuss. Tennene pusses grundig 3 ganger daglig, etter hvert måltid, vertikalt, fra tannkjøttet til tannspissen. Administrering: Skal ikke svelges. Grundig pusning tar ca. 3 minutter.
Utvalgt sikkerhetsinformasjon: Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes av barn eller ungdom <16 år. Høyt fluorinnhold. Et økt antall potensielle fluorkilder kan gi fluorose. Før bruk bør det foretas en vurdering av samlet fluorinntak (dvs. drikkevann, salter som inneholder fluor, andre legemidler med fluor). Samtidig bruk av fluortabletter, -dråper, -tygggummi, -gel eller -lakk og vann eller salt tilsatt fluor, skal unngås. Ved beregning av anbefalt mengde fluoridioner (0,05 mg/kg pr. dag fra alle kilder og maks. 1 mg pr. dag) må mulig svelging av tannpasta tas med i beregning (hver tube inneholder 255 mg fluoridioner). Inneholder natriumbenzoat som kan forårsake lokal irritasjon. Inneholder også spearmint smakstilsetning med allergener som kan forårsake allergiske reaksjoner. **Graviditet/Amning:** Skal ikke brukes ved graviditet og amning, med mindre en grundig nytte-/risikovurdering er utført. **Bivirkninger:** Sjeldne: Hypersensitivitetsreaksjoner, ikke kjent: brennende følelse i munnen. **Overdosering/Forgiftning:** Akutt intoksikasjon: Fluorid: Toksisk dose er 5 mg fluor/kg kroppsvekt. **Symptomer:** Fordøyelsesproblemer som oppkast, diaré og abdominalsmerter. Kan være dødelig i svært sjeldne tilfeller. Behandling: Ved svelging av en betydelig mengde, skal det omgående utføres tarmskylning eller fremtvinges brekninger. Det må tas kalsium (store mengder melk) og pasienten må holdes under medisinsk observasjon i flere timer. Akutt intoksikasjon: Mentol: Kan forårsake kramper ved inntak av store mengder, spesielt hos småbarn og barn. Kronisk intoksikasjon: Fluorose: Tannemaljen vil få et misfarget eller flekkete utseende når en fluordose >1,5 mg/dag absorberes daglig over flere måneder eller år, avhengig av dosen. Ledsages av alvorlige former for økt skjørhet i tannemaljen. Benfluorose blir kun sett ved høy kronisk fluorabsorpsjon (>8 mg/dag).
Pris: Ikke fastsatt. Reseptgruppe F. **Utleveringsbestemmelser:** Reseptfri med veiledning. Utleveres av helsepersonell i apotek. For mer informasjon se Felleskatalogtekst eller SPC på www.felleskatalogen.no Kontakt informasjon: Colgate-Palmolive A/S, Juli 2025

**FORSIDEILLUSTRASJON**

Elisabeth Moseng

REDAKSJON**Sjefredaktør:**

Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:

Asbjørn Jokstad

Dipak Sapkota

Journalist/redaksjonssekretær:

Tone Elin Bergset

Redaksjonsråd/Editorial Board:

Linda Z. Arvidsson, 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, 8 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: Aksell AS

Grafisk design: Aksell AS

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

PRESSENS
FAGLIGE UTVALGTRYKT I
NORGE
NO - 1470Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERTSVANEMERKET
Trykksak
2041 0379

Rettigheter møter virkeligheten



Foto: Kristin Adley Opdan

Utvidelsen av retten til rabatterert tannbehandling for unge voksne er omdiskutert, særlig etter at 25-28-åringene ble inkludert i ordningen fra og med juli 2025. Tannleger i både privat og offentlig sektor er både frustrerte over og uenige i dette utfallet av budsjettforlik mellom SV og de to tidligere regjeringspartiene, Ap og Sp. Prioriteringen er feil, mener tannlegene mens politikerne som vil forsvare beslutningen sier at dette er et steg på veien til mer offentlig finansiering av tannhelsetjenestene som helhet. Underforstått: Det spiller ingen rolle hvor en begynner. Alle får til slutt.

Men hva skjer underveis? Og hvordan er det gått med innføringen av ordningen som trådte i kraft i fjor, og i forfjor? Tidende har spurt lederne i Den offentlige tannhelsetjenesten og NTFs lokalforeninger om hvordan ordningen fungerer og oppleves, i alle deler av landet. Det er gått tre kvart år siden inkluderingen av gruppen 25-28 år, som fant sted ett år etter innføring av redusert pris for gruppen 21-24 år, og det er stor grad av variasjon i svarene vi får.

Lederne i Den offentlige tannhelsetjenesten har vist større interesse for å svare enn lokalforeningslederne. Samtidig er det mange likheter i situasjonsbeskrivelsene fra fylkestannhelsesjefene og lokalforeningslederne. Ulikhetene ligger mest i hvor alvorlig situasjonen vurderes å være, og i uttalelsene om hvor alvorlige konsekvensene kan bli på sikt.

Det vi har hørt, om at kapasiteten i Den offentlige tannhelsetjenesten er presset mens private tannleger mister pasienter, bekreftes i mange av svarene vi får, og ikke i alle.

Unge voksne over hele landet har fått nye rettigheter og møtes av et tilbud som spriker. Det er store geografiske forskjeller. Noen får rask behandling, andre må vente i månedsvis – og tannleger advarer om konsekvensene av utsatt behandling og mindre forebygging. Når nye pasientgrupper skal

behandles uten tilsvarende styrking av bemanning og bærekraftige rammevilkår, får det direkte konsekvenser for pasientsikkerhet, munnhelse, rekruttering og arbeidsmiljø. Dagens organisering og ressurnivå er utilstrekkelig for å sikre et forsvarlig og lovpålagt tannhelsetilbud til unge voksne, advarer tannlegene flere steder i landet.

Lokalforeningene som har svart går lenger enn fylkeskommunene. De beskriver en tjeneste som blir mer akuttorientert uten tid og kapasitet til oppfølging og forebyggende arbeid. Faglig belastning, økte ventetider og konsekvenser for privat sektor løftes tydelig frem i svarene fra flere av lokalforeningslederne. Når kapasiteten er knapp, prioriteres bare de med tydelige symptomer. Forebygging av sykdom og jevnlig oppfølging, som er sentralt innenfor odontologien, får liten eller ingen plass. Tannlegene rapporterer at de er bekymret, faglig og etisk. Bekymringen er at selve grunnlaget for god tannhelse i befolkningen står i fare.

Når nye pasientgrupper skal behandles uten tilsvarende styrking av bemanning og bærekraftige rammevilkår, får det direkte konsekvenser for pasientsikkerhet, munnhelse, rekruttering og arbeidsmiljø. Dagens organisering og ressurnivå er utilstrekkelig for å sikre et forsvarlig og lovpålagt tannhelsetilbud til unge voksne, sier flere av NTFs lokalforeningsledere.

Ordningen som skulle gi unge voksne et styrket tilbud, risikerer å bli et tilbud som ikke lar seg gjennomføre, og som får konsekvenser for flere befolkningsgrupper. Bedre samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsesektor pekes på som nøkkelen til å løse kapasitetsutfordringene.

Det paradoksale er kanskje at løsningen er tilgjengelig, mens folk står i kø og mangler det som kanskje snart blir definert som nødvendig behandling.

Ellen Beate Dyvi
Sjefredaktør

ESTELITE

Estetik med system – Kompositt fra TOKUYAMA

Spesialister og allroundere:
ESTELITE-serien – et unikt system
for moderne fyllingsbehandling basert
på sfæriske fyllpartikler.



Individuelle bruksmuligheter
takket være ulike viskositeter



Ypperlige poleringsegenskaper og håndtering
prisbelønnet gjentatte ganger av Dental Advisor



Høy belastbarhet
takket være optimalt tilpassede sfæriske fyllpartikler



Hurtig herding i dybden
takket være kontrollerte brytningsindekser
og RAP-teknologi



For en ideell workflow:

Våre
ESTEPOLISHER



INFORMASJON
& MER

Står tannhelseutdanningene ved et veiskille?

Det er stor oppmerksomhet om tannhelsetilbudet til befolkningen om dagen. SSB rapporterer et stadig økende antall som sier de ikke har råd til tannbehandling. Politikere i de fleste partier diskuterer den fremtidige innretningen på fremtidens tannhelse. Ernæringsutviklingen i befolkningen er en utfordrer for den gode munnhelse vi har hatt i Norge i mange år. Kunnskapen om mulige årsakssammenhenger mellom munnhelse-sykdom og generell sykdom og sykdomsbehandling er økende. De unge tar råd fra påvirkere og synsere, og vi har en økende andel av friske og syke eldre med tenner, og behovet for bedre tilrettelagte helsetjenester er stadig økende. Økonomien og verdensbildet er urolig, flyktningstrømmen er økende, og mye tyder på at munnhelse, også i Norge, vil forverres som en direkte og indirekte følge av disse faktorene.

Midt oppe i disse urolige tider skal utdanningsstedene våre lykkes i å utdanne nye tannleger, tannpleiere og tannteknikere. Det stiller store krav til utdanningsstedene. Jeg tillater meg å sitere fra forskrift om nasjonal retningslinje for tannlegeutdanning som sier at «hovedformålet er å utdanne kandidater som yter helsehjelp av høy kvalitet for å opprettholde oral helse og som kan arbeide i kliniske stillinger i tannhelsetjenesten. Kandidatene skal kunne utøve yrket på en forsvarlig, reflektert og omsorgsfull måte. Tannlegerollen krever høy grad av selvstendighet, integritet, samarbeidsevne og etisk standard.» Forskriften fortsetter med å definere kunnskapsnivå og ferdighetsnivå som er svært omfattende, og som krever betydelig forskningsaktivitet som er relevant for den utdanningen de er satt til å forvalte på vegne av befolkningen. Dette er en stor og krevende oppgave.

Utfordringene ved universitetene er store og varierte. Det er en stor utfordring å rekruttere og beholde vitenskapelig og ikke-vitenskapelig personell i et marked hvor universitetene skal konkurrere med privat og øvrig offentlig sektor. Det er en stor utfordring å konkurrere med større helseaktører om finansiering av forskning, og det er en stor utfordring å sikre studentene tilgang til nok pasienter som er egnet til å la seg behandle i en undervisningssituasjon. I tillegg er det en utfordring at lån- og stipendordningen til studenter ikke er nok til at studentene kan studere etter lange dager med pre-klinisk og klinisk undervisning. I stedet må de jobbe



Foto: Kristin Alnæs

Midt oppe i disse urolige tider skal utdanningsstedene våre lykkes i å utdanne nye tannleger, tannpleiere og tannteknikere. Det stiller store krav til utdanningsstedene.

for å kunne dekke de daglige utgiftene i de relativt kostbare studentbyene. NTF og Akademikerne arbeider nå for å regulere studiestøtten til 1,5 G (grunnbeløpet i Folketrygden). Dette vil hjelpe noe, men det vil også være behov for å se på differensiert studiestøtte relatert til studiebelastningen på de enkelte studiene.

Da jeg var leder for studentutvalget, advarte jeg om å satse for tungt på pasientregnskapet ved utdanningsstedene. Jeg tenkte at dette kunne bli en mulighet for et økonomisk presset universitet til å se muligheter til å redusere fakultetets budsjett ved å heve prisene på studentbehandlingen. Nå tenker jeg at dette bare er et symptom på en manglende forståelse for kostnadsnivået for en tannlegeutdanning, og kanskje en manglende vilje ved universitetene til i større grad å differensiere budsjettene mellom de forskjellige fakultetene/instituttene? Overordnet er det en stor utfordring at helseutdanning ligger under Kunnskapsdepartementet, mens spesialistutdanning og klinisk virksomhet ligger under Helse- og omsorgsdepartementet. Det er grunn til å etterspørre større samhandling mellom disse to.

Jeg er etter hvert kjent for å snakke mye om beredskap, og det er umulig å unngå det her også. Europa har mangel på tannleger og trenger å øke egenproduksjonen av disse. Det kan påvirke Norge i stor grad, da vi i fremtiden må utdanne våre egne tannleger i svært stor grad. Hvis vi skal få til dette må utdanningsstedene prioriteres gjennom betydelig økt finansiering til forskning og utdanning. Utdanningsstedene må vurdere andre tilgjengelige pasientgrupper til studentundervisning, og pasientkostnadene ved studentklinikken må senkes betraktelig. Det vil innebære økt konkurranse mot privat sektor og deler av det offentlige, som kanskje i større grad må se at fremtidfundamentet for deres egen virksomhet ligger i at vi utdanner nok tannleger med god nok kvalitet. Hvis vi skal få til en god fremtidig tannhelsetjeneste, offentlig og privat, så må det starte med universitetene. Det er vårt felles ansvar.

Jeg håper noen av dere etter å ha lest dette vil kaste dere inn i en debatt på Tidendes side. Jeg sitter ikke med alle løsninger, men jeg vet at dette må vi diskutere, og vi må løfte det sammen. Situasjonen ved universitetene angår oss alle. Takk til alle dere som jobber der! Kjør debatt!

Heming Olsen-Bergem
President i NTF

HOVEDBUDSKAP

- Utredning av emaljeutviklingsforstyrrelser er viktig da det kan foreligge en alvorlig bakenforliggende sykdom, som APS-1, cøliaki og amelogenesis imperfecta.
- Emaljeutviklingsforstyrrelser er en av de tidligste manifestasjonene ved APS-1 og skyldes autoimmunitet mot proteiner som inngår i emaljedanningen.
- Tidlig undersøkelse og regelmessig oppfølging er viktig for å hindre ytterligere emaljeskader hos pasienter med APS-1.
- Soppinfeksjoner hos pasienter med APS-1 må behandles for å hindre utvikling av slimhinneforandringer.

FORFATTERE

Hanne Borge, Tannlege, ph.d. Gades laboratorium for patologi, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen
 Cecilie Gjerde, Dr.odont., førsteamanuensis. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen og Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland, Bergen
 Athanasia Bletsa, Dr. odont., professor. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen og Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland, Bergen
 Ellen Guddal, Tannlege. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen
 Andrea Runningen, Tannlege. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen
 Abhira Sivakumar, Tannlege. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen
 Siri Flagestad Kvalheim, Dr.odont., førsteamanuensis. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen
 Hilde Nordgarden, Dr.odont. Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse, Lovisenberg diakonale sykehus
 Kathrine Skarstein, Dr.odont., professor. Gades laboratorium for patologi, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssjukehus
 Eystein S. Husebye, MD, ph.d., professor. Endokrinologisk seksjon, Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus og Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen
 Anette S. B. Wolff, Ph.d., professor. Endokrinologisk seksjon, Medisinsk klinikk, Haukeland universitetssjukehus og Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen
 Mihaela Cuida Marthinussen, Dr.odont., førsteamanuensis. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland, Bergen og Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen.

Åpen tilgang CC BY-ND 4.0 @ Forfatterne

Korresponderende forfatter: Mihaela Cuida Marthinussen.
 E-post: mihaela.marthinussen@vlfk.no

Akseptert for publisering 15.12.2025. Artikkelen er fagfelleurdert.

Artikkelen siteres som: Borge H, Gjerde C, Bletsa A, Guddal E, Runningen A, Sivakumar A, et al. Orale manifestasjoner ved autoimmunt polyendokrint syndrom type 1. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2026; 136: 256–266. doi:10.56373/6964ed27d4351

Nøkkelord: polyendokrinopati, autoimmune sykdommer; utviklingsdefekter i emalje; hypoplasi av tannemalje

Orale manifestasjoner ved autoimmunt polyendokrint syndrom type 1

Anbefalinger for undersøkelse, behandling og oppfølging

Hanne Borge, Cecilie Gjerde, Athanasia Bletsa, Ellen Guddal, Andrea Runningen, Abhira Sivakumar, Siri Flagestad Kvalheim, Hilde Nordgarden, Kathrine Skarstein, Eystein S. Husebye, Anette S. B. Wolff og Mihaela Cuida Marthinussen

Autoimmunt polyendokrint syndrom type 1 (APS-1) er en sjelden autoimmun organspesifikk sykdom som skyldes recessiv arv. Sykdomsmanifestasjonene er primær binyrebarksvikt (Addisons sykdom), svikt i biskjoldbruskkjertelen (hypoparatyreoidisme) og kroniske soppinfeksjoner. Sykdomsbildet varierer fra individ til individ, hvor både endokrine og ikke-endokrine vev er affisert med sykdomsdebut i barneårene, men med diagnosetidspunkt oftest senere i livet. Pasientene har flere orale manifestasjoner som emaljedefekter hvor alvorlighetsgraden varierer, fra mindre hypomineraliseringer til uttalte hypoplasier. Vi antar at emaljedefekter ved APS-1 er underdiagnostisert. Mange pasienter med APS-1 utvikler tidlig i livet kroniske soppinfeksjoner forårsaket av *Candida albicans* i munnslimhinnen og øsofagus, noe som øker risikoen for dysplasi og patologiske forandringer. Sårdannelser og atrofi av munnslimhinnen er vanlige funn.

Grunnet de orale manifestasjonene hos pasienter med APS-1 er det viktig at tannhelsepersonell har kjennskap til sykdomskarakteristika ved syndromet. Dette vil kunne gi bedre diagnostikk og behandling for pasientene i et tverrfaglig behandlingsteam som inkluderer endokrinolog, fastlege og tannlege. Ved mistanke om APS-1 basert

på munnhulefunn eller ved en etablert diagnose kan pasienten henvises til et regionalt kompetansesenter, Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse (tidligere TAKO-senteret) eller en spesialistklinikk ved universitetene.

Autoimmunt polyendokrint syndrom type 1 (APS-1), også kjent som «autoimmune polyendocrinopathy candidiasis ectodermal dystrophy (APECED)», er en organspesifikk autoimmun sykdom kjennetegnet ved immunmediert infiltrasjon og destruksjon av vev, som gradvis fører til funksjonstap i de berørte organene. Sykdommen skyldes mutasjoner i genet som koder for proteinet «autoimmun regulator (AIRE)». Hovedmanifestasjonene er primær binyrebarksvikt (Addisons sykdom), svikt i biskjoldbruskkjertelen (hypoparatyreoidisme) og kroniske soppinfeksjoner, hvor minst to av disse manifestasjonene må være til stede for å stille diagnosen [1]. Sykdomsbildet varierer mye fra pasient til pasient med varierende kjertel- og organmanifestasjoner der både endokrine og ikke-endokrine vev er affisert (figur 1) [2]. Eksempler på dette er alopecia, vitiligo og autoimmun

Forfatterbidrag

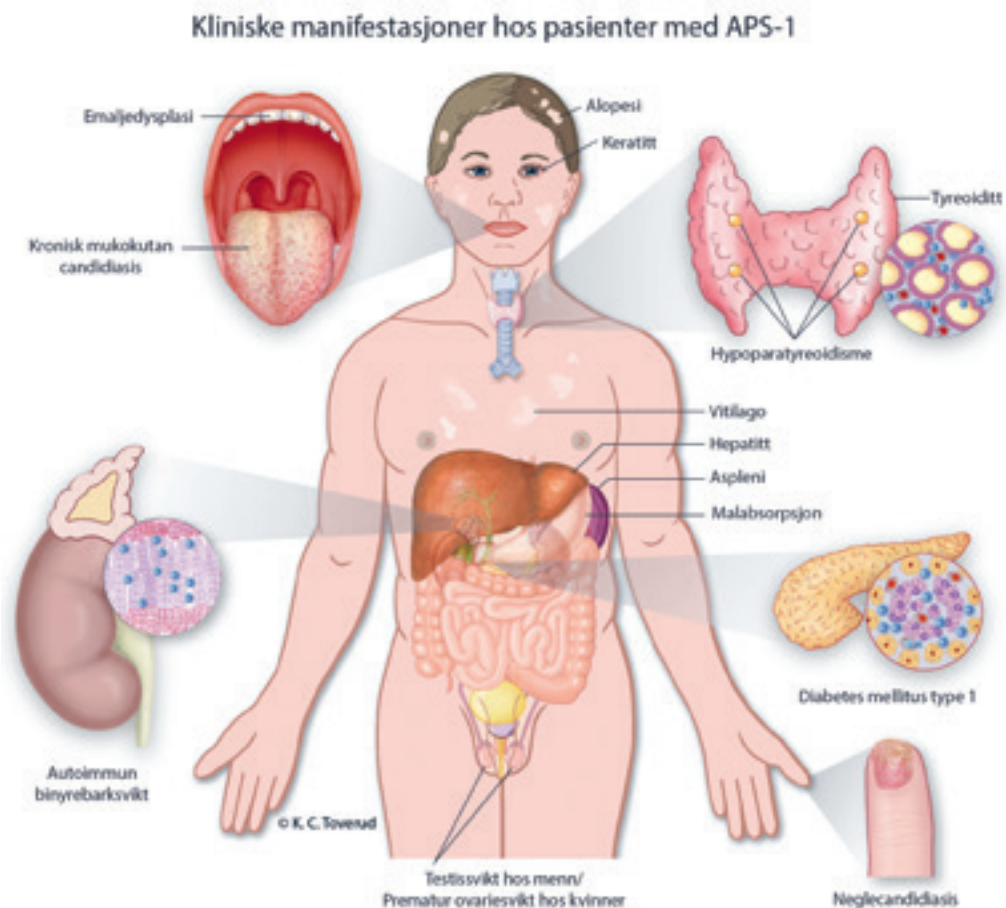
Hanne Borge: Har skrevet artikkelen og bidratt med faglige råd og design samt utarbeiding av retningslinjer av sykdomskjennetegn, behandling og oppfølging av oral helse hos pasienter med APS-1.

Cecilie Gjerde, Kathrine Skarstein, Hilde Nordgarden: Har bidratt med kliniske og patologiske undersøkelser av pasienter med APS-1, faglig kompetanse i behandling og vurdering av kasusene samt veiledning av masterstudenter.

Athanasia Bletsa, Siri Flagestad Kvalheim: Har bidratt med kliniske undersøkelser av pasienter med APS, faglig kompetanse i vurdering og behandling av pasientene.

Artikkelen er delvis basert på to prosjektoppgaver ved Integrert master i odontologi, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen (Ellen Guddal, Hanne Borge, Andrea Runningen og Abhira Sivakumar).

Eystein S. Husebye, Anette S. B. Wolff, Mihaela Cuida Marthinsen: Har bidratt med lik tverrfaglig kompetanse innen APS-1 med oppfølging av pasienter over lang tid og spesialkompetanse på forskningsområdet og i behandling og diagnostisering av pasientene.



Figur 1. Kliniske manifestasjoner ved APS-1. Figur brukt med tillatelse fra Kari C. Toverud, MS CMI (certified medical illustrator).

gastritt/pernisiøs anemi [2]. Det varierer også når de ulike komponentene av APS-1-syndromet opptrer i alder.

Pasienter med APS-1 har ofte flere orale manifestasjoner der emaljehypoplasi og kroniske soppinfeksjoner er de hyppigste funnene. Utviklingsforstyrrelser i emaljen kan være det første tegnet på tilstanden, og det er derfor viktig at tannhelsepersonell har kjennskap til sykdomskarakteristika ved APS-1. Det vil kunne gi bedre diagnostikk og behandling for pasientene i et tverrfaglig behandlingsteam som inkluderer endokrinolog, fastlege og tannlege.

APS-1 er en sjelden sykdom med antatt prevalens på 1:100000 i Norge [3]. I enkelte befolkningsgrupper er frekvensen høyere, som i Finland (4:100000) [1], Sardinia (7:100000) [4] og blant persiske jøder (10:100000) [5]. Det er ingen forskjell i prevalens mellom kvinner og menn [3]. Noen land har etablert biobanker og registre for pasienter med APS-1, bl.a. i Finland [1], Russland [6], Sardinia [7], Italia [8][9] og Norge [3][10]. Dette informasjonsgrunnlaget er sentralt i forskningen på APS-1 og kan gi grobunn for ytterligere kunnskap om årsaksmekanismen og tilstedeværende sykdomsmanifestasjoner. I Norge kjenner man til om lag 50 personer med APS-1 [10].

Etiologi for APS-1

Arvegangen for klassisk APS-1 er autosomal recessiv (nedarvet fra både mor og far), men dominant arvegang (nedarvet fra en av foreldrene) er beskrevet, noe som ofte gir et mildere sykdomsforløp [11][12][13][14][15]. Årsaksgenet for APS-1 koder for proteinet autoimmun regulator (AIRE). AIRE-genet befinner seg på kromosom 21 (21q22.3), og flere enn 100 ulike mutasjoner er identifisert [16]. Proteinene AIRE hjelper immunforsvaret med å lære hva som er kroppens egne proteiner. I thymus viser AIRE frem slike proteiner til T-cellene mens de modnes. Da blir T-celler som kan angripe kroppen, enten fjernet eller gjort om til regulerende T-celler [17]. Hvis AIRE ikke virker, slipper farlige T-celler ut i blodet og kan senere gi autoimmun sykdom. Dette påvirker også B-cellene, som kan lage antistoffer mot kroppens egne molekyler [18].

Hos pasienter med APS-1 finner man ofte antistoffer mot afiserte vev i serum; eksempelvis mot 21-hydroksylase (21OH), 17-hydroksylase (17OH) og sidekjedespaltningsenzym («side-chain cleavage enzyme (SCC)») ved binyrebarksvikt og NACHT leucine-rich-repeat-protein 5 (NALP-5) ved hypoparatyreoidisme. Pasienter med APS-1 har også autoantistoffer mot interferon type 1 og flere interleukiner (IL) [10].

Orale manifestasjoner ved APS-1

Emaljeutviklingsforstyrrelser

Emaljehypoplasi er den vanligste orale manifestasjonen ved APS-1, som kan sees på flere tenner med ulik alvorlighetsgrad [19]. I litteraturen blir emaljedefekter fremhevet som et av de mest fremtre-

dende ektodermale manifestasjonene av APS-1 [16]. Mønsteret og alvorlighetsgraden til emaljedefekter varierer fra pasient til pasient, fra mindre hypomineraliseringer til uttalte hypoplasier. Vi antar at dette er underdiagnostisert [20][21]. I en longitudinell studie utført av Bruserud et al. ble det rapportert emaljehypoplasier hos 72 % av norske pasienter med APS-1 [10]. Lignende frekvens ble også observert av Ferre et al., som undersøkte en amerikansk kohort. Der fant de at 85,7 % hadde emaljehypoplasi og at dette også var en av de tidlige manifestasjonene på syndromet [22].

Flere ulike hypoteser er blitt fremsatt for hvorfor tannemaljen blir ødelagt hos pasienter med APS-1. Emaljehypoplasi ved APS-1 kan være forårsaket av tidlig debut av hypoparatyreoidisme, en utviklingsdefekt der AIRE er direkte involvert i danningen av emaljen, eller på grunn av en autoimmun reaksjon mot proteiner som er essensielle for emaljedanning. Det er viktig å kartlegge når emaljedefektene har oppstått ved å se på kronologien i tann-danningen, for å se om defektene har sammenheng med tidspunkt for tidlig sykdomsdebut eller genetiske betinget feil i utviklingen [23]. Emaljedefektene man finner hos pasienter med APS-1, korresponderer med gitte perioder under emaljedanningen, noe som taler imot en primær utviklingsdefekt forårsaket av mangel på AIRE-proteinet [24]. En autoimmun prosess mot ameloblast-antigener involvert i tann-danningen, som ACPT, FAM20A, AMELX, ENAM og LAMB3, er derimot kompatibelt med studier som viser hvor på tennene, og på hvilke tenner, og med hvilket mønster, APS-1-pasienter har sine emaljedefekter [21][24]. Gruper et al rapporterte nylig at pasienter med APS-1 med alvorlige emaljedefekter har høyere nivå av autoantistoffer mot flere ulike emalje-autoantigener, sammenlignet med pasienter med mildere emaljedefekter og friske [24]. Dette støtter den autoimmune hypotesen for utviklingsforstyrrelser av emaljen hos pasienter med APS-1.

Kronisk soppinfeksjon

Over 80 % av pasientene med APS-1 utvikler kroniske soppinfeksjoner forårsaket av *Candida albicans* i slimhinner tidlig i livet [2][25]. Av disse har alle orale soppinfeksjoner, mer enn 50 % har spiserørs- og vulvovaginale infeksjoner, og det er rapportert om varierende grad av neglesopp, som også er blitt forklart som negledefekter [20][22]. Det er rapportert om uttalte soppinfeksjoner i munn/svelg uten store utslag på dyrkningsprøver, og det er også forfatterens erfaring at kliniske indikasjoner på sopp i slimhinner ikke alltid stemmer med laboratorieprøvene og i enkelte tilfeller kan skyldes andre infeksjoner med bakterier og/eller virus [26]. Utvikling av plateepitelkarsinom i munn/tunge er en risikofaktor ved kroniske soppinfeksjoner [1][27], og det er derfor viktig å følge opp APS-1-pasienter med årlige slimhinneundersøkelser.

Vi kan dele soppinfeksjonene inn i to undergrupper, atrofiske og hyperplastiske candidainfeksjoner [18]. Orale soppinfeksjoner varierer fra en mildere form lokalisert i munnvinkelen, til en hyperplastisk infeksjon som påvirker hele munnhulen [28]. Pasienter med APS-1 kan ha begge typer og hele spekteret fra milde infeksjoner til affeksjon av store deler av munnhulen. Hyperplastisk soppinfeksjon karakteriseres med et grålig og hvitlig belegg på slimhinnen og hyperkeratose primært lokalisert på tungen og mucosa [28]. Den atrofiske formen kjennetegnes ved erytematøse slimhinneforandringer [18].

Slimhinneforandringer

Pasienter med APS-1 er mer utsatt for utvikling av dysplasi og forandringer i munnslimhinnen som på sikt kan utvikles til plateepitelkarsinom, både i munnslimhinnen og slimhinnen i øsofagus [1][10][27]. RNA-sekvensering har ikke påvist korrelasjoner mellom *AIRE*-genuttrykket og plateepitelkarsinomutvikling [29][30]. Man tror likevel at *AIRE* kan ha en rolle i utviklingen fra kronisk oral candidainfeksjon til dysplasi og plateepitelkarsinom hos APS-1, men at mekanismene kan være sekundære. Mye er fortsatt ukjent ved de molekylære mekanismene bak oral karsinomutvikling hos noen pasienter med APS-1.

Munntørrehet

Mer enn 40 % av pasientene med APS-1 har enten øyemanifestasjoner og/eller tørr munn (xerostomi) som ligner manifestasjonene ved Sjögrens sykdom [31]. Laboratoriemålinger som støtter hyposalivasjon og redusert tåredanning foreligger, men pasientene med APS-1 har ikke tilstedeværelse av de samme autoantistoffene som ved Sjögrens syndrom [20][31]. Munntørrehet kan føre til såre slimhinner, svie i munnen, forsinket sårtilheling, rask utvikling av karies og erosjoner samt soppinfeksjoner i munn og svelg. Pasientene kan oppleve vansker med spising og svelging og endret smaksopfatning. Andre problemer kan være tørre lepper, cheilitis og talevansker [31].

Andre kormorbiditeter hos pasienter med APS-1

Pasienter med APS-1 kan også ha andre tilstander som tannleger bør være oppmerksomme på [10]. Det kan være sår i munnhulen, neglesopp, vitiligo (pigmentforandringer), alopecia (håravfall), hyperpigmentering hud/slimhinner (vanlig ved binyrebarksvikt) og generell fatigue koblet til annen helseproblematikk [10].

APS-1 – Kasuistikker

Vi beskriver her tre kliniske kasus for å skissere oral helseproblematikk hos pasienter med APS-1.

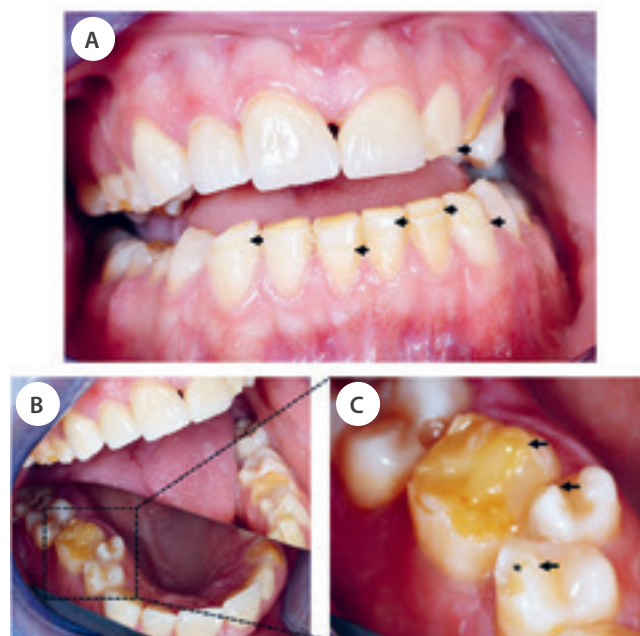
Pasient 1

Dette er en pasient som ble diagnostisert med APS-1 ved ettårsalder. Hen har alle tre hovedkomponentene av APS-1: hypoparathyroidisme, binyrebarksvikt og kroniske candidainfeksjoner, og behandles med substitusjon av hormoner. Pasienten ble også diagnostisert med uttalt *Candida oesofagitt* og tidvis *Candida stomatitt*. Andre komponenter pasienten har, er malabsorpsjon og keratitt. Pasienten ble henvist fra Haukeland universitetssjukehus til munnundersøkelse med tanke på emaljahypoplasi. Pasienten har fått bekreftet diagnosen med påvisning av homozygositet for *AI-RE*-mutasjon. Autoantistoffer som ble funnet i serum fra pasienten, inkluderer antistoffer mot IFN-omega, 17OH og IL-22.

Faste medikamenter: Hydrokortison, Rocaltrol, Florinef, Nyco-plus magnesiumtabletter, Nexium 40 mg.

Kjente allergier: Ingen

Intraoral undersøkelse: Normale slimhinner uten tegn til candidainfeksjon. Flere tenner hadde komposittrestaureringer. Det var også tydelig tannslitasje i form av erosjon og abrasjon på flere tenner. Hypoplastiske emaljedefekter kunne sees på flere tenner i alle kvadranter. Tann 23 har slitasje til dentin. Det registreres hypoplasi, men for noen av disse defektene kan posteruptive brekksjer ikke utelukkes. Hypoplasi ble registrert bukkalt/okklusalt på tann 14, 16, 22, 24, 25, 26, 33, 32, 31, 41, 42, 43 (figur 2). Hypoplasi lingualt i



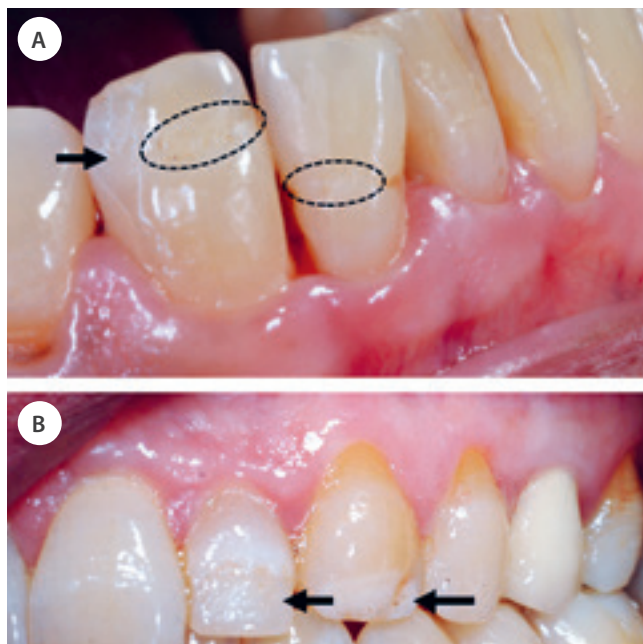
Figur 2. Klinisk foto av orale manifestasjoner hos pasient 1. (A) Emaljahypoplasi kan sees på 22, 31, 32, 33, 41 og 43 (svarte piler) (B) Oversiktsbilde av 1. kvadrant ved hjelp av speil (stiplet område). (C) Større forstørrelse av tann 16, 15 og 14 i B med emaljahypoplasi (svarte piler) og 14 med fraktur av emalje på kuspetsopp (stjerne).

form av furer ble observert på tann 33 og 43. Multiple kariesangrep ble også diagnostisert, men kun symptomer fra tann 16 med behov for endodontisk behandling.

Pasient 2

Dette er en pasient med APS-1 som først ble diagnostisert med primær binyrebarksvikt ved tiårsalder, men med symptomdebut for kronisk candida i munnhulen allerede før fylte ett år. *AIRE*-mutasjoner ble påvist, og pasienten har også andre APS-1-manifestasjoner, som kronisk hepatitt. Autoantistoffer mot 21OH og IFN-omega er funnet i oppfølgingstiden. Pasienten har brukt natriumfluoridtabletter og hatt brønnvann i oppveksten, noe som er en risiko for dental fluorose da fluoridnivå i brønnvann trolig er høyere enn annet drikkevann. Pasienten har også gått regelmessig til undersøkelse hos offentlig tannhelsetjeneste. Ved undersøkelse informerer pasienten om en metallisk smak i munnen, og det kommer også frem at pasienten har vært plaget med gjentatte orale candida-infeksjoner over flere år (nesten kontinuerlig) samt at hen også er plaget med angulær cheilit. Pasienten har hatt candidainfeksjon på fingernevene.

Faste medikamenter: Kortisol, Floringe, Rocatrol (Vitamin D3), Diflucan, Creon, magnesium, kalium, kalsiumtilskudd og magnesiumtilskudd.



Figur 3. Kliniske foto av pasient 2 diagnostisert med APS-1. A: De intraorale funnene viser emaljehypoplasi bukkalt på tann 43 og 42 med innbuktninger på overflaten som etter en strikk (stiplet sirkel) og groper incisalt på tann 13 (pil). Innbuktningen av emaljeoverflaten sees i profil på tann 33 (hvit pil). B: Tann 22 med hypoplastisk emalje (pil) hvor den ujevne emaljen sees som spraglete og ru på buccalflaten. Tann 23 med innbuktning på emaljeoverflaten (pil).

Intraoral undersøkelse: Lettblødende gingiva og tunge. Tungen er også lobulert. Det er registrert mild dental fluorose, hypomineralisering og emaljehypoplasi av tenner (figur 3). Flere tenner har komposittrestaureringer, og tann 25 har krone. Hypoplasi er registrert på tann 13-23, 16, 17, 26, 27, 28, 33, 36, 43, 46.

Emaljehypoplasi i underkjeven på 33, 43 bukkalt samt linguale furer på 33, 31, 42 og 43. Røntgenundersøkelsen viste mindre opakemalje enn normalvariasjoner i overkjeve front 13-23 samt underkjeve front. Saliva sekresjonstest viste 0,16 ml/min ustimulert saliva og 1 ml/min stimulert saliva med lav bufferkapasitet. Til sammenligning er verdier under 0,1 ml/min betraktet som patologisk, og mellom 0,1–0,25 som lav sekresjon [32].

Pasient 3

Pasienten ble diagnostisert med Addisons sykdom i en alder av 23 år. Samme år ble pasienten diagnostisert med soppinfeksjon på negl som senere ble kategorisert som negldystrofi (figur 4). Pasienten hadde en kjent arvelig predisposisjon ettersom ett av søsknene allerede var diagnostisert med APS-1, og pasienten fikk også påvist kronisk oral candidainfeksjon. *AIRE*-mutasjoner ble påvist i begge alleler. Hen hadde flere ulike autoantistoffer som er vanlige ved ulike komponenter ved APS-1-syndromet (21OH- og 17OH-autoantistoffer som korreleres med binyrebarksvikt, og NALP5-rettete antistoffer som er vanlig ved hypoparatyreoidisme). I tillegg fant man autoantistoffer mot IFN-omega.

Faste medikamenter: Hydrokortison, Fludrokortison, Calcihew/Vitamin D (1 tablett daglig).

Intraoral undersøkelse: Pasienten har kun påvisbare defekter på 11, 13, 31. Tann 11 var restaurert med kompositt på grunn av emaljedefekt incisalt og bukkalt. Ingen periodontal sykdom eller aktive kariesangrep ble registrert. Ustimulert og stimulert salivamåling ble utført med normale funn. Slimhinneprøve for *Candida albicans* viste ingen vekst.



Figur 4. Intraoralt foto av hypomineralisert emalje (pil) og klinisk foto av negl med negldystrofi (stiplet område). Denne pasienten har få orale manifestasjoner av APS-1, men kan her sees på tann 13 med hypomineralisert emalje (pil). Pasienten har i tillegg forandringer på negl med groper og avskalling som er forenelig med APS-1. Forandringen ble først diagnostisert som soppinfeksjon før det ble rediagnostisert som negldystrofi (stiplet sirkel).

Anbefalt behandling og oppfølging

Generelt terapiforslag til pasienter med APS-1: Vi anbefaler pasientene å bruke natriumfluorid-tannkrem uten såpestoffet natriumlaurylsulfat (SLS), hjemmeprofylakse med 0,2 % natriumfluorid skyllevæske samt hyppig kontroll hos tannlege/oralkirurg. Det er viktig at pasienten får tillit til behandlende tannlege slik at karies, soppinfeksjoner og annen tannbehandling blir gjort så tidlig som mulig.

Appendiks 1 og 2 oppsummerer henholdsvis anbefalinger om syndromet for tannleger (appendiks 1) samt angir et skjema som kan brukes for undersøkelse av pasienter med APS-1/under utredning for APS-1 (appendiks 2).

Organisering: For å kunne ivareta denne pasientgruppen på en tilfredsstillende måte kreves det et tverrfaglig samarbeid mellom sykehus, tannhelsetjeneste og fastlege [33]. De medisinske tilstandene blir ivaretatt av endokrinologiske poliklinikker ved de store sykehusene i Norge, men ikke-endokrine manifestasjoner krever vanligvis henvisning til andre spesialister, som hudleger, gastroenterologer, infeksjonsleger, øre-nese-hals-spesialister og lunge- og øyekspert. Pasienter der man mistenker APS-1 basert på munnhulefunn eller som har en etablert diagnose, kan henvises til Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse (tidligere TAKO) ved Lovisenberg diakonale sykehus, til et av de regionale odontologiske kompetansesentrene eller til spesialisttannklinikker ved universitetene. Det er spesielt viktig at spesialist i oralkirurgi og oralmedisin er en del av teamet rundt pasientgruppen med tanke på oppfølging av slimhinneforandringer. Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse, har særlig kompetanse på orale manifestasjoner av sjeldne diagnoser og kan bidra i utredning og eventuell plan for behandling og oppfølging i samarbeid med de som har ansvaret for pasientene, enten lokalt eller ved et regionalt kompetansesenter. APS-1 står på A-listen over sjeldne medisinske tilstander, og pasienten har derfor krav på stønad til nødvendig tannbehandling [34].

Ved de nasjonale tannhelsekompetansesentrene har man erfaring med behandling og oppfølging av pasienter med sjeldne medisinske tilstander, og alle tannleger kan kontakte regionale kompetansesentre for råd og veiledning, og eventuelt behandling [35]. Pasienter med APS-1 har også økt risiko for kariesutvikling ettersom noen antimykotiske legemidler inneholder sukker i ulike former, for eksempel Nystatin mikstur. Dette kan predisponere pasienten for kariesutvikling på grunn av høyt sukkerinnhold i det antimykotiske middelet, kombinert med lav saliva sekresjon [36]. Det er viktig at allmenntannleger er observante på også disse tilstandene [35]. Det er videre viktig at pasientene blir anbefalt en tannkrem uten SLS, ettersom pasientene er munntørre og ofte har flere sår i slimhinnene som gjør at de lettere får ytterligere sårdan-

ninger [37]. Tannlegene bør også ta kontakt med register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS) ved Haukeland universitetssykehus, som er spesialister på oppfølging av APS-1, ved mistanke om tilstanden hos pasienter. Leder for ROAS er overlege/professor Eystein S. Husebye. AIRE-mutasjonsanalyse blir foretatt ved indikasjon ved Avdeling for medisinsk genetik, Haukeland universitetssykehus.

Diskusjon

I denne oversiktsartikkelen har vi illustrert hvor viktig tannlegens rolle er i tidlig diagnostisering og oppfølging av APS-1. Dette er en sjelden diagnose som har varierende sykdomsdebut og ulikt symptomtombilde hos de enkelte pasientene. På grunn av de varierende sykdomsmanifestasjonene foreligger det trolig en underdiagnostisering [33]. Dette betyr at det er viktig at man som tannhelsepersonell kjenner til og er observant på de sentrale orale kjennetegnene av tilstanden. Da kan man bidra til at APS-1 kan diagnostiseres og at dokumentasjon og etablering av oppfølgingsregime til pasientene etableres på et tidlig stadium. Tannhelsepersonell er sentrale i alle faser av sykdommen, og det er essensielt at pasientene føler seg ivaretatt og oppnår tillit til behandlende tannlege.

Pasientene gjennomgår mange undersøkelser årlig, og flere av pasientene opplever tretthet knyttet til sykehus og helsepersonell. APS-1 har påvirkning på livskvaliteten til de som bærer syndromet og har i stor grad sammenheng med alvorlighetsgraden av sykdomsbildet [33][38]. Flere har binyrebarksvikt, hypoparathyroidisme, kroniske soppinfeksjoner, diabetes mellitus og mangeltilstander som sammen gir en stor belastning for den enkelte [33]. Dette kombinert med redusert livskvalitet gjør også at neglisjering av egen oral helse kan forekomme [39]. Et viktig punkt er at annen medisinsk behandling kan bli prioritert over tannbehandling, noe som igjen kan føre til redusert oral helse. Pasienter med APS-1 bør ha hyppige innkallingsintervaller til tannhelseundersøkelse, og ved syndromrelaterte soppinfeksjoner bør pasienten følges opp etter et individuelt innkallingsregime. Det bør også være lav terskel for å henvise pasientene videre dersom det er mistanke om slimhinneforandringer [35].

Den diagnostiske utfordringen ved APS-1 ligger i stor grad i at de dentale funnene har betydelige likhetstrekk med andre emaljedefekter, enten disse er genetisk betinget, relatert til miljøfaktorer eller sekundære til sykdom. For å øke diagnostisk presisjon er det derfor nødvendig å supplere kliniske funn med radiologiske undersøkelser [23]. APS-1 har også kliniske likhetstrekk med andre sykdommer som gir hyposalivasjon, xerostomi og orale soppinfeksjoner, men med ulik etiologi [23][40]. Både emaljeutviklingsforstyrrelser som sees ved molar incisiv hypomineralisjon (MIH) og

ved amelogenesis imperfecta kan være påfallende like APS-1-manifestasjoner [23][41]. Typisk for APS-1 er imidlertid at emaljeforandringene ofte er generaliserte, affiserer flere permanente tenner og forekommer sammen med mukokutan candidiasis (CMC) og endokrine dysfunksjoner, noe som skiller tilstanden fra isolerte dentale lidelser. Dental fluorose deler også flere fenotypiske trekk med både APS-1 og MIH, men har en distinkt etiologisk bakgrunn [40]. Munntørret, i form av hyposalivasjon og xerostomi, er ikke et spesifikt kjennetegn ved APS-1, men kan opptre sammen med andre orale patologiske funn [20][31]. Oftedal et al fant at 62 % av pasientene med APS-1 i en norsk studie (n=41) hadde spyttkjerteldysfunksjon med lav spyttproduksjon som konsekvens. Det ble også observert nedsatt funksjon i tårekjertlene med redusert tåreproduksjon i samme studie [31].

APS-1 har flere fellestrekk med emaljeforandringer sett hos pasienter med cøliaki. Man har undersøkt disse to sykdommene for autoimmun amelogenesis imperfecta, ettersom begge sykdommene har påvist autoantistoffer mot ameloblastspesifikke proteiner som amelogenin, som igjen påvirker amelogenesisen [24]. Det er vist at emaljedefektene hos pasienter med APS-1 kan korreleres med emaljespesifikke autoantistoffer i barneårene og tidsforløpet emaljen er eksponert for disse autoantistoffene under mineraliseringen [24]. Dette betyr at tenner med lengst mineraliseringsfaser kan ha mer uttalte emaljedefekter enn tenner med kortere mineraliserings-tid, og man tror at den autoimmune responsen mot emaljematriks i liten grad påvirker tannmorfologien etter at tennene er ferdig dannet [24].

Konklusjon

Pasienter med APS-1 har ofte orale manifestasjoner, og livslang oppfølging er viktig for å redusere plager og oppdage nye sykdomsmanifestasjoner tidlig. Et tverrfaglig samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten er essensielt for fullstendig diagnostisering, oppfølging og rett behandling.

Etikk

Studien er en del av et stort prosjekt på APS-1, som er godkjent av regional etisk komité (REK) Vest med nummer 2009_2555. Studier på oral helse ved APS-1 er også godkjent av REK Vest, med nummer 2020_212734. Pasientene, med bilder, som er beskrevet som kasus, har samtykket til studier på APS-1 og spesifikt til gjengivelse i dette arbeidet.

Takk

Takk til pasienter som har sagt seg villig til å bidra til artikkelen med foto og sykdomshistorikk ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland og Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen.

Appendiks 1 oppsummerer anbefalinger om APS-1 for tannleger.

Appendiks 2 angir et skjema som er et hjelpemiddel for undersøkelse av pasienter med APS-1 eller som er under utredning for APS-1. Utarbeidet av Ivar Espelid, 2004. Samtykke til publisering er gitt. Oppdatert 2025, Universitetet i Oslo.

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.

ENGLISH SUMMARY

Borge H, Gjerde C, Bletsa A, Guddal E, Runningen A, Sivakumar A, et al.

Oral manifestations of autoimmune polyendocrine syndrome type 1

Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 136: 256-266.

Autoimmune polyendocrine syndrome type 1 (APS-1) is a rare autoimmune disease characterized by primary adrenal insufficiency (Addison's disease), chronic mucocutaneous candidiasis and hypoparathyroidism. Disease manifestations vary from individual to individual, and both endocrine and non-endocrine tissues are affected with debute in childhood, but often with delayed diagnosis. Oral manifestations as enamel defects and chronic oral candida infections are among the disease hallmarks. The enamel may be affected to various degrees within the same patient and between disease cases, from minor hypomineralization to serious enamel hypoplasia affecting most of the teeth. This is expected to be underdiagnosed and should be addressed on a larger scale when examining patients with this disease pattern. Chronic oral

candidiasis from *Candida albicans* in oral mucosa and mucosa of the esophagus in APS-1 patients may develop over time to dysplastic changes in the mucosa. Ulceration and atrophic mucosa is furthermore commonly seen.

The oral disease hallmarks of APS-1 underline the important awareness by dental health care professionals of this syndrome. This will provide better diagnostics at an earlier stage of the disease and improved treatment by interdisciplinary collaborations between general practitioners, endocrinologists and dental health care providers.

Keywords: polyendocrinopathies, autoimmune, developmental defects of enamel, dental enamel hypoplasia

REFERANSER

1. Perheentupa J. Autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91(8):2843–50.
2. Husebye ES, Anderson MS, Kampe O. Autoimmune Polyendocrine Syndromes. *N Engl J Med.* 2018;378(12):1132–41.
3. Wolff AS, Erichsen MM, Meager A, Magitta NF, Myhre AG, Bollerslev J, et al. Autoimmune polyendocrine syndrome type 1 in Norway: phenotypic variation, autoantibodies, and novel mutations in the autoimmune regulator gene. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92(2):595–603.
4. Rosatelli MC, Meloni A, Devoto M, Cao A, Scott HS, Peterson P, et al. A common mutation in Sardinian autoimmune polyendocrinopathy- candidiasis-ectodermal dystrophy patients. *Hum Genet.* 1998;103(4):428–34.
5. Zlotogora J, Shapiro MS. Polyglandular autoimmune syndrome type I among Iranian Jews. *J Med Genet.* 1992;29(11):824–6.
6. Orlova EM, Bukina AM, Kuznetsova ES, Kareva MA, Zakharova EU, Peterkova VA, et al. Autoimmune polyglandular syndrome type 1 in Russian patients: clinical variants and autoimmune regulator mutations. *Horm Res Paediatr.* 2010;73(6):449–57.
7. Meloni A, Willcox N, Meager A, Atzeni M, Wolff AS, Husebye ES, et al. Autoimmune polyendocrine syndrome type 1: an extensive longitudinal study in Sardinian patients. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(4):1114–24.
8. Betterle C, Dalpra C, Greggio N, Volpato M, Zanchetta R. Autoimmunity in isolated Addison's disease and in polyglandular autoimmune diseases type 1, 2 and 4. *Ann Endocrinol (Paris).* 2001;62(2):193–201.
9. Betterle C, Greggio NA, Volpato M. Clinical review 93: Autoimmune polyglandular syndrome type 1. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998;83(4):1049–55.
10. Bruserud O, Oftedal BE, Landegren N, Erichsen MM, Bratland E, Lima K, et al. A Longitudinal Follow-up of Autoimmune Polyendocrine Syndrome Type 1. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(8):2975–83.
11. An autoimmune disease, APECED, caused by mutations in a novel gene featuring two PHD-type zinc-finger domains. The Finnish-German APECED Consortium. Autoimmune Polyendocrinopathy-Candidiasis-Ectodermal Dystrophy. *Nat Genet.* 1997;17(4):399–403.
12. Nagamine K, Peterson P, Scott HS, Kudoh J, Minoshima S, Heino M, et al. Positional cloning of the APECED gene. *Nat Genet.* 1997;17(4):393–8.
13. Oftedal BE, Assing K, Baris S, Safgren SL, Johansen IS, Jakobsen MA, et al. Dominant-negative heterozygous mutations in AIRE confer diverse autoimmune phenotypes. *iScience.* 2023;26(6):106818.
14. Oftedal BE, Hellesen A, Erichsen MM, Bratland E, Vardi A, Perheentupa J, et al. Dominant Mutations in the Autoimmune Regulator AIRE Are Associated with Common Organ-Specific Autoimmune Diseases. *Immunity.* 2015;42(6):1185–96.
15. Oftedal BE, Wolff AS, Bratland E, Kampe O, Perheentupa J, Myhre AG, et al. Radioimmunoassay for autoantibodies against interferon omega; its use in the diagnosis of autoimmune polyendocrine syndrome type I. *Clin Immunol.* 2008;129(1):163–9.
16. Bruserud O, Oftedal BE, Wolff AB, Husebye ES. AIRE-mutations and autoimmune disease. *Curr Opin Immunol.* 2016;43:8–15.
17. Anderson MS, Venanzi ES, Klein L, Chen Z, Berzins SP, Turley SJ, et al. Projection of an immunological self shadow within the thymus by the aire protein. *Science.* 2002;298(5597):1395–401.
18. Husebye ES, Perheentupa J, Rautemaa R, Kampe O. Clinical manifestations and management of patients with autoimmune polyendocrine syndrome type I. *J Intern Med.* 2009;265(5):514–29.
19. Pavlic A, Waltimo-Siren J. Clinical and microstructural aberrations of enamel of deciduous and permanent teeth in patients with autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy. *Arch Oral Biol.* 2009;54(7):658–65.
20. Ferre EM, Rose SR, Rosenzweig SD, Burbelo PD, Romito KR, Niemela JE, et al. Redefined clinical features and diagnostic criteria in autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy. *JCI Insight.* 2016;1(13).
21. McGovern E, Fleming P, Costigan C, Dominguez M, Coleman DC, Nunn J. Oral health in Autoimmune Polyendocrinopathy Candidiasis Ectodermal Dystrophy (APECED). *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008;9(4):236–44.
22. Ferre EMN, Schmitt MM, Lionakis MS. Autoimmune Polyendocrinopathy-Candidiasis-Ectodermal Dystrophy. *Front Pediatr.* 2021;9:723532.

23. Sveinsdóttir EG, Espelid, I. Dentale utviklingsforstyrrelser: kliniske utfordringer i diagnostikk og behandling. *Aktuel Nordisk Odontologi*. 2016;41(1):126–45.
24. Gruper Y, Wolff ASB, Glanz L, Spoutil F, Marthinussen MC, Osickova A, et al. Autoimmune amelogensis imperfecta in patients with APS-1 and coeliac disease. *Nature*. 2023;624(7992):653–62.
25. Humbert L, Cornu M, Proust-Lemoine E, Bayry J, Wemeau JL, Vantighem MC, et al. Chronic Mucocutaneous Candidiasis in Autoimmune Polyendocrine Syndrome Type 1. *Front Immunol*. 2018;9:2570.
26. McManus BA, McGovern E, Moran GP, Healy CM, Nunn J, Fleming P, et al. Microbiological screening of Irish patients with autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy reveals persistence of *Candida albicans* strains, gradual reduction in susceptibility to azoles, and incidences of clinical signs of oral candidiasis without culture evidence. *J Clin Microbiol*. 2011;49(5):1879–89.
27. Bruserud O, Costea DE, Laakso S, Garty BZ, Mathisen E, Makitie A, et al. Oral Tongue Malignancies in Autoimmune Polyendocrine Syndrome Type 1. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018;9:463.
28. Ahonen P, Myllariemi S, Sipilä I, Perheentupa J. Clinical variation of autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy (APECED) in a series of 68 patients. *N Engl J Med*. 1990;322(26):1829–36.
29. Tang XH, Urvalek AM, Osei-Sarfo K, Zhang T, Scognamiglio T, Gudas LJ. Gene expression profiling signatures for the diagnosis and prevention of oral cavity carcinogenesis-genome-wide analysis using RNA-seq technology. *Oncotarget*. 2015;6(27):24424–35.
30. Zhang HX, Liu OS, Deng C, He Y, Feng YQ, Ma JA, et al. Genome-wide gene expression profiling of tongue squamous cell carcinoma by RNA-seq. *Clin Oral Investig*. 2018;22(1):209–16.
31. Oftedal BE, Marthinussen MC, Erichsen MM, Tveitars MK, Kjellesvik-Kristiansen A, Hammenfors D, et al. Impaired salivary gland activity in patients with autoimmune polyendocrine syndrome type 1. *Autoimmunity*. 2017;50(4):211–22.
32. Løkken P, Birkeland JM. Medikamenter og munntørhet. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005;125(5):581–2.
33. Oftedal BE HES. Autoimmune polyglandulære syndromer – er monogene former vanligere enn vi tror? . *Indremedisinen*. 2016;3:14–7.
34. Helsedirektoratet. SMT-listen [nettdokument] Helsedirektoratet2020 [oppdatert 01.02.2025.] Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/folketrygdloven--5-6--5-6-a-og--5-25--undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade/smt-listen>.
35. TAKO-senteret LDS. Autoimmunt polyendokrint syndrom 1 (APS type 1) 2023 [oppdatert 03.07.2025.] Tilgjengelig fra: <https://www.lovisenbergsykehus.no/tako-senteret/autoimmunt-polyendokrint-syndrom-type-1-aps-type-1>.
36. Eidt G, Waltermann EDM, Hilgert JB, Arthur RA. Candida and dental caries in children, adolescents and adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Oral Biol*. 2020;119:104876.
37. Stoltze K. Bivirkninger af natriumlaurylsulfat i mundplejemidler? *Tandlaegebladet*. 2006;5(104).
38. Astor MC, Lovas K, Debowska A, Eriksen EF, Evang JA, Fossum C, et al. Epidemiology and Health-Related Quality of Life in Hypoparathyroidism in Norway. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(8):3045–53.
39. Ponranjini VC, Jayachandran S, Kayal L, Bakyalakshmi K. Autoimmune polyglandular syndrome type 1. *J Clin Imaging Sci*. 2012;2:62.
40. Wang NJ. Oversikt over vanlige mineraliseringsforstyrrelser i emaljen og erfaringer i klinikken. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2016;126:764–70.
41. Afzal SH, Skaare AB, Wigen TI, Brusevold IJ. Molar-Incisor Hypomineralisation: Severity, caries and hypersensitivity. *J Dent*. 2024;142:104881.



RESTORATIVE SOLUTION

Ditt komplette system for KVALITETS-RESTAURERINGER

Ultradents restaureringsløsning kombinerer noen av de produktene du setter aller mest pris på, for å hjelpe deg å lage holdbare, vakre restaureringer.



ULTRADENT.EU/RESTORATIVE

ULTRADENT.EU

© 2026 Ultradent Products, Inc. All rights reserved.



Råd for god tannhelse ved autoimmunt polyendokrint syndrom type 1 (APS-1)

APS-1 er en sjelden, arvelig autoimmun sykdom som karakteriseres ved svikt i hormonproduksjon, fortrinnsvis fra biskjoldbruskkjertelen og binyrene. De vanligste orale manifestasjonene er emaljahypoplasi og kroniske soppinfeksjoner og sår i munn og svelg. Sykdommen debuterer i barneårene, men blir oftest diagnostisert senere i livet.

Det er viktig for allmennpraktiserende tannleger å vite om syndromet for å bidra til tidlig diagnostisering og optimalisering av tannhelsetjenesten.

Klinisk undersøkelse

- Ta opp grundig anamnese i forhold til mineraliseringsforstyrrelser (appendiks 2). Kliniske foto, røntgenbilder, candidatest.
- Systematisk slimhinneundersøkelse

Kartlegging av emaljeforandringer

- Hyperplasiene følger et karakteristisk mønster med spisse kuspetopper på molarer/ premolarer/hjørnetenner og/eller en bulket emaljeoppbygging. Okkusalt sees ofte tap av fissurmønster. Incisiver har ofte avskallet emalje på øvre 2/3 av bukkalflaten og/eller hypoplasi i form av groper og furer
- Hypomineralisering i ulike grader
- Kan affisere deler av tannen/hele tannen
- Ofte ser man frisk emalje i den gingivale delen av tannen og horisontale emaljedefekter bukkalt eller lingualt
- Hyperplasiene er typisk harde ved sondering

Soppbehandling/Antifungale midler

- Mycostatin mikstur® (Nystatin)/Nystimex (sukkerfri): Lokalbehandling (oral løsning), 1 ml x 4-8 ggr daglig i 1-2 uker (opptil 6 uker)
- Diflucan® (Fluconazol): Ved alvorlig soppinfeksjon, systemisk behandling - (klotrimazol), 3-4 ggr daglig 1-2 uker (tablettform), via fastlege, blå resept
- Ved angulær cheilit: påsmøres Mykostatin, Fungoral eller Canesten®

Anbefalinger

- Unngå kariogent kosthold, unngå drikke med lav pH, unngå sterk og syrlig mat og råde pasient til røykeslutt og måteholdenhet med alkohol
- Anbefale fluortannkrem uten natriumlaurylsulfat, 2 ganger daglig
- God plakk kontroll og intensiv fluorterapi ved behov
- Individuelt tilpassede innkallingsintervaller for god oppfølging ved oral candidose, sår og slimhinneforandringer
- Ved munntørrehet bruk av salivastimulerende midler og/eller saliva-erstatningsmidler

Videre tiltak og rettigheter

- Kontakte fastlege ved mistanke om APS type 1 og register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS), Haukeland universitetssykehus
- Henvise til oralkirurg for oppfølging ved forandringer i slimhinner
- Kontakte TAKO-senteret og/eller regionale odontologiske kompetansesentre (ROK) for råd om behandling og oppfølging
- Informere pasient om at sykdommen er på HELFOs liste for godkjent refusjoner etter pkt 1, liste A (sjeldne sykdommer)

Faktaarkene er utarbeidet av tannlegespesialister MC. Marthinussen, C. Gjerde og A. Bletsa, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland, tannlege/ph.d.-stipendiat H. Borge, Universitetet i Bergen (UiB) og professor. ASB. Wolff og professor/overlege ES. Husebye, Haukeland universitetssykehus og UiB.



Appendix 2

Tannutviklingsforstyrrelser - journal

Navn
Adresse
Tlf.

Henvist fra:
Dato /
Problemstilling:

Født /

Anamnese

Marker positivt funn med X ellers settes 0 for å markere at spørsmålet er stilt

- ☐ For tidlig født (> 3 uker).....uker
☐ Lav fødselsvekt (<1500 gram).....gram
☐ Sykdommer fem første leveår (spesifiser):.....
☐ Nåværende sykdommer (spesifiser):.....
☐ Medikamenter fem første leveår (spesifiser):.....
☐ Fluoridtabletter fra.....mnd
☐ Fluoridtannpasta fra.....mnd
☐ Fødselskomplikasjoner.....
☐ Skjelettfrakturer:.....
☐ Mangeltilstander (spesifiser):.....
☐ Annet.....
☐ Tendens til spising/svelging av tannkrem de første leveår

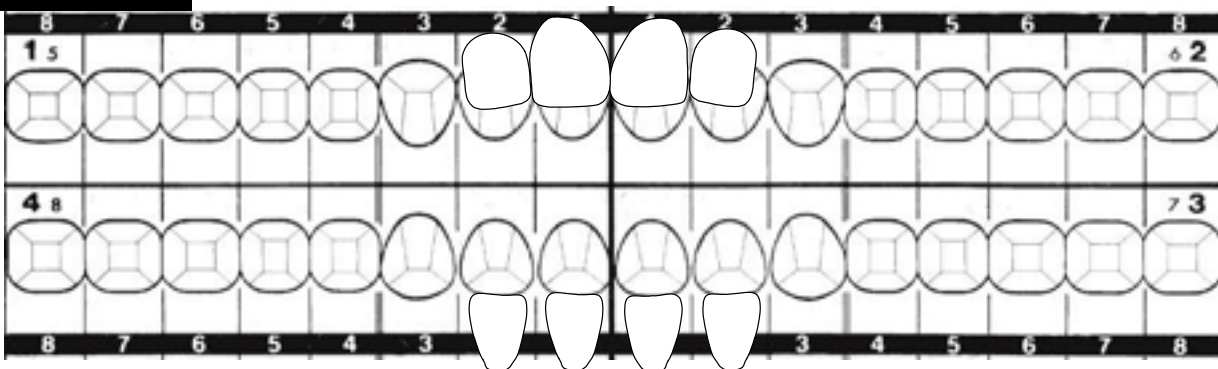
Drikkevannskilde: ☐ Kommunal vannforsyning ☐ Egen brønn Fluoridinnhold.....

Lignende tannforandringer hos familie? ☐ Ingen ☐ Vet ikke/usikker

☐ Far ☐ Mor ☐ Brødre: av totalt.... brødre
 Egne barn: ☐ Søstre: av totalt.... søstre
☐ Egne døtre:av totalt døtre
☐ Egne sønner:av totalt sønner ☐ Andre familiemedlemmer.....

Dentale funn

Primære tenner som er tilstede markeres ved å notere tannbetegnelsen over tannsymbolet (skriv med rødt)



Tallkoder til hver tannflate: 1. Avgrenset opasitet (hypomineralisasjon) 2. Diffus opasitet (hypomineralisasjon) 3. Tappt emalje (posteruptiv defekt) 4. Hypoplasi ("Pits" eller furer/groper eller generelt tynnere emalje som var til stede når tannen erupterte) 5. Ekspontert dentin 6. Hele tannflaten misfarget. Flere tallkoder på samme flate er mulig. Bruk større skrift for å markere over flere flater ved identiske funn.

Farger som forekommer i affiserte områder

☐ Kritthvitt ☐ Gul ☐ Brun ☐ Grå ☐ Andre.....

Ising/symptomer?

☐ 1 tann ☐ 2-4 tenner ☐ >4 tenner ☐ Nei

Er homologe tenner rammet (symmetri)?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Usikker

Er defektene fra samme periode i individets utvikling?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Usikker

Er rotanatomen normal?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Evt avvik.....

Primære tenner affisert?

☐ Ja ☐ Nei

Røntgenfunn:

Dentintetthet normal ☐ Ja ☐ Nei Pulpaanatomi normal ☐ Ja ☐ Nei

Annet:

Behandlingsbehov i løpet av første år: ☐ Stort ☐ Middels ☐ Lite/Intet
 -på lang sikt: ☐ Stort ☐ Middels ☐ Lite/Intet

Diagnose

Diagnose (mest sannsynlig):

Differensialdiagnose(r):

Dato /

Student

Lærers signatur:



Mer tid til pasienter?

Regnskap for
tannklinikker
– faste priser

Regnskap - Lønn - Rådgivning
Kurs og klinikkutvikling
Verdivurdering - Salg av klinikk

HOVEDBUDSKAP

- I denne artikkelen undersøker vi ytringsklima i tannklinikken og viser hvordan det påvirker pasientsikkerhet. Vi presenterer kritiske kvalitetsøyeblikk, fem kjennetegn ved godt ytringsklima og grep for småskrittsforbedringer. Artikkelen beskriver såkalte kritiske kvalitetsøyeblikk, det vil si konkrete situasjoner hvor ytringsklimaet i tannklinikken settes på prøve. Fem trekk ved et godt ytringsklima utlegges:
 - (i) vennlig friksjon
 - (ii) toleranse for aktive ytringsfeil
 - (iii) psykologisk trygghet
 - (iv) aktørklima
 - (v) trykke på plussknapper
- Til avslutning skisseres hvordan ytringsklimaet kan forsterkes gjennom konkrete småskrittsforbedringer. Det er sjelden nødvendig med store omveltninger for å bygge et konstruktivt klima for ros og kritikk. I stedet kan man teste ut små grep for å utvikle gjeldende rutiner og vaner i tannklinikken.

FORFATTERE

Øyvind Kvalnes, Professor, Institutt for ledelse og organisasjon, BI

Mariann Saanum, Postdoktor, Avdeling for pedodonti, atferdsfag og rettsodontologi, Universitetet i Oslo

Åpen tilgang CC BY-ND 4.0 @ Forfatterne

Korresponderende forfatter: Mariann Saanum, epost: marshau@odont.uio.no

Akseptert for publisering 12.03.2026. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som:
Kvalnes Ø, Saanum M. Ytringsklima i tannklinikken. Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 268-273. doi:10.56373/69ba6abbad902

Nøkkelord: ytringsklima, psykologisk trygghet, friksjon, etikk, tannhelse

Ytringsklima i tannklinikken

I likhet med andre arbeidsplasser har tannklinikken et ytringsklima som rammer inn hvordan folk gir hverandre støtte og ros på den ene siden, og kritikk og motstand på den andre. Viktige spørsmål er hvordan fremme et godt ytringsklima der alle kan ytre motstand, uenighet eller anerkjennelse trygt. I denne artikkelen presenterer vi kritiske situasjoner der klimaet testes, fem kjennetegn ved et godt ytringsklima og praktiske grep for forbedring. I ethvert arbeidsmiljø etableres rutiner og vaner som til sammen danner et ytringsklima. I tannklinikken kan disse være sunne og konstruktive eller bevege seg i retning av det motsatte.

I denne teksten undersøker vi hva som skal til for å bygge og forsterke et godt ytringsklima i tannklinikken. Vi presenterer situasjoner der kvaliteten på klimaet er avgjørende for gode pasientforløp, og vi bruker generell teori om ytringsklima [1] til å analysere dem. Dette er en teori som tar opp i seg teorier om psykologisk trygghet [2][3], uenighet [4], friksjon [5], menneskers selvforståelse [6] og verdien av å anerkjenne og rapportere om positiv innsats [7][8]. I tråd med Amabile og Kramer [7] legger vi vekt på at småskrittsforbedringer i måten folk snakker sammen på, kan gi store gevinster for både ytringsklima og faglig kvalitet.

Artikkelen er tredelt: I den første delen synliggjør vi kritiske kvalitetsøyeblikk i klinikken, konkrete situasjoner der ytringsklimaet settes på prøve. I den andre delen beskriver vi kjennetegn ved et godt ytringsklima, og i den tredje delen foreslår vi grep for å etablere og vedlikeholde dette i tannklinikken.

Arbeidsmiljøet i tannklinikken påvirker kvaliteten på det faglige arbeidet [9]. Det er derfor trolig at ytringsklimaet påvirker standarden på tannhelsetjenestene som leveres. Som i andre arbeidsmiljøer som skal levere tjenester av høy kvalitet, er det avgjørende at kollegaer både støtter og korrigerer hverandre underveis, samtidig som det er menneskelig å gjøre feil og krevende å innrømme dem i stolte fagdisipliner der faglig dyktighet verdsettes høyt [10]. Et sunt ytringsklima kan redusere antall feil og bidra til at feil fanges opp før de får skadelige konsekvenser.

Kritiske kvalitetsøyeblikk

Forskning på psykologisk trygghet viser at det ikke holder at gjennomsnittet i en gruppe opplever det trygt å si fra. Spørsmålet er hvor trygge de minst trygge er når de vurderer å være motstemmer. Yngre klinikere kan oppleve det som krevende å utfordre etablerte rutiner og mer erfarne kollegaer [11], og svenske funn tyder på at tannhelsesekretærer i større grad bør lyttes til og få innflytelse på egen arbeidshverdag [12]. Verdien av et godt ytringsklima er nedfelt i arbeidsmiljøloven. Helsesektorrappporter [13] dokumenterer konsekvenser av dårlig ytringsklima – som frykt for sanksjoner, pasientskader og presset ledelse. Disse funnene gjelder ikke tannhelsefeltet spesifikt, men er trolig også relevante innenfor tannhelsefeltet.

Den norske tannlegeforenings (NTFs) etiske regler understreker viktigheten av kollegial samhandling. Regelverket adresserer arbeidsmiljøet spesifikt i § 3-5: «Tannlegen bør bidra til et godt arbeidsmiljø med gjensidig respekt, god kommunikasjon og høyt nivå av samarbeid mellom teammedlemmer. Dette både av hensyn til kollegaers trivsel og for å øke kvaliteten på pasientbehandlingen.», mens § 4-3 fremhever respektfull fagdiskusjon: «Faglige diskusjoner mellom kollegaer er viktige for faglig utvikling og kunnskapstilegning. Slike diskusjoner bør foregå i egnede fora og ivareta hensyn til personvernet. Tonen må være respektfull og ikke dømmende.» Disse bestemmelsene fremmer sammen et godt arbeidsmiljø, faglig kvalitet og etisk praksis i klinikken.

Hvordan oppleves ytringsklimaet i denne bestemte tannklinikken? Noen medarbeidere kan erfare lav terskel for å si fra, mens andre opplever det som risikabelt og ubehagelig. Kvaliteten på ytringsklimaet vurderes best gjennom konkrete hendelser.

Vi presenterer derfor eksempler på situasjoner der ytringsklimaet settes på prøve, såkalte kritiske kvalitetsøyeblikk [1], hvor det som skjer videre, avgjør om utfallet blir godt eller dårlig. Slike øye-

blikk krever handling her og nå, og man kan forberede seg ved å identifisere mulige tilspissede situasjoner på forhånd. Hvordan ønsker vi at de skal håndteres? Hvordan kan vi skape en felles forståelse av hva som kreves av den enkelte og fellesskapet?

I alle disse eksemplene kan en ytring fra tannhelsesekretæren forhindre skade.

Tannhelsesekretæren har tre handlingsalternativer:

1. Si ifra slik at tannlegen får rettet opp feilen.
2. La være å si noe.
3. Si ifra etterpå.

Hva kan lede tannhelsesekretæren til å velge alternativ 1 fremfor 2 eller 3?

- Dette er noe man har snakket om på forhånd, og man har en etablert måte å kommunisere slike feil på.
- Denne eller andre tannleger har uttrykt takknemlighet for å få beskjed tidligere i liknende situasjoner.
- Det er etablert en trygg relasjon mellom tannlegen og tannhelsesekretæren.

Hva kan lede tannhelsesekretæren til å velge alternativ 2 eller 3?

- Faglig utrygghet på behandlingsprosedyrer og hva som er riktig å gjøre.
- Utrygghet på tannlegens reaksjoner. Her kan det være en historikk med harde utfall mot slike initiativ.

En redd pasient

Tidsskjemaet er stramt, og en pasient med mistet fylling er presset inn i timeboka. Tannlegen virker opptatt av å ta igjen tapt tid, mens tannhelsesekretæren ser at pasientens kroppsspråk tyder på at noe er galt. Hun spør pasienten, som da forteller at bedøvelsen ikke virker. Pasienten er redd og har tidligere hatt smertefulle erfaringer. Tannlegen gir mer bedøvelse, roer situasjonen, og behandlingen fullføres smertefritt, slik at pasienten går ut fornøyd og ønsker ny time hos samme tannlege. Tannlegen skynder seg videre uten å anerkjenne sekretærens viktige inngripen – hvordan kan manglende anerkjennelse påvirke hennes atferd i lignende situasjoner senere?

Skitten pinsett

Tannlegen har det travelt med den siste pasienten før lunsj og oppdager at han mangler et instrument. I farten tar han en pinsett som har vært på brettet med urene instrumenter og er i ferd med å bruke den til å hente et rent instrument i skuffen. Tannhelsesekretæren ser hva som skjer og vet at dette kan spre smitte til andre pasienter – hva gjør hun nå?

Fylling med og uten bonding

Tannlegen legger fylling, men går distraheret fra ets og primer direkte til fylling uten bonding. For pasienten kan dette føre til at fyllingen løsner eller at sekundærkaries utvikler seg på sikt og gir større skade på tannen, med rotfylling eller tidlig tanntap som ytterste konsekvens.

- Usikkerhet om hvordan en slik beskjed kan formuleres på en god måte midt i en behandlingssituasjon. Bekymring for pasientens reaksjoner.
- Lav yrkesstolthet og lite engasjement for resultatet.
- En antakelse om at dette ligger utenfor eget ansvarsområde.

Eksempelene illustrerer bredden av utfordringer som kan oppstå i tannhelsesektoren. For å håndtere utfordringene konstruktivt trenger man et velfungerende ytringsklima. I neste del omtaler vi fem kvaliteter som kan bygge dette klimaet.

Ytringsklima på sitt beste

I den videre analysen vil vi anvende en teori om fem kjennetegn ved ytringsklima når det er på sitt beste [1]. Denne tilnærmingen følger mønsteret for forskning innen såkalt Positive Organizational Scholarship [14][15]. Kjernen i denne retningen er å sette søkelys på positive innsatser og praksis i organisasjoner. Ved å sirkle inn beste praksis på et område, skapes grunnlag for læring og utvikling.

i. Vennlig friksjon

Vennlig friksjon er nødvendig for å stoppe destruktive prosesser og forløp [5]. Det kan handle om å yte motstand og være uenig i en idé for videre behandling av en pasient, eller å bryte inn i situasjoner av den typen som vi beskrev i forrige seksjon. Hvis ingen tar ordet, fortsetter denne årsakskjeden uforstyrret videre. Vi får en friksjonsfri bevegelse mot et negativt forløp.

Noe som kan stå i veien for friksjon mellom kollegaer, er at den gjerne oppfattes som irriterende og forstyrrende. Mottakerne kan oppleve at det er god flyt i det de holder på med, og ergre seg over innblanding. Skapende motstand kan først komme på plass når vi begynner å betrakte friksjon med en annen innstilling enn irritasjon [16].

Begrepet vennlig friksjon er inspirert av filosofen Arne Næss. I sin bok *Livsfilosofi* (1998) skrev han: «I en atmosfære av vennlighet kan man tåle mye fra andre.» Begrepet vennlig friksjon beskriver en middelvei mellom vennlighet uten friksjon og friksjon uten venn-

lighet; begge ytterpunktene gjør at uheldige praksiser blir stående uimotsagt. Når stemningen er for god, unngår kollegaer motforestillinger, og når kritikk fremføres hardt, blir mottakeren mer opp-tatt av å forsvare seg enn å lytte.

Dersom ingen påpeker at bruken av usynlig tannregulering i eksempelet over synes overdreven, med manglende klinisk indikasjon for behandling, går tannlegen friksjonsfritt videre i praksis. Det kan føre til overbehandling, unødvendig kostnad for pasientene, redusert tillit og mulig skade for pasientene over tid med unødvendige komplikasjoner. Kollegaens innspill er her avgjørende for å sikre faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet.

Friksjon kan også motvirke normalisering av urett i tannklinikken – uten motstemmer kan etisk betenkelige handlinger bagatelliseres gjennom moralsk nøytralisering og skli videre uten motstand [10].

ii. Toleranse for aktive ytringsfeil

Vi skiller mellom aktive ytringsfeil – å si noe som skulle vært usagt – og passive ytringsfeil – å la være å si noe som skulle vært sagt [1]. Det ser ut til å være større toleranse for passive enn for aktive ytringsfeil. Å la være å si noe kjennes tryggere, og vi kan anta at så lenge vi ikke sier noe, gjør vi i hvert fall ikke noe galt. Dette er en misforståelse, siden det å la være å si noe i en kritisk situasjon, for eksempel når en tannlege er i ferd med å feilbehandle en pasient, er en alvorlig feil. Toleranse for aktive ytringsfeil betyr at den som slår falsk alarm, ikke straffes eller kritiseres, selv om det viste seg at tannlegen hadde kontroll og ikke var i ferd med å gjøre en tabbe.

iii. Psykologisk trygghet

Det å ta ordet for å utfordre en kollega kjennes gjerne risikofylt, særlig hvis det er en junior som vurderer å motsi en senior. Teorien om psykologisk trygghet fanger opp denne usikkerheten. Dette an-

Overbehandling

En tannlege har en uvanlig stor andel behandlinger med usynlig tannregulering. En kollega ved samme klinikk reagerer, mistenker overbehandling og opplever at behandlingen «pushes» på pasienter, blant annet fordi han kjenner flere i den lille byen som har fått slik behandling uten at behovet virker åpenbart. Hvordan kan han ta opp sine motforestillinger med kollegaen?

Tegn til infeksjon?

Tannhelsesekretæren legger merke til et mørkere område ved tann 46 på røntgenbildet hun nettopp tok. Kan det være tegn på infeksjon? Bør hun påpeke dette for tannlegen? Hun har jo selv lite formell opplæring i å tolke røntgenbilder og skal ikke ha ansvaret for det. Om hun tør si fra, avhenger gjerne av historikken på arbeidsplassen – hvordan gikk det forrige gang noen sa fra og tok feil? Hvis de fikk en smekk for å ha begått en aktiv ytringsfeil, skaper det grobunn for taushet senere. Dersom tannlegen biter henne av med at dette bare er naturlig anatomisk variasjon, uten anerkjennelse av hennes intensjon om å hjelpe pasienten, kan det hende hun ikke sier ifra neste gang det faktisk er en patologisk prosess som ikke burde gå uoppdaget.

ses å være et gruppefenomen. Hvor trygt er det å utfordre og motsi hverandre i denne gruppen? I hvilken grad er det rom for motstemmer og friksjon? Forskningen rundt dette fenomenet viser at høy grad av psykologisk trygghet skaper grunnlag for felles prestasjoner på høyeste nivå [2][3].

Ytringsklimaet påvirker også om fellesskapet på jobb oppdager mangler og feil for de får negative konsekvenser. Når alt hittil har gått bra, kan fravær av uhell brukes som argument mot endring, selv om det kan være avgjørende å gripe inn før noe går galt.

Nyansatte i en organisasjon kan ha lettere for å få øye på uheldige eller urimelige praksiser ved arbeidsplassen. De har ikke fått rutinebriller ennå og kan betrakte det som foregår med relativt friske øyne.

Psykologisk trygghet handler ikke om kos og hygge, men om at gruppen tåler opphetede diskusjoner uten at uenighet gjør folk til fiender. Når tryggheten er høy, blir ærlig og direkte friksjon mulig, noe som trengs for å luke bort uvaner og fange opp feil.

iv. Aktørklima

Den norske pedagogen Roald Nygård [6] trekker et skille i menneskers selvforståelse mellom å se seg selv som en aktør eller en brikke. En aktør kjenner seg ansvarlig for egne valg og handlinger og tar initiativ til endring. En brikke, derimot, opplever seg selv som et objekt som blir flyttet rundt på av andre, og dermed ikke som et ansvarlig individ.

Flere av eksemplene over forutsetter at de som kan gripe inn og gjøre en positiv forskjell, ser seg selv som aktører: De mangler kanskje instruks, men handler likevel når noe uventet skjer. I et slikt fellesskap oppstår et aktørklima, der initiativ er normalt, mens et brikkeklima kjennetegnes av at folk kun gjør det de får beskjed om.

I et brikkeklima ville sekretærene verken sagt fra om skjermene i resepsjonen eller om mørk flekk på røntgenbildet, mens slike initiativ forventes og oppmuntres i et aktørklima. Tannlegen som mistenker overdreven bruk av usynlig tannregulering, ville i en brikkekultur tenkt at «dette angår ikke meg», men i et aktørklima tatt saken opp internt.

Skjermer til besvær

En nyansatt sekretær legger merke til at innholdet på data-skjermene i resepsjon kan sees av pasienter som går ned gangen i klinikken. Føler hun at det er trygt å si fra? Hvordan vil budskapet bli mottatt? Ingen andre har tenkt på dette som et problem i de fire årene som har gått siden de ble installert på denne måten. Kollegaene er blitt vant til at de står slik. Kommer hun til å bli latterliggjort og ansett som pirkete? Tvil rundt slike spørsmål kan føre til taushet.

v. Trykke på plussknapper

Hvor vanlig er det å feire og markere ekstraordinær innsats? I arbeidsmiljøer der små og store seire løftes frem, gir det energi og motivasjon når kollegaer og ledere legger merke til og verdsetter innsatsen – å «trykke på plussknapper». Slik bruk av plussknapper bygger det Jane Dutton [8] kaller høykvalitetsforbindelser på jobb og legger grunnlaget for å prestere sammen på høyt nivå.

Under merkelappen #råbra har barnelege Marianne Nordhov utviklet en systematisk metode for å fange opp og markere positiv innsats. Hun forteller om initiativet i en podkastepisode [17]. I et sykehusmiljø der en hovedsakelig rapporterer feil, avvik og skade, fungerer #råbra som et varslingssystem for positiv innsats og som læringsverktøy, ved at meldingene beskriver hva som var bra, og hvordan det kan skje oftere. Et slikt varslingssystem kan også tas i bruk i tannhelsetjenesten, der påpasselig og presist faglig arbeid fortjener oppmerksomhet.

Tannpleieren i eksempelet under gjør en innsats som kvalifiserer til en #råbra-melding: Uten tannpleierens faglige grundighet og utholdenhet kunne utfallet vært helt annerledes. Samtidig kan slike saker lett tones ned fordi de kaster et uheldig lys over tannlegen: Positiv anerkjennelse øker sjansen for at slik atferd gjentas, mens neddysing gjør den mindre sannsynlig.

Praktiske grep

Arbeidet med å utvikle og vedlikeholde et kraftfullt og godt ytringsklima i tannklinikken kan gjerne skje gjennom småskrittforbedringer [7]. Det trengs ikke nødvendigvis revolusjon og omveltning for å snu et ytringsklima til det bedre. Hva som trengs i de ulike klinikkene, avhenger selvsagt av hvordan tilstanden er i dag. Her er noen eksempler på grep som har vært prøvd ut ved andre arbeidsplasser:

- Tidlig aktivisering: Alle får sjansen til å si noe fra starten av et personalmøte eller lignende. Da senkes terskelen for å være en aktiv deltaker.
- Felles sosiale møteplasser: Samtaler på tvers av profesjoner og generasjoner er egnet til å skape mindre distanse og høyere

En malign tilstand – med godt utfall

Hverdagen i tannklinikken rommer mange positive innsatser, som når en tannpleier er særlig grundig i kliniske undersøkelser av hele munnhulen og oppdager en liten hevelse bakerst i ganen. Tannlegen ser først ikke noe, deler ikke bekymringen, men henviser likevel etter at tannpleieren insisterer – og det viser seg å være en malign tilstand som behandles med godt utfall.

psykologisk trygghet. Vi vet at hierarkier kan stå i veien for trygghet, så grep for å nøytralisere dette er viktig. Det kan for eksempel skje i samtalene under lunsj og i kaffepauser. Tannlege Ralf Husebø fortalte i en podkastepisode [18] at lunsjen er hellig på klinikken han ledet. Da skulle tannlegen sitte med matpakke og prate med de andre ansatte om løst og fast. Det senker terskelen for å si fra både om feil og om positive innsatser.

- Hilse ordentlig på hverandre: Der hvor det er normal praksis å hilse på hverandre, bidrar det til at folk kjenner seg sett og anerkjent. Dermed vil de også ha lettere for å ta ordet og ytre seg i kritiske situasjoner.
- Gi hverandre ros og komplimenter: Her er vi tilbake til grunn tanken bak #råbra. Normaliseringen av å si fra om positiv innsats skaper energi og mobiliserer til videre innsats.

Å utvikle et godt ytringsklima er ikke bare et individuelt anliggende, men fungerer best med aktiv støtte fra ledelsen. Lederne kan

sette av tid til at teamet kan øve på kommunikasjon, diskutere erfaringer og reflektere sammen. Slik tilrettelegging gir rom for læring og gjør det enklere å gjennomføre småskrittsforbedringer i en travel klinikk.

Arbeidet med ytringsklima skjer i hverdagen, særlig gjennom enkelthendelser som avslører hvordan det egentlig står til. Kvalitetene vi har beskrevet, utvikles skritt for skritt, og små justeringer i hvordan man snakker sammen kan være nok til å bedre ytringsklimaet betydelig – til fordel for både ansatte og pasienter.

Spør deg selv: Når har du opplevd ytringsklima på sitt beste i tannklinikken?

Negative erfaringer sitter gjerne dypere i minnet enn positive – men det er nettopp ved å feire små og store øyeblikk der noen tok ansvar og tok ordet, at ytringsklima utvikles. Slike konkrete hendelser er ikke bare uttrykk for godt klima – de er byggeklossene som skaper det.

ENGLISH SUMMARY

Kvalnes Ø, Saanum M

Communication climate in the dental clinic

Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 136: 268-273.

This article examines the communication climate in dental clinics and demonstrates its impact on patient safety. We present critical quality moments, five hallmarks of a healthy communication climate, and strategies for incremental improvements. The article describes so-called critical quality moments, concrete situations where the communication climate in the clinic is put to the test. Five features of an excellent communication climate are presented: (i) Friendly friction, (ii) tolerance for active speech mistakes, (iii)

psychological safety, (iv) agency climate, and (v) pushing plus buttons. The article discusses how improvements in the communication climate can arise from small steps and minor changes to clinical routines and habits. A revolution is not needed to strengthen how colleagues in the dental clinic communicate at work.

Keywords: communication climate, psychological safety, friction, ethics, dental health

REFERANSER

1. Kvalnes Ø. Ytringsklima. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
2. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q*. 1999;44(2):350–383.
3. Edmondson AC. The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2018.
4. Næss A. Livsfilosofi: Et personlig bidrag om følelser og fornuft. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.
5. Kvalnes Ø. Friksjon: Hvordan mobilisere motstemmer og skape samarbeidsmirakler. Oslo: Cappelen Damm; 2025.
6. Nygård R. Aktør eller brikke: Søkelys på menneskers selvforståelse. Oslo: Cappelen Damm; 2007.
7. Amabile TM, Kramer SJ. The progress principle: Using small wins to ignite joy, engagement, and creativity at work. Harvard Business Review Press; 2011.
8. Dutton JE. Energize your workplace: How to create and sustain high-quality connections at work. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2003.
9. Berthelsen H, Hakanen JJ, Westerlund H. Antecedents of organizational psychosocial safety: An exploratory study. *Scand J Org Psych*. 2021;13(1):4–18.
10. Kvalnes Ø. (2015). Profesjon og interesse: Om moralsk nøytralisering blant tannleger. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2015;125:426–432.
11. Dyvi S. Does clinical experience impact surgical decision-making? A Norwegian case. *Scand J Surg*. 2020;109(1):12–21.
12. Erichs M. The role of dental hygienists in Swedish public health. *Swed Dent J*. 2024;48(2):87–95.
13. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Trygg pasientbehandling krever et åpent ytringsklima. Rapport om ytringsklima i helsesektoren. [Internett]. Oslo: Ukom; 2025. Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/rapporter/trygg-pasientbehandling-krever-et-åpent-ytringsklima/sammendrag>
14. Cameron K, Dutton J, Quinn R. An introduction to positive organizational scholarship. I: Cameron KS, Spreitzer GM (red.). *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
15. Cameron KS, Spreitzer G (red.). *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
16. Carlsen A, Clegg S, Gjersvik R. *Idea Work: Om profesjonell kreativitet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2012.
17. Nordhov M. Anerkjenn kollegaers innsats gjennom å si #råbra. I podkasten Ytringsklima 9. november 2023. [Internett]. Acast. Tilgjengelig fra: <https://shows.acast.com/ytringsklima/episodes/09012023>
18. Husebø R. Kodeord og trygghet i tannklinikken. I podkasten Ytringsklima 6. november 2023. Acast. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://shows.acast.com/ytringsklima/episodes/huseby-v1>

Tidendes pris for beste originalartikkel

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

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

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

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:

– artikkelens systematikk og kilde-
håndtering

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren.

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?



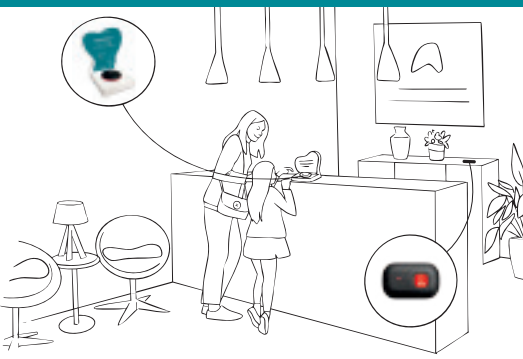
DentalCall

Improving efficiency

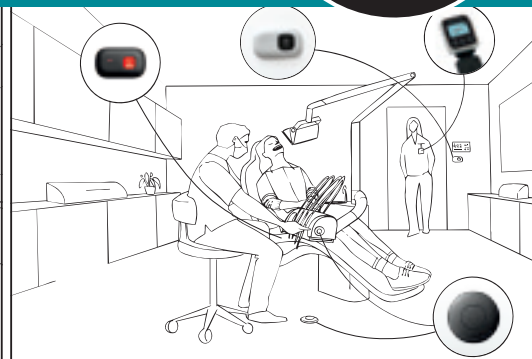
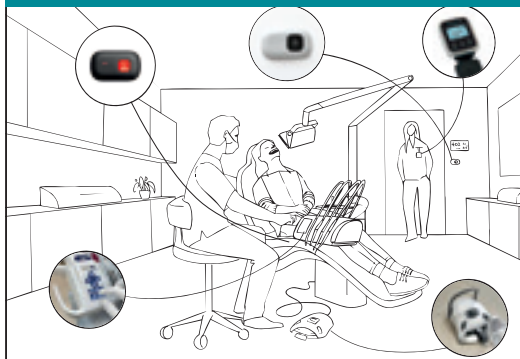
Møt våren
med effektiv tilkalling
på klinikken!

Benyttes
av mer enn
300
klinikker

RESEPSJON

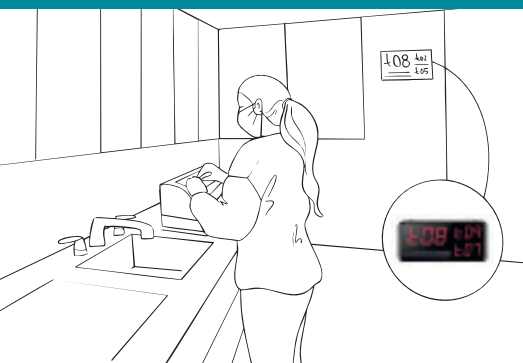


BEHANDLINGSROM

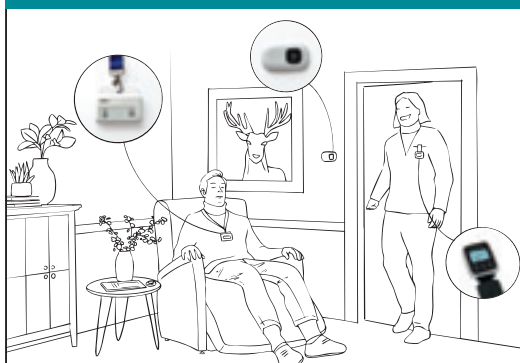


Mindre stress og støy - Bedre miljø!

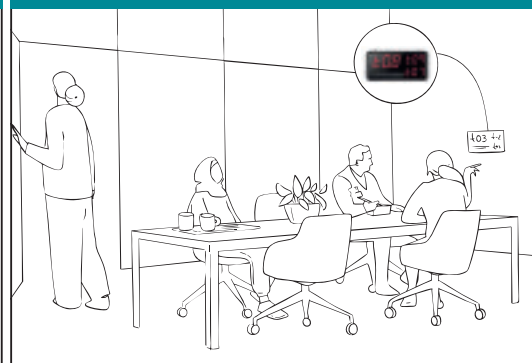
STERIL



PASIENT HVILEROM



SPISEROM / SKRIVESTUE



Passer alle klinikker – liten eller stor

TEST og bli kjent med DentalCall før beslutning om kjøp

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

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

Bytt ut melodispillende
ringeklokker og roping!



Som kanskje ikke høres og
forstyrrer alle på klinikken

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

Forhandlere Norge
Plandent
plandent.no

dental sør
dentalsor.no

a concept by
CSN

KLINISK BUDSKAP

- Gingival fibromatose er sjelden hos barn og kan være en manifestasjon av underliggende sykdom eller syndrom. Barn med ukjent eller atypisk tilstand i munnhulen bør tidlig henvises til en spesialistklinikk for tverrfaglig vurdering av diagnose, mulig årsak og behandling. Tidlig behandling er indisert når tilstanden påvirker funksjon og generell helse og livskvalitet.

FORFATTERE

Kristin Melkevik Kolltveit, tannlege, dr.odont, spesialist i periodonti, overtannlege. Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse, Lovisenberg diakonale sykehus

Pernilla Östenson, tannlege, spesialist i pedodonti, overtannlege. Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse, Lovisenberg diakonale sykehus

Tine M Søland, førsteamanuensis, oral patolog. Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Ingvild Kibsgård Vestengen, tannlege, dr.odont, spesialist i oral radiologi. Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse, Lovisenberg diakonale sykehus

Pamela Åsten, logoped. Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse, Lovisenberg diakonale sykehus
Emina Dzamalija, tannlege. Solvang tannklinikk, Vestfold fylkeskommune

Åpen tilgang CC BY-ND 4.0 @ Forfatterne

Korresponderende forfatter: Kristin Melkevik Kolltveit.
E-post: KristinMelkevik.Kolltveit@tako.no

Akseptert for publisering 09.02.2026. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som: Kolltveit KM, Östenson P, Søland TM, Vestengen IK, Åsten P, Dzamalija E. Behandling av to år gammel jente med gingival fibromatose. Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 136: 276-281. doi:10.56373/698c7864419f8

Nøkkelord: gingival fibromatose, behandling gingival fibromatose, gingivektomi, tidlig behandling, oral funksjon

Behandling av to år gammel jente med gingival fibromatose

Kristin Melkevik Kolltveit, Pernilla Östenson, Tine M Søland, Ingvild Kibsgård Vestengen, Pamela Åsten og Emina Dzamalija

Om pasienten og bakgrunn

En to år gammel jente var vesentlig plaget i hverdagen av smerter i gingiva, noe som også medførte spisevegring og bruk av smertestilende medikamenter. Personalet i barnehagen hadde lagt merke til atferdsendring i perioder med smerte fra munnen og gjorde foresatte oppmerksomme på et atypisk bilde av munnhulen.

Da jenta ble undersøkt ved en lokal tannklinikk, konstaterte man gingival overvekst med periodevis gingival smerte, og hun ble henvist for videre vurdering til Nasjonalt senter for sjeldne tilstander, enhet munnhelse, Lovisenberg diakonale sykehus, Oslo (tidligere TAKO-senteret). Her ble hun vurdert tverrfaglig av tannlegespesialister i pedodonti og periodonti.

Klinisk ble det observert åpen munnstilling og manglende lepelukking, samt salivalekkasje. Tann 52, 51, 61 og 62 var delvis dekket av gingiva. Fibrøs, atypisk gingiva dekket alveolarkammen i sidesegmentene. Tennene 55, 54, 53, 63, 64 og 65 var ikke synlige og kunne heller ikke palperes (figur 1a–b).

Periapikale røntgenbilder av sidesegmentene viste at tennene 55, 54, 53, 63, 64 og 65 var brutt gjennom ben med hele tannkronen (figur 2a–c). Pasienten hadde også et høyt festet labialt frenulum med vifteform, noe som gjorde overleppen stram og trakk den inn. I underkjeven var tennene 73, 72, 71, 81, 82 og 83 delvis dekket av gingiva. For tann 74 og 84 kunne man delvis se okklusalflaten, men glattflatene var ikke synlige. Selv om gingiva i underkjeven også var fibrøs og atypisk, var bildet ikke like uttalt som i overkjeven. Tannutviklingen på røntgen var forenlig med 4,5-årsalder og var dermed kommet lenger enn gjennomsnittet for pasientens alder [1].

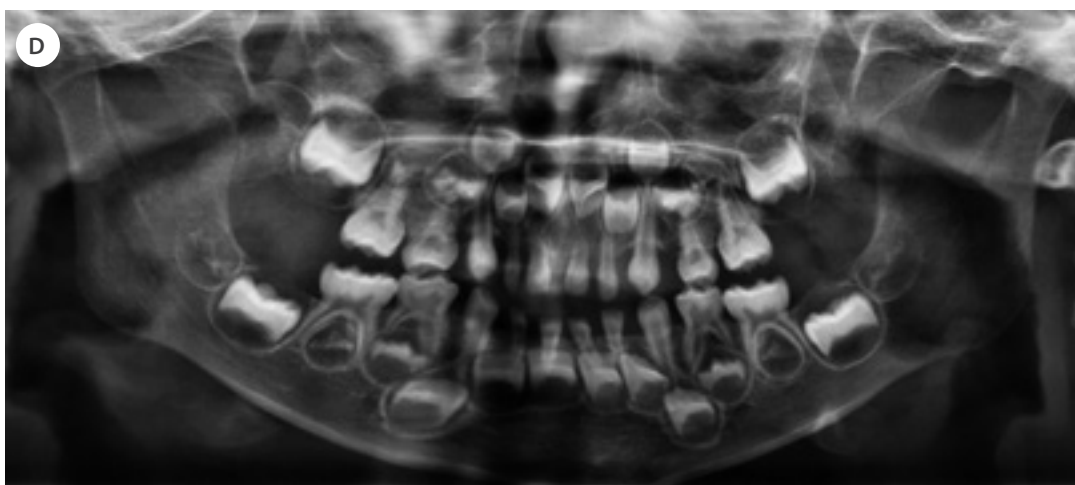
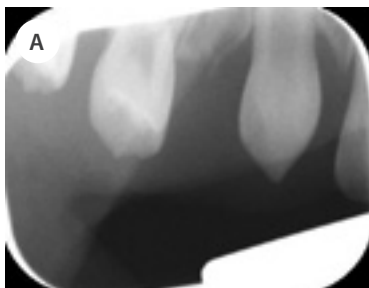


Figur 1a–b. Kliniske fotografier fra første undersøkelse. Alder to år og ni måneder.

Ved neste undersøkelse lyktes det å få tatt en orthopantomogram (OPG) (figur 2d). Her fant man marginalt bentap i fronten rundt tennene 52, 51, 61 og 62. Det ble valgt å ta et supplerende tannbilde regio 52 for å avgjøre om behov for eventuell ekstraksjon av 52 (figur 2b). Foresatte ble informert om festetap i over-

kjevns front og mulighet for prematur felling av incisivene og laterale.

Etter en tverrfaglig vurdering, og i samvalg med foreldrene, ble det vurdert at smerter, spisevegring og manglende lukking av munn gjorde det indisert å utføre gingivektomi i generell anestesi.



Figur 2. Røntgenbilder. A., B. og C. Periapikale røntgenbilder av molarer og fronttenner i overkjeve. D. Orthopantomogram (OPG).

Pasientbehandling

Kirurgisk inngrep

Etter intubering var tuben lagt på pasientens høyre side, og andre kvadrant ble derfor behandlet først. Det ble satt infiltrasjonsanestesi, 1,8 ml Xylocain Dental®adrenalin (20 mg/ml + 12,5 µg/ml). Tennene 63, 64 og 65 ble lokalisert ved hjelp av lommedybde måler og klinisk skjønn. Deretter ble det utført et horisontalt, ekstern bevel, gingivektomisnitt bukkalt og palatinalt i den apikale delen av anatomisk krone. Det ble benyttet et skalpellblad 12D for å legge incisjonssnittet. Gingiva ble deretter løftet bort med pinsett og sårkantene trimmet og formet med vevssaks for å oppnå optimal form og estetikk. Deretter ble det gjort en konvensjonell gingivektomi rundt tennene 61 og 62, og vevet ble rengjort og formet.

Under kirurgioperasjonen ble det konstatert at frenulum var stramt, noe som ble vurdert som medvirkende årsak til manglende bevegelighet av overleppe. Frenulum ble derfor dissekert ut langs festet bukkalt.

Man valgte å sette suturer for å holde vevet på plass og minimere postoperativt ubehag. Det ble satt fire modifiserte madrasssuturer og fire enkle suturer Vicryl 4-0 (Braun) (figur 3a–b). Pakning ble vurdert som uegnet på grunn av pasientens lave alder og inngrepets omfang.

Etter at andre kvadrant var fullført, ble tuben flyttet over til pasientens venstre side. Det ble satt infiltrasjonsanestesi i første kvadrant, tilsvarende som i andre kvadrant. Prosedyren som beskrevet for andre kvadrant, ble gjentatt i første kvadrant. I tillegg ble høyden i midtlinjen redusert, men papilla insisivum bevart. Her ble det satt fire madrasssuturer og én enkel sutur med Vicryl 4-0. Avslutningsvis ble det satt 3/4 karpyle 1,8 ml Xylocain Dental® infiltrasjon jevnt fordelt over hele overkjeven for å unngå smerte umiddelbart postoperativt.

Biopsi og genetisk test

Under inngrepet tok man også biopsier fra gingiva fra tre forskjellige områder. Biopsiene ble sendt til Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, for undersøkelse av oral patolog. Mens pasienten var i generell anestesi, tok man i tillegg blodprøver for videre undersøkelser ved Avdeling for medisinsk genetikk, Oslo universitetssykehus.

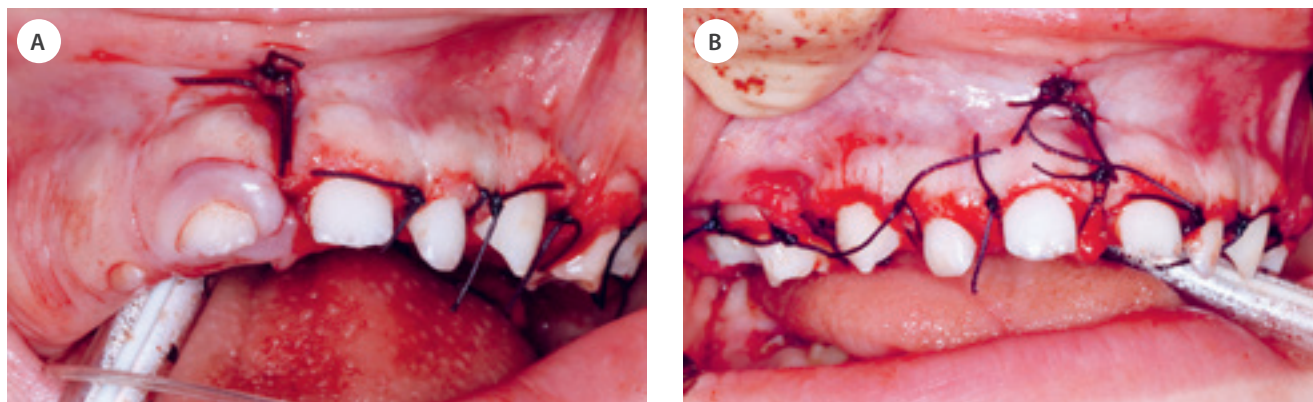
Histologisk undersøkelse av vevet viste en gingivalslimhinne kledd av et parakeratinisert flerlaget plateepitel (figur 4a–d). Subepitelialt utgjorde et grovfibret til hyalint bindevev hoveddelen av preparatet. I bindevevet var blodkar som omgitt av en smal sone bestående av et ødematøst bindevev med kroniske betennelsesceller. Det ble også observert et område med lyse basofile/myxoide drag i bindevevet. Histologisk diagnose var gingivalslimhinne med åreholdig og delvis myxomatøst hyperplastisk grovfibret bindevev med stedvis mild kronisk inflammasjon.

Genetisk testing ble utført for vurdering av syndromer som har gingival fibromatose som en del av syndrombildet. Alle testene var negative.

Postoperativ utvikling

I dagene etter kirurgiinngrepet ga foresatte tilbakemelding om at datteren nå hadde tydeligere tale og kunne blåse såpebobler, noe hun hadde slitt med tidligere. En måned etter inngrepet meldte de tilbake at hun var svært stolt av tennene sine og at hun hadde blåst ut alle tre lysene på bursdagskaken sin selv.

Ved kontroll etter åtte uker ble pasienten undersøkt av logoped. Undersøkelsen viste god bevegelighet og kontroll av muskler i munn og ansikt, med unntak av aktivering av overleppen. Det har sin naturlige forklaring i at hun tidligere ikke hadde klart å bruke overleppen før den ble frigjort ved frenulektomi to måneder tidligere.



Figur 3. Kliniske fotografier av kirurgi. A. Etter gingivektomi andre kvadrant. Legg merke til høydeforskjell gingiva behandlet og ubehandlet side. B. Frenulektomi.

Øvelser for å trene leppe ble gitt. Salivalekkasjen var minskende, men ble observert videre med forventet avslutning av sikling i løpet av fjerde leveår.

Etterkontroller etter 24 timer, to måneder og seks måneder viste stabile kliniske forhold i gingiva (figur 5a–d).

Pasientens sikling bedret seg etter inngrepet, men ble ikke helt borte de første seks månedene. Siklingen kan skyldes oralmotoriske utfordringer som var knyttet til det stramme leppebåndet, kombinert med gingival fibromatose som ga en bitthøyde som medførte manglende leppelukking. Pasienten fikk øvelser av logoped for å arbeide videre med munnmotorikken.

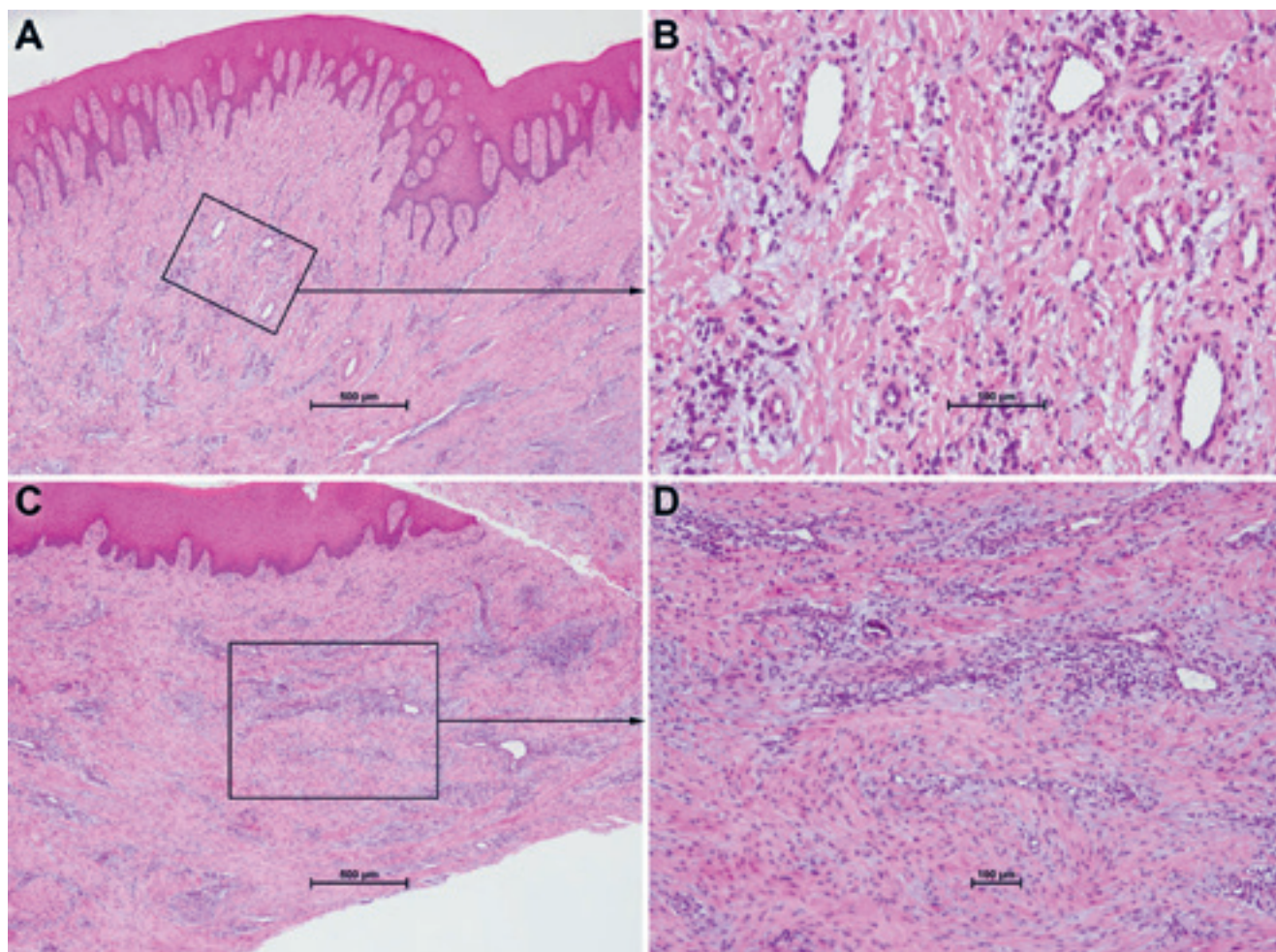
Ti måneder etter inngrepet kunne foresatte melde om en jente som var mye blidere og mer fornøyd. Tale ble tydelig og spising ikke noe problem. Sikling var heller ikke lenger et problem. Gingiva hadde holdt seg stabil. Foresatte fulgte opp plakkontroll og oralmot-

toriske øvelser svært nøye, noe som sannsynligvis har vært avgjørende for et godt resultat.

I løpet av observasjonstiden ved Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser utviklet pasienten også multiple pustler på hud. Hun ble derfor henvist videre til barneavdelingen ved sitt lokalsykehus for videre utredning.

Diskusjon og vurderinger

Gingival fibromatose er en sjelden, benign tilstand som kjennetegnes av en fibrøs gingival overvekst som har normal rosa slimhinnefarge og er fast ved palpasjon [2]. Tilstanden kan affisere begge kjever med oppstart vanligvis ved erupsjon av de permanente incisivene [2]. I alvorlige tilfeller kan gingiva dekke tennene fullstendig og forsinke tannfrembrudd. Gingival fibromatose kan være en isolert tilstand og betegnes da som arvelig gingival fibromatose.



Figur 4. Histologisk bilde av biopsier fra gingivalt hyperplastisk vev. A. Plateepitelkledd gingivalslimhinne med fibrøs hyperplasi. B. Blodkar omgitt av ødematøst bindevev med mild infiltrasjon av kroniske betennelsesceller. C og D. Gingivalslimhinne med fibrøs hyperplasi og lyse basofile/myxoid områder samt mild fokal infiltrasjon av kroniske betennelsesceller.



Figur 5. Etterkontroll etter A. 24 timer, B. og C. to måneder og D. seks måneder.

Gingival fibromatose kan også være en del av et syndrom [3]. Gjennomsnittsalder ved henvising til spesialistklinik er 11 år, og fordelingen mellom kjønn er 1:1 [2].

Gingival fibromatose vil ikke gå tilbake til normal gingiva av seg selv, men tilstanden må behandles kirurgisk ved å fjerne gingival overvekst ved hjelp av gingivektomi [4]. Residivfaren er høy, men om man venter til etter at de permanente tennene er frembrutt, er den noe lavere enn når kirurgi utføres i melketannsettet [4]. Valg av kirurgisk teknikk ved snittføring påvirker ikke residivraten, men det bør brukes skalpell. Laser frarådes på grunn av lavere taktilitet og risiko for skader på både bløtvev, benvev og tenner [5].

Gingival fibromatose i det temporære tannsettet er sjelden og tidligere kun beskrevet i enkelte kasuistikker [6]. Her beskriver vi gingival fibromatose hos en 30 måneder gammel jente.

Det å velge et omfattende inngrep i generell anestesi på en så ung pasient ble nøye vurdert. Tilstanden ble vurdert som alvorlig da den hadde medført smerter og spisevegring. Det forelå også marginalt bentap i overkjevens front, sannsynligvis på grunn av overerupsjon

av tennene i dette området. Gingival høyde hindret også leppelukking.

Det er kun rapportert om sporadiske tilfeller av gingival fibromatose hos unge barn. Det foreligger få studier på hva tidlige kirurgiske inngrep medfører hos så unge pasienter, men litteraturen er entydig på at tidlig intervensjon ved tilstander som medfører nedsatt funksjon og estetikk, bedrer oral funksjon og øker livskvaliteten til barnet [7][8].

Gingival fibromatose har høy rate av residiv [2]. Hos denne pasienten forventer vi residiv i forbindelse med frembrudd av de permanente tennene. Per i dag har pasienten et horisontalt overbitt og åpent bitt i front. Det er dermed ikke usannsynlig at det blir behov for kjeveortopedisk behandling i fremtiden. Man kan da også regne med residiv når pasienten får utført kjeveortopedisk behandling, som tilsier samarbeid mellom kjeveortoped og tannklinikken som følger opp barnet.

Til orientering: Pasientens foresatte har samtykket til publisering.

REFERANSER

1. AlQahtani SJ. Atlas of tooth development and eruption. Barts and the London School of Medicine and Dentistry. London: Queen Mary University of London, MCLinDent; 2008.
2. Carli E, Lardani L, Fitzgibbon R, Fambrini E, Bagattoni S. Periodontology Part 3: Hereditary Gingival Fibromatosis (HGF): from diagnosis to treatment in the paediatric age. Eur J Paediatr Dent. 2022; 23(3):249–250. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2022.23.03.13>
3. Boutiou E, Ziogas IA, Giannis D, Doufexi AE. Hereditary gingival fibromatosis in children: a systematic review of the literature. Clin Oral Investig. 2021; 25(6):3599–3607. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03682-x>
4. Pouloupoulos A, Kittas D, Sarigelou A. Current concepts on gingival fibromatosis-related syndromes. J Invest Clin Dent. 2011; 2(3):156–61. <https://doi.org/10.1111/j.2041-1626.2011.00054.x>
5. Almiñana-Pastor PJ, Buitrago-Vera PJ, Alpiste-Illueca FM, Catalá-Pizarro M. Hereditary gingival fibromatosis: Characteristics and treatment approach. J Clin Exp Dent. 2017; 9(4):e599–e602. <https://doi.org/10.4317/jced.53644>
6. Breen GH, Addante R, Black CC. Early onset of hereditary gingival fibromatosis in a 28-month-old. Pediatr Dent. 2009; 31(4):286–8.
7. Yonel Z, Parma S, Chapple IL. Juvenile Hyaline Fibromatosis: Impact of Periodontal Care on Quality of Life and a Patient Perspective. Dent Update. 2015; 42(7):656–8, 660–2, 665–6. <https://doi.org/10.12968/denu.2015.42.7.656>
8. Hasmun N, Lawson J, Vettore MV, Elcock C, Zaitoun H, Rodd H. Change in Oral Health-Related Quality of Life Following Minimally Invasive Aesthetic Treatment for Children with Molar Incisor Hypomineralisation: A Prospective Study. Dent J (Basel). 2018; 6(4):61. <https://doi.org/10.3390/dj6040061>

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.

Klokka 0000 på utgivelsesdato

www.tannlegetidende.no

**VISSTE DU AT LITT
GRØNNSAKER, FRUKT ELLER
BÆR TIL HVERT MÅLTID FORT
BLIR FEM OM DAGEN?**

De fleste av oss vet at vi bør spise minst fem om dagen. Grønnsaker, frukt og bær er nødvendig uansett alder. Spiser du litt grønnsaker, frukt eller bær til hvert måltid, blir det enklere å nå målet. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMA GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

Colosseum ble ikke *bygget* på en dag

Vi bygger enda – og feirer 40 år
med smilende pasienter.



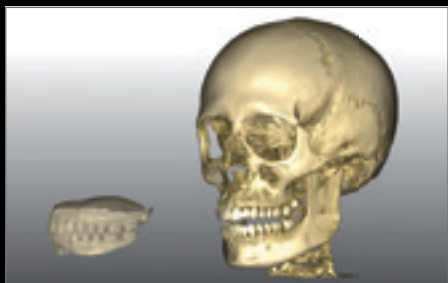
Colosseum
Tannlege

40 år



BONE DOCTOR

PROGRAMVAREMODUL FOR AUTOMATISK KONVERTERING AV DICOM-DATA TIL PRESISE 3D-FILER FOR
EFFEKTIV PLANLEGGING AV IMPLANTATER SAMT REELL BEVEGELSESG- OG BEHANDLINGSANALYSE



BIVIRKNINGSSKJEMA

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

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

☐ Tannlege, offentlig ☐ Tannlege, privat

Spesialist i:

☐ Tannpleier, offentlig ☐ Tannpleier, privat

☐ Lege, sykehus ☐ Lege, primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: ☐ Kvinne ☐ Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overfømfintlighet/allergi:

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

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
Umiddelbart	innen 24 timer	innen 1 uke	innen 1 måned	innen måneder	ukjent til år

Symptomer og funn

Pasientens symptomer

☐ Ingen

Intraoralt:

- ☐ Sviel/brennende følelse
- ☐ Smerte/ømheth
- ☐ Smakstørstyrrelser
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Tørthet
- ☐ Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:

- ☐ Sviel/brennede følelse
- ☐ Smerte/ømheth
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Hudreaksjoner
- ☐ Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

- ☐ Muskler/ledd
- ☐ Mage/tarm
- ☐ Hjerte/sirkulasjon
- ☐ Hud
- ☐ Øynes/syn
- ☐ Øre/hørsel, nese, hals

Øvrige symptomer:

- ☐ Tretheth
- ☐ Svimmelhet
- ☐ Hodepine
- ☐ Hukommelsesforstyrrelser
- ☐ Konsentrasjonsforstyrrelser
- ☐ Angst
- ☐ Uro
- ☐ Depresjon

Annet:

Rapportørens funn

☐ Ingen

Intraoralt:

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Hvilte forandringer
- ☐ Sår/blemer
- ☐ Rubor
- ☐ Atrofi
- ☐ Impresjoner i tungen/kinn
- ☐ Amalgamatoveringer
- ☐ Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Sår/blemer
- ☐ Erytem/rubor
- ☐ Utslett/eksem
- ☐ Palpable lymfeknuter
- ☐ Kjeveleddsdystunksjon
- ☐ Nedsatt sensibilitet

Annet:

Angi lokalisasjon:

Øvrige funn:

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Urtikaria
- ☐ Sår/blemer
- ☐ Eksem/utslett
- ☐ Erytem/rubor

Annet:

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

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

Annet:

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

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

Produktnavn og produsent

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

Bivirkningsregisterets notater

Mottatt: _____

Besvart: _____

Registrert: _____

Klassifisert: _____

Sign: _____

☐ Yrkesreaksjoner

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

☐ Ønsker flere skjema tilsendt

Antall: _____

Ansvarlig: Bivirkningsgruppen
Arstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: +47 90 17 01 97

E-post: Bivirkningsgruppen@niom.no

Web: <http://www.niom.no>

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



Henvisninger

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

☐ Nei

☐ Ja til

- ☐ Bivirkningsgruppen
- ☐ tannlege
- ☐ odontologisk spesialist
- ☐ allmennlege
- ☐ medisinsk spesialist eller på sykehus
- ☐ alternativ terapeut

Annet: _____

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

Tannlege/tannpleier/lege:

- ☐ Sikker/trolig relasjon
- ☐ Mulig relasjon
- ☐ Usikker/ingen opptatning

Pasient:

- ☐ Sikker/trolig relasjon
- ☐ Mulig relasjon
- ☐ Usikker/ingen opptatning

Magefølelse er dyrt.

Knowyn gir tannklinikker full kontroll over det som faktisk genererer penger og gir maksimal behandlingskvalitet.

Les mer på knowyn.se

knowyn

Clinic Intelligence – Powered by AI

Raushet og uenighet – om terskelen for den vanskelige samtalen

 **MELODY MOEZZI**
AIDA MULIC

Vi deltok i oktober på Forskningsrådets årlige seminar *Kampen om sannheten*. Samtalene der handlet, i tillegg til desinformasjon og falske nyheter, om hvordan frykt for reaksjoner, hets og personangrep kan føre til stillhet blant fagfolk. Det ble pekt på at mange, særlig yngre forskere, vegrer seg for å ta opp kontroversielle temaer, ikke fordi de mangler faglig relevans, men fordi kostnaden ved å ytre seg oppleves som for høy [1].

Når faglig uenighet, diskusjon og kritisk refleksjon erstattes av stillhet, svekkes ikke bare kunnskapsutviklingen. Det skader også demokratiet.

Denne innsikten traff meg, fordi den ikke bare gjelder akademien. Den er også høyst relevant for vårt tannlegefag. For kampen om sannheten foregår ikke bare i politikk, medier og forskningsmiljøer. Den foregår også i tannklinikken.

Evidens, uenighet og etisk kompleksitet

Diagnose og behandling i tannlegeyrket skal være oppdatert, forskningsbasert og evidensbasert. Dette er ikke et ideal, men et grunnkrav, forankret i kravet om faglig forsvarlighet og behandling *lege artis*. Beste tilgjengelige vitenskapelige kunnskap, klinisk erfaring og pasientens situasjon må vurderes samlet.

Samtidig vet alle som arbeider klinisk at evidens sjelden gir én entydig løsning. Kliniske vurderinger og beslutninger tas ofte i gråsoner. Disse vurderingene gjøres ikke for fagets eller klinikerens skyld, men for pasientens beste. Evidensbasert praksis er et middel for å sikre god pasientbehandling, ikke et mål i seg selv.

Evidensbasert praksis forutsetter derfor mer enn retningslinjer og beslutningsstøtte. Den forutsetter rom for faglig skjønn, kritisk vurdering og uenighet. Når to tannleger vurderer samme kasus ulikt, er det ikke nødvendigvis et tegn på faglig svikt. Ofte er det et uttrykk for biologisk, klinisk og etisk kompleksitet [2,3].

Problemet oppstår først når denne uenigheten ikke tåles.

Faglig uenighet oppleves ofte som ubehagelig, ikke fordi spørsmålene er useriøse, men fordi de utfordrer trygghet, autoritet eller etablerte praksiser. I slike situasjoner er det lett å styre etter mage-

følelse, en intuitiv vurdering av hva som føles riktig, hensynsfullt eller kollegialt.

Moralsk intuisjon er en naturlig menneskelig respons. Den er rask, følelsesstyrt og sosialt orientert. Men moralsk intuisjon er ikke det samme som etisk tenkning. Etik er et fag som kan læres, og som forutsetter at vi bremser intuisjonen, identifiserer hvilke hensyn som står mot hverandre, og tåler ubehaget ved å stille spørsmål, også når det utfordrer etablerte normer eller relasjoner.

Når magesfølelse alene styrer, kan ønsket om å være snill, hyggelig eller konfliktsky føre til at faglige bekymringer forblir uuttalte. Stillhet kan da forveksles med raushet, selv om konsekvensen er at viktige etiske spørsmål aldri blir belyst.

Psykologisk trygghet, forsvar og gruppedynamikk

Faglig uenighet utløser ikke bare rasjonelle og faglige vurderinger. Den utløser også psykologiske reaksjoner. Sosialpsykologisk forskning, blant annet beskrevet av Jamal Zaki, viser at det å bli utfordret på vurderinger vi ikke nødvendigvis selv har reflektert grundig over, ofte aktiverer en automatisk forsvarsreaksjon [4]. Hjernen søker trygghet, og det som oppleves som mulig kritikk, tolkes raskt som en trussel mot egen kompetanse, integritet eller posisjon.

Zaki understreker samtidig at måten vi håndterer uenighet på ikke er fastlåst av personlighet. Evnen til å møte faglig motstand med nysgjerrighet fremfor forsvar er en ferdighet som kan læres, trenes og utvikles i profesjonelle fellesskap.

For at etisk refleksjon faktisk skal finne sted, må det oppleves trygt å ytre faglig uenighet. Psykologisk trygghet handler om å kunne uttrykke seg uten frykt for negative konsekvenser for selvbylde, status eller posisjon. Begrepet ble tidlig beskrevet av William Kahn, som viste hvordan mangel på slik trygghet fører til tilbaketrekning og taushet i profesjonelle fellesskap [5].

Senere forskning har vist at psykologisk trygghet er avgjørende for læring, kvalitet og prestasjon i komplekse profesjonelle team. Amy Edmondson har dokumentert hvordan team med høy psy-

kologisk trygghet i større grad deler feil, uttrykker usikkerhet og lærer av hverandre, noe som gir bedre beslutninger og høyere faglig kvalitet [6].

Dette bekreftes også i Googles omfattende *Project Aristotle*, der psykologisk trygghet viste seg å være den viktigste faktoren for høyt-ytende team. Ikke individuelle ferdigheter eller erfaring alene, men hvorvidt alle stemmer faktisk blir hørt, og om taletid og innflytelse er jevnt fordelt, var avgjørende for kvaliteten på beslutningene [7].

Når psykologisk trygghet mangler, øker risikoen for gruppetenking. Irving Janis beskrev hvordan ønsket om enighet og harmoni i grupper kan bli så sterkt at kritiske vurderinger undertrykkes [8,9]. I slike miljøer kan den enkelte følge gruppen, selv når noe oppleves faglig eller etisk problematisk.

I tannlegeprofesjonen, som ofte oppleves som et lite miljø der mange kjenner hverandre, kan slike mekanismer gjøre det ekstra krevende å uttrykke faglig tvil eller uenighet.

Et fag som ikke tåler interne spørsmål, er ikke robust. Det er tvert imot sårbart.

Psykologisk trygghet er ikke en statisk tilstand, men en kontinuerlig prosess som utvikles over tid. Den forutsetter aktiv deltakelse fra alle i fellesskapet. Tillit, respekt og åpen kommunikasjon skapes gjennom gjentatte handlinger i hverdagen.

Å skape et trygt ytringsrom handler ikke om å være snill eller hyggelig hele tiden, men om å utvikle et ytringsklima der uenighet kan håndteres profesjonelt [10]. Det handler om å være modig nok til å si ifra, også når det er ubehagelig. Profesjonalitet innebærer å ta de vanskelige samtalene og å adressere uakseptabel atferd, fordi det styrker tryggheten for fellesskapet som helhet.

Å gi og motta tilbakemeldinger er en sentral del av et profesjonelt ytringsrom. For at slike samtaler skal bidra til læring, må fokuset ligge på atferd og praksis, ikke på personlighet eller intensjoner. Tilbakemelding er da ikke et personlig angrep, men et bidrag til felles læring.

I Tannlegetidende har det nylig blitt skrevet om betydningen av kollegial raushet [11]. Budskapet om respekt og varsomhet er viktig

og nødvendig i et fag som vårt. Samtidig må raushet også romme det faglige ubehaget. Et levende fagfellesskap forutsetter at det er mulig å stille spørsmål, be om begrunnelser og diskutere vurderinger, uten at dette oppfattes som illojalt eller som et personlig angrep.

Raushet er ikke en ensidig dyd. Den gjelder begge parter i samtalen.

I møte med pasienter skal vi være nøkterne i hvordan vi omtaler andre kollegers vurderinger. Det er verken vår oppgave eller vår rolle å dømme eller karakterisere andres faglige arbeid overfor pasienten [12]. Åpen faglig dialog mellom kolleger skal ikke utspilles på en måte som skaper utrygghet for pasienten. Tvert imot er intern dialog et middel for å sikre tydelige, trygge og godt begrunnede anbefalinger.

Men vår lojalitet kan aldri være primært kollegial. Til syvende og sist er vi pasientens advokat. Vår første prioritet må ligge hos pasienten, og det vi, basert på oppdatert kunnskap, klinisk skjønn og etisk refleksjon, vurderer som pasientens beste [13].

Dette samsvarer med prinsippbasert bioetikk, der autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet utgjør grunnleggende rammer for profesjonelle vurderinger og prioriteringer.

Raushet i profesjonell sammenheng handler derfor ikke primært om personlighet eller gode intensjoner. Den handler om kompetanse. Å kunne stå i faglig uenighet uten å gå i forsvar, og å møte kritiske spørsmål uten å lukke samtalen, er ferdigheter som må utvikles på linje med andre profesjonelle ferdigheter. Når slike ferdigheter mangler, blir uenighet lett tolket som angrep, og dialogen stopper før den egentlig har begynt.

Å stille spørsmål ved en diagnose er ikke å angripe en kollega.

Å be om faglig begrunnelse er ikke mangel på respekt.

Å være uenig er ikke det samme som å være uetisk.

Hvis tannlegeprofesjonen skal være både kunnskapsbasert og tillitsverdig i en tid der sannhet er under press, må vi tåle mer enn enighet.

Vi må tåle ubehag.

Når hadde du sist en ubehagelig samtale med en kollega, for både fagets og pasientens del?

REFERANSER

1. Forskningsrådet. Kampen om sannheten – demokrati, kunnskap og ytringsrom. Forskningssamtalen 2025.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it is not. *BMJ*. 1996;312:71–72.
3. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis. *BMJ*. 2014;348:g3725.
4. Zaki J. *The War for Kindness*. Crown; 2019.
5. Kahn WA. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*. 1990;33(4):692–724.
6. Edmondson AC. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*. 1999;44(2):350–383.
7. Google. *Project Aristotle: Understanding Team Effectiveness*. Google re:Work; 2015.
8. Janis IL. *Victims of Groupthink*. Houghton Mifflin; 1972.
9. Janis IL. *Groupthink: Psychological Studies of Policy Decisions and Fiascoes*. 2. utg. Houghton Mifflin; 1982.
10. Kvalnes Ø. Ytringsklima. Cappelen Damm Akademisk; 2019.
11. Borge Olsen LH. Vær raus med kollegaene dine. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2025;135:1034–5.
12. Den norske tannlegeforening. NTFs etiske regler. <https://www.tannlegeforeningen.no/fag-og-politikk/etikkk/ntfs-etiske-regler.html>
13. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8. utg. Oxford University Press; 2019.

Store forskjeller for unge voksne

Den nye ordningen for unge voksne har gitt flere rettigheter – og økt press. Kapasitet, ventetid og tilgang varierer mye, og både fylker og tannleger varsler om en mer presset tjeneste.

Lovfestet rett til alle – tilbudet varierer mye

21–28-åringene har rett til rabatterte tannbehandling. I praksis møter de et tilbud som varierer kraftig – fra god kapasitet til lange ventelister og stram prioritering.

 ELLEN BEATE DYVI

Tidende har henvendt seg til fylkene og Oslo kommune for å høre hvordan ordningen fungerer i ulike deler av landet. Det viser seg å være store forskjeller. Tolv av femten tannhelse-sjefer har svart på Tidendes spørsmål, og svarene viser at ordningen har slått svært ulikt ut. Mens noen fylker beskriver innføringen som uproblematisk, melder andre

om presset kapasitet, omprioriteringer, lengre ventetider og økt behov for kjøp av private tjenester.

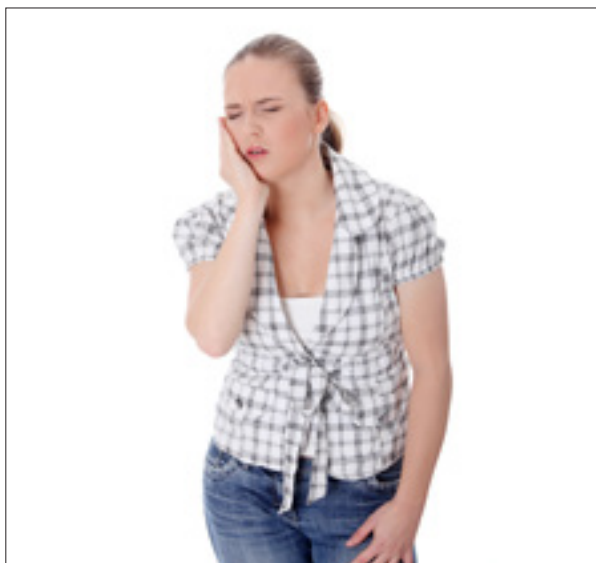
Siden 2024 er åtte nye årskull blitt inkludert i gruppen som har lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). De siste som ble inkludert var 25–28-åringene, som kom med i ordningen fra og med 1. juli 2025.

Mens Rogaland oppgir at utvidelsen har vært uproblematisk og at fylket både har hatt nok personell og tilfredsstillende økonomiske ressurser, beskriver flere andre fylker en mer krevende situasjon. I Oslo, Trøndelag, Innlandet, Telemark og Vestfold pekes det på presset kapasitet, behov for omstilling og økt belastning på en tjeneste som allerede var stram. Også Buskerud oppgir at fylket i utgangspunktet hadde for lite ressurser, men at situasjonen ble noe avhjulpet i løpet av 2025. Akershus peker på knapphet på behandlingsrom ved oppstarten, og at kapasiteten er forsøkt styrket gjennom omfordeling av pasienter og økt bemanning, blant annet på kveldstid.

Stor variasjon i hvor mange som har brukt tilbudet

Også bruken av ordningen varierer betydelig. Østfold oppgir at om lag 11 prosent av 25–28-åringene har benyttet seg av tilbudet i 2025, mens Agder oppgir 17 prosent og Buskerud 19 prosent. Akershus ligger lavere, med en oppgitt bruk på ni prosent. I Rogaland og Nordland ligger andelen på rundt 38 prosent, Innlandet anslår den til 40 prosent, og både Trøndelag og Vestfold oppgir at om lag halvparten av målgruppen så langt har benyttet tilbudet.

Tallene er ikke helt direkte sammenlignbare. Noen fylker bruker innbyggertall fra Statistisk sentralbyrå (SSB), andre teller pasienter under tilsyn, og noen oppgir andeler basert



Illustrasjonsfoto. Foto: YAYImages

på dem som er undersøkt, har fått time eller står på recall. Likevel er hovedbildet tydelig: Etterspørselen er merkbar, men langt fra lik over hele landet.

Flere peker også på at demografi og geografi spiller inn. Agder beskriver størst press ved klinikker i nærheten av Grimstad og Kristiansand, mens Trøndelag viser til Trondheim som stor studentby. Oslo understreker at byen i tillegg til folkeregistrerte innbyggere også har et betydelig antall studenter og arbeidsinnvandrere som oppholder seg midlertidig i byen. Akershus opplyser samtidig at mange av dem som benytter tilbudet har et stort behandlingsbehov og ofte ikke har vært til undersøkelse siden de var 18–19 år.

Voksne betalende pasienter presses ut

Det mest gjennomgående trekket i svarmaterialet er at det ikke først og fremst er barn og andre tradisjonelt prioriterte grupper som blir skjøvet på, men voksne betalende pasienter uten lovfestede rettigheter.

Nordland opplyser at voksne betalende uten rettigheter er blitt nedprioritert for å skaffe plass til nye rettighetspasienter. Agder melder det samme fra klinikker med mange nye gruppe D-pasienter. Innlandet skriver at ordinær oppfølging av øvrige betalende voksne ved enkelte klinikker i praksis er satt på vent, med unntak av akutte henvendelser. Finnmark oppgir eksplisitt at gruppe V er blitt nedprioritert. Buskerud opplyser at tilbudet til voksne betalende pasienter er redusert.

Telemark beskriver en mer restriktiv prioritering av voksne betalende pasienter enn tidligere, og viser til at pasienter i økende grad anbefales å oppsøke privat tannlege. Ved fylkets største klinikk ble det sendt SMS til pasienter som fyller 29 år i år, med beskjed om at de ikke lenger kan fortsette som pasienter i DOT.

Rogaland skiller seg ut ved å opplyse at fylket ikke har måttet nedprioritere noen grupper etter 1. juli 2025. Akershus oppgir også at de ikke formelt har nedprioritert grupper, men peker på at stramme prioriteringer og omfordeling av pasienter har vært nødvendig for å opprettholde tilbudet.

Noen fylker har kapasitet – andre har måttet omstille

Tre fylker fremstår som relativt trygge på egen kapasitet. Rogaland, Finnmark og Nordland, samt delvis Buskerud, svarer ja på spørsmål om de hadde kapasitet til å inkludere den nye aldersgruppen, og ja på at de hadde nok ansatte og økonomiske ressurser.

Andre fylker er mer forbeholdne. Agder svarer at kapasiteten bare delvis var til stede, og særlig ikke ved klinikker nær høyskole- og universitetsmiljøer og i større byer. Vestfold svarer at det hverken er nok ansatte eller tilstrekkelige økonomiske ressurser. Innlandet mener fylkeskommunen ikke hadde tilstrekkelig varig kapasitet til å inkludere en ny stor pasientgruppe uten konsekvenser for øvrig drift, og peker særlig på rekrutteringsproblemer i enkelte geografiske områder. Buskerud oppgir at fylket i utgangspunktet ikke hadde nok ansatte eller ressurser, men at situasjonen senere ble noe bedret. Akershus viser til etterslep etter pandemien og begrenset kapasitet ved oppstart, og peker på behov for flere behandlingsrom og tannhelseteam dersom etterspørselen øker.

Oslo beskriver situasjonen som en grunnleggende omstilling. Det understrekes at byen ikke har hatt bufferkapasitet til å ta inn det som tidligere ble omtalt som den voksne friske befolkningen, og at det derfor er helt urealistisk å gi alle unge voksne det samme tjenestetilbudet som tidligere prioriterte grupper har hatt. Oslo har derfor innført en overgangsordning med tydelig triagering av hvorfor pasientene ønsker time.

I Trøndelag svarer fylket at det ikke hadde kapasitet til å inkludere aldersgruppen i DOT. Der har løsningen vært å kombinere egenproduksjon med kjøp av private tjenester, samtidig som fylket opplyser at tilbudet samlet sett koster mer enn tilskuddet de har fått gjennom statsbudsjettet.

Ventetidene varierer mye

Også når det gjelder ventetid, er forskjellene store. Finnmark oppgir en gjennomsnittlig ventetid på rundt halvannen måned, uten at denne har endret seg etter juli 2024. Innlandet anslår rundt to måneder for planlagt undersøkelse og ikke-akutt behandling, men med store lokale variasjoner. Østfold opplyser at fylket kan tilby time til statusundersøkelse innen tre uker, behandling innen to til tre måneder og akuttbehandling samme dag.

I Oslo har ventetiden for unge voksne vært oppe i åtte-ni måneder, men nå er ventelistene i ferd med å stabilisere seg. Telemark sier det ikke er mulig å oppgi et representativt gjennomsnitt, og at samtlige klinikker har betydelig etterslep. Buskerud opplyser at 25–28-åringene

har samme ventetid som andre prioriterte grupper.

Akershus opplyser at de ikke opererer med egne ventetider, men vurderer pasientene etter behov på lik linje med andre grupper.

Flere fylker oppgir samtidig at de ikke måler ventetid på en måte som gjør tallene sammenlignbare. Nordland viser til at det i DOT ikke måles gjennomsnittlig ventetid, bare etterslep. Vestfold peker på at lovendringen og bortfallet av den tidligere prioriteringsrekkefølgen har ført til mer individuell vurdering av pasientene, noe som gjør tradisjonelle ventetidsmål mindre treffsikre.

Privat sektor brukes ulikt

En annen tydelig forskjell mellom fylkene er hvordan privat sektor inkluderes i behandlingen av unge voksne med rettigheter i DOT.

Trøndelag er det fylket som i størst grad beskriver privat sektor som en nødvendig del av løsningen. Fylket har inngått avtaler med privatpraktiserende tannleger både for 25–28-åringene, pasienter i gruppe C2 som hadde privat tannlege fra før, og pasienter i kommunal rusomsorg og LAR i Trondheim. Om lag 13 000 pasienter i Trøndelag er behandlet privat på offentlig regning.

Innlandet har også inngått avtaler, og oppgir at 375 pasienter i aldersgruppen 25–28 år ble behandlet privat på offentlig regning i 2025. Samarbeidet beskrives som nyttig for å avhjelpe midlertidige kapasitetsutfordringer, men ikke som en erstatning for langsiktig kapasitetsbygging i offentlig sektor.

Rogaland opplyser at fylket har godt samarbeid med privat sektor, men ingen egne avtaler for denne aldersgruppen. Buskerud, Nordland, Finnmark, Agder, Telemark og Vestfold oppgir at de ikke har inngått slike avtaler. Akershus oppgir det samme, og viser til at samarbeid med privat sektor i hovedsak gjelder henvisning til spesialister.

Oslo har erfaring med kjøp av private tjenester fra 2023 og 2024, men beskriver ordningen som svært kostbar. Der understrekes det at eventuelle framtidige samarbeidsmodeller må ha en strammere innretning og bedre kontroll, særlig fordi det etter kommunens vurdering er vanskelig å føre tilstrekkelig tilsyn med privat sektor.

Større bekymring i NTFs lokalforeninger

Lange ventetider og mindre forebygging av sykdom er konsekvensene av ordningen med rabatterte tannbehandling for unge voksne.

 ELLEN BEATE DYVI

En rundspørring blant lokalforeningsledere, der ti av 21 har svart, viser at ordningen oppleves ulikt, men at flere gjennomgående utfordringer går igjen: kapasitetspress i Den offentlige tannhelse-tjenesten (DOT), endret pasientflyt og økende frustrasjon både i offentlig og privat sektor.

Opplever lange ventelister

Flere lokalforeninger melder om betydelige ventetider i offentlig sektor, særlig i byer og studentområder.

I Kristiansand oppgis det rundt seks måneders ventetid for undersøkelse og bitewings. I Oslo beskrives situasjonen som særlig krevende, med lange ventelister også for pasienter med kjent behandlingsbehov, ordinær undersøkelse og forebyggende behandling avvises i stor grad.

Også i Bergen og Buskerud rapporteres det om vanskelig tilgang og økende ventelister. Flere privatpraktiserende tannleger opplever at pasienter tar kontakt fordi de ikke får time i DOT, eller ikke ønsker å stå i kø.

Fra Oppland rapporteres det også om lang ventetid, og at pasienter i noen tilfeller velger å gå privat fremfor å vente på behandling i det offentlige. Det pekes også på

eksempler der selv akutt behandling kan ta tid å få gjennomført.

Det oppleves vanskeligere enn forventet å få time i det offentlige, og flere velger derfor å fortsette hos privat tannlege, melder Rogaland Tannlegeforening.

Mer akutt – mindre forebygging

Et gjennomgående tema i svarene er at tilbudet i praksis blir mer akuttorientert.

Flere lokalforeninger peker på at det i mindre grad er rom for regelmessige kontroller, rens og forebyggende behandling. I stedet prioriteres pasienter med symptomer eller behandlingsbehov som haster.

Oslo Tannlegeforening advarer mot at dette kan få konsekvenser for munnhelsen på sikt.

Nødvendig tannbehandling er ikke bare akuttbehandling. Mange tilstander gir få symptomer, og uten forebygging og tidlig behandling risikerer man mer omfattende sykdom senere, heter det i innspillet.

Også fra Buskerud rapporteres det om et inntrykk av at pasienter sjeldnere kommer inn til karieskontroller, og at profylakse i mindre grad prioriteres.

Privat sektor mister pasienter

For privatpraktiserende tannleger er én konsekvens særlig tydelig: tap av pasientgrunnlag.

Flere lokalforeninger beskriver at privat sektor har mistet en viktig gruppe pasienter.

Vi er fratatt åtte årskull, sier Telemark Tannlegeforening.

Nord-Trøndelag Tannlegeforening peker på det samme, og uttrykker bekymring for hva som vil skje dersom flere aldersgrupper flyttes over til det offentlige.

Samtidig er bildet nyansert. Flere rapporterer at unge pasienter fortsatt velger å gå privat, enten fordi ventetiden i det offentlige er lang, eller fordi de ønsker å beholde sin faste tannlege.

Ulik praksis – og opplevd urettferdighet

I noen områder oppleves også forskjeller i hvordan ordningen praktiseres.

Nord-Trøndelag Tannlegeforening peker på at enkelte private klinikker får behandle pasienter på offentlig regning, mens andre ikke får det. Dette oppleves som urettferdig og konkurransevridende.

Samtidig beskrives det situasjoner der private tannleger må håndtere akutte pasienter som i utgangspunktet har rettigheter i det offentlige, men ikke får rask nok hjelp der.

Etterlyser bedre samarbeid

Flere lokalforeninger peker på behovet for bedre samarbeid mellom offentlig og privat sektor.

I Sør-Trøndelag trekkes anbudsavtalen mellom DOT og private klinikker fram som et eksempel på en modell som fungerer godt, og som både offentlige og private tannleger er fornøyde med.

Også i Oslo pekes det på samarbeid som en mulig løsning på kapasitetsutfordringene, forutsatt tydelige avtaler og god kontroll.

Forvirring om rettigheter og regelverk

Et annet gjennomgående tema er uklarhet rundt hvordan ordningen fungerer i praksis.

Flere lokalforeninger rapporterer om usikkerhet knyttet til Helfo-refusjon og hvilke rettigheter pasientene har dersom de velger privat behandling. Ordningen oppleves av noen som byråkratisk, med flere ledd og behov for avklaringer før behandling kan gjennomføres.

Dette kan føre til forsinkelser og i noen tilfeller at pasienter faller mellom ulike ordninger.

Et delt inntrykk

Samlet gir lokalforeningenes svar et bilde av en ordning som oppleves positiv i intensjon, men ujevn i praksis.

Mange peker på at rabatterte behandling senker terskelen for å oppsøke tannlege, og at pasienter som får behandling ofte er fornøyde. Samtidig beskrives en hverdag preget av ventelister, prioriteringer og til dels uforutsigbare pasientforløp.

For tannlegene handler dette ikke bare om kapasitet, men også om faglige vurderinger og arbeidshverdag. Flere steder beskrives økt belastning på ansatte i DOT når nye pasientgrupper skal innpasses i en allerede presset tjeneste.

Forebygging av sykdom står helt sentralt. Når det ikke er rom for dette, er det både faglig og etisk bekymringsfullt, heter det fra Oslo.

Implantatkurs for tannleger

Mesa Italia IGEA Implantatsystem

Easy Implant Course with IGEA – fra grunnlag til klinikk

29–30 mai 2025

Losby Gods, Oslo

Lunsj inkludert

Begrenset antall plasser



Dr. Francesco La Via

Foredragsholder & kursleder
Spesialist i oral implantologi



Et intensivt todagerskurs beregnet for tannleger som ønsker å starte med implantatbehandling. Du får grundig innføring i biologi, digital planlegging, kirurgisk teknikk og protetikkk – med praktiske øvelser på anatomiske modeller og kjevemodeller.

FREDAG 29. MAI – KIRURGI

- Behandlingsplan og pasientkrav
- Anatomi: kjeve og sinus
- Biologi og osteointegrasjon
- Kirurgisk protokoll og lappdesign
- Suturmateriale og teknikk
- Implantategenskaper og valg
- Kirurgiske guider og digital planlegging
- ♦ Hands-on: implantatplassering

LØRDAG 30. MAI – PROTETIKK

- Implantatforbindelser og biologi
- Skrueretnert vs. sementretinert
- Enkelt- og flerenhetsrestaureringer
- All-on-X og totalrehabilitering
- Restaureringsmaterialer og protokoller
- Tips og kliniske triks
- ♦ Hands-on: avtrykk og protetikkk
- Oppsummering og diskusjon

KURSPRIS

kr 14 000,-

inkl. lunsj begge dager

SPESIALTILBUD TIL DELTAKERE

IGEA kirurgisk kassett

kr 13 500,-



IGEA kirurgisk kassett
Spesialpris for kursdeltakere

PÅMELDING

E-post: post@mesa-igea.no

Tlf: +47 38 39 05 72

Påmeldingsskjema og mer informasjon på mesa-igea.no

ARRANGØR

Official Distributor of Mesa Italia in Norway

mesa-igea.no

Med støtte fra Mesa Italia

Enige om presset, uenige om konsekvensene

Samlet sett bekrefter lokalforeningene i stor grad det bildet fylkeskommunene tegner: Utvidelsen av tilbudet til unge voksne opp til 28 år har ført til økt press og behov for prioritering. Og det er store geografiske forskjeller.

 ELLEN BEATE DYVI

flere fylker er det godt samsvar mellom hva fylkestannhelsesjef og lokalforeningsleder sier om situasjonen. I Buskerud beskriver både fylkeskommunen og lokalforeningen økt press og behov for prioritering, men lokalforeningen er tydeligere på konsekvensene i klinisk hverdag, med lengre ventetider og mindre tid til forebygging. I Telemark, Agder og Trøndelag bekrefter lokalforeningene i stor grad fylkenes beskrivelser av kapasitetsutfordringer, selv om de i større grad løfter fram konsekvenser for privat praksis og pasientflyt.

Også i Oslo er problemforståelsen felles, men tonen ulik. Der lederen for DOT beskriver behov for triagering og omstilling, peker lokalforeningen tydeligere på faglige og etiske utfordringer ved et mer akuttpreget tilbud og begrenset tilgang til forebyggende behandling.

I Innlandet går lokalforeningen i Oppland lenger i sin kritikk enn fylkeskommunen, og beskriver en mer presset situasjon med frustrerte ansatte, lang ventetid og eksempler på forsinket behandling, også ved akutte behov.

Rogaland skiller seg noe ut. Fylkeskommunen beskriver innføringen som uproblematisk, mens lokalforeningen peker på mer friksjon i praksis, blant annet knyttet til ventetid, byråkrati og pasientforløp.

For Akershus er det ingen svar fra lokalforening å sammenligne med.

På tvers av fylkene er det særlig ett punkt hvor lokalforeningene går lenger enn fylkeskommunene: De beskriver en tjeneste som i praksis blir mer akuttorientert med mindre tid og kapasitet til forebyggende arbeid. I tillegg løftes faglig belastning, ventetid og konsekvenser for privat sektor tydeligere fram.

Hovedforskjellen ligger dermed ikke nødvendigvis i hva som beskrives, men i hvor alvorlig situasjonen vurderes. Der fylkeskommunene gjerne beskriver en krevende, men håndterbar omstilling, tegner flere lokalforeninger et bilde av en tjeneste som er faglig utfordret og vanskelig tilgjengelig for noen pasienter.



TECHNOMEDICS

mectron



Combi Touch

Ultralyd og air-polishing
Alt-i-ett profylaksemaskin

Skann QR-
koden for å
lære mer



Du kan behandlingen.
Vi kan American Eagle.

Tilbud

3+1



Skann
QR-koden
for å bestille

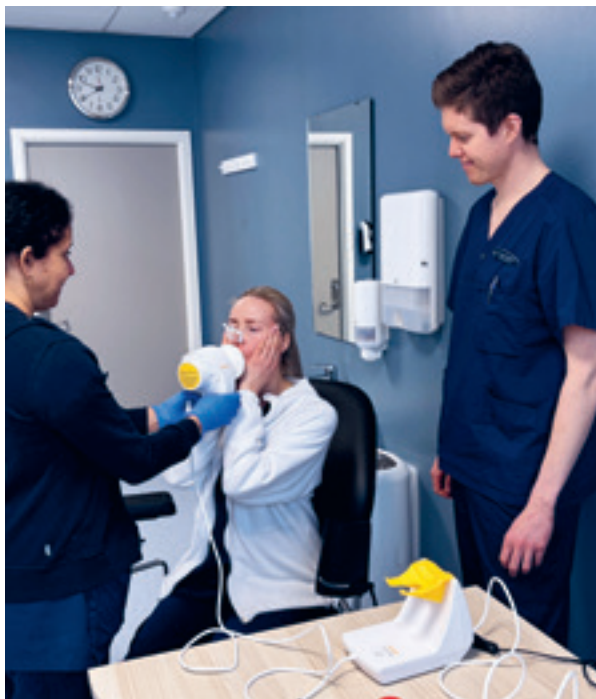


Tannhelse og lungehelse:

Aksen munn – lunger

Anders Røslands kliniske doktorgradsprosjekt krevde mye koordinering av forskningsdeltakere, undersøkelsestidspunkter, prøvetaking og registrering. Resultatene kaster lys på mulige sammenhenger mellom periodontal tilstand og lungehelse.

 NILS ROAR GJERDET



Anders Røsland følger med når avdelingsingeniør Hilda Emilia Andersen ved Forskningsenhet for helseundersøkelser gjør oscilometri-målinger av luftveismotstand og elastisitet av luftveiene.

Det blir stadig klarere at tennene ikke er ekstraustyr i kroppen, og at orale forhold er en medspiller i den kompliserte organismen vi er. Anders Røsland har gjort en klinisk orientert doktoravhandling, et samarbeidsprosjekt mellom Institutt for Klinisk odontologi (IKO) og lungemiljøet ved Klinisk Institutt II, Universitetet i Bergen.

– Hvordan kom du inn på temaet periodontal tilstand og lungehelse?

– Det var en prosjektidé som ble initiert ved Klinisk institutt II og Institutt for klinisk odontologi (IKO). Prosjektet heter Bergen Oral Intervention Study (BORALIS) og er utviklet av professor Randi J. Bertelsen som leder og hovedveileder og førsteamanuensis Dagmar F. Bunæs som medveileder fra odontologisiden. De søkte etter en tannlege som skulle se på lungefriske personer med lett til moderat periodontitt. Jeg fikk stipendiatstilling, og det begynte å rulle våren 2021.

– Hvordan rekrutterte du deltakere til studien?

– Dette var en intervensjonsstudie uten en ferdig kohort med aktuelle pasienter. Det var ingen enkel jobb å rekruttere lungefriske 25-45-åringer med lett til moderat

periodontitt, som aldri hadde røykt eller brukte snus, og ellers passet med utvalgskriteriene. Vi brukte både sosiale medier, lokalpressen og møteplasser der vi «reklamerte» for studien. Jeg vurderte omtrent 180 personer, og endte opp med 62. Det er visst uvanlig at helt nye forskningsdeltakere rekrutteres i et treårig doktorgradsprosjekt.

Det er heller ikke vanlig å starte med et nytt tverrfaglig klinisk prosjekt innenfor tidsrammen for ph.d.-graden.

– Jeg har forstått at du gjorde alle de odontologiske intervensjonene selv?

– Ja, jeg gjorde alt det kliniske selv. Deltakerne fikk aktiv periodontal behandling med første oppfølging etter seks uker. Etter det fikk de støttebehandling etter tre, seks, ni og tolv måneder, og lungefunksjonen ble målt ved alle oppmøter. Behandlingen inkluderte klorheksidinskyll/gel to ganger daglig de to første ukene etter den subgingivale instrumenteringen. Det var mye logistikk med å koordinere timeavtaler. Det var faktisk 48 deltakere som gjennomførte hele opplegget, så stor takk til dem.

– Lungefunksjonsmålinger er ikke akkurat odontologisk hverdagsrutine. Hva går det ut på?

– Deltakerne fikk målt motstand og elastisitet i luftveiene, oscillometri, og luftvolum og -hastighet, spirometri. Dette ble gjort av spesialpersonale ved Forskningsenhet for helseundersøkelser som er i nabobygget til IKO.

– I avhandlingen har du en artikkel sammen med svenske miljøer. Hva dreier det seg om?

– Det er et samarbeid med Malmö Offspring Dental Study (MODS) som er en del av en stor tverrsnittstudie. Det gjør det mulig å sammenholde forekomsten av mer alvorlig periodontal sykdom med data de har om lungefunksjon. Dette dreide seg om data fra deltakere som allerede var rekruttert i Sverige.

– Hva fant du, enkelt sagt?

– Resultatene mine tyder på at det finnes en sammenheng mellom periodontal tilstand og lungefunksjon. I den svenske studien fant vi at deltakere med alvorlig periodontitt hadde lavere lungefunksjon enn de med mildere sykdom.

I BORALIS-studien så vi at lungefunksjonen kunne bli bedre etter periobebehandlingen, og at forbedringen fortsatte frem til studien ble avsluttet etter ett år.

Ut fra bakterieprøver viste det seg at bakteriesammensetningen ble mer «frisk» etter behandlingen. Deltakere som hadde lavere lungefunksjon ved studiestart hadde også flere bakterier som forbindes med periodontitt. De



Anders Røsland i mer vante omgivelser. Ved odontologen i Bergen undersøkte og behandlet han mange av prosjektdeltakerne i doktorgradsstudien.

fikk også størst forbedring i lungefunksjonen. Dette kan peke mot at bakterier fra munnhulen kan inhaleres ned i luftveiene og bidra til betennelsesreaksjoner som påvirker lungene.

I sum tyder funnene våre derfor på at periodontitt kan ha betydning også for lungehelsen, men – som vanlig – det er et spørsmål om årsakssammenheng.

– Dette er et tverrfaglig prosjekt i rett forstand. Hva tenker du om prosessen og veien videre?

– Da jeg startet prosjektet var jeg ikke forberedt på hvor mye arbeid det innebar å rekruttere deltakere til et klinisk forskningsprosjekt. En stor del av tiden gikk faktisk med til å nå ut til folk, vekke interesse og få dem til å delta. Klinisk forskning er ikke bare prøvetaking, standardiserte kliniske metoder og statistiske analyser.

Gjennom prosjektet har jeg fått stor respekt for hvor mange fagpersoner som må samarbeide for at klinisk forskning skal fungere. Jeg har vært veldig heldig som har hatt et så sterkt og bredt fagmiljø rundt meg både før, under og etter studien.

Neste steg er å gjennomføre spesialistutdanningen i periodonti ved Institutt for klinisk odontologi. Samtidig skal vi arbeide videre med blodprøvematerialet vi har samlet inn. Målet er å undersøke om inflammasjonsmarkører kan knyttes til endringer i lungefunksjon. Tverrfaglig klinisk forskning er både spennende og inspirerende, og jeg håper å kunne arbeide videre med denne typen problemstillinger.





Er 2026 året du søker deg til et større faglig fellesskap?

Hva betyr et faglig fellesskap i praksis?

- Et større fagmiljø innen tannhelse
- Mulighet til å jobbe på flere lokasjoner
- Mindre administrasjon
- Moderne klinikker
- Fleksibel arbeidshverdag

Kontakt oss for en uforpliktende prat, så ser vi hvilke muligheter som finnes nå eller fremover. Du kan også sende oss en åpen søknad.

Kontakt: Ingelin Heen Veum (ingelin.veum@odontia.no) 941 85 050

Åpen søknad:



ODONTIA
Tannlegene



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

Tegn støttemedlemskap i Norsk odontologihistorisk forening, NOHF!

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

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

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

Et støttemedlemskap vil bidra til å gjøre dette arbeidet mulig.

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

Beløpet kan også Vippses til foreningens konto

Med hilsen

Nils Rune Tønnessen

Leder i Norsk odontologihistorisk forening



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

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

VITA

Easy Transformation. Make it **UNIQUE**.



VITA LUMEX® UNIQUE

Flytende keramikk.
Forvandler monolittisk til noe unikt.

- Gir unik estetikk med minimal innsats
- Enkel håndtering med umiddelbart synlige effekter
- Ideell for 3D-karakterisering og ultratynn mikro-layering



Tilgjengelig NÅ!

Ønsker du mere information, kontakt venligst

VITA Zahnfabrik Kari Saksa | +46 70 002 92 31 | k.saksa@vita-zahnfabrik.com

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening

Sterkt faglig engasjement på NTFs symposium 2026

NTFs symposium 2026 samlet rundt 500 tannleger på Clarion Hotel The Hub i Oslo for to innholdsrike dager med fag, erfaringsdeling og kollegialt fellesskap. Årets tema «Hvordan lykkes med periobebehandling: klinikerens guide» traff bredt blant allmenntannleger, og vitnet om et fagområde i stadig utvikling.

TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSANSVARLIG, NTF OG
CARINA URKE, SPESIALRÅDGIVER, FAG OG KOMMUNIKASJON
TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSANSVARLIG, NTF

Et program skreddersydd for klinikerer

Årets fagprogram leverte et solid og inspirerende innblikk i sentrale temaer innen periobebehandling, med en tydelig balanse mellom teori, klinikk og refleksjon. Programmet bar preg av svært høy pedagogisk kvalitet, og deltakerne fikk en gjennomarbeidet faglig reise gjennom både grunnleggende prinsipper og mer avanserte problemstillinger, presentert på en måte som gjorde innholdet både tilgjengelig og anvendbart i praksis. Flere av foredragene utmerket seg med en formidlingsevne som gjorde komplekse konsepter lett forståelige. Det var særlig tydelig hvor viktig systematikk er i periodontal behandling, og målet er at deltakerne nå sitter igjen med et enda klarere bilde av hva som kreves for å jobbe strukturert og effektivt.

Det helhetlige perspektivet på oral helse, der både medisinske, tekniske og etiske hensyn, samt sammenhengen mellom periodontal helse og generell sykdom ble vektlagt. Den gode faglige dynamikken ble også understøttet av foredrag som kombinerte humor, varme og refleksjon. Publikum fikk både trekke på smilebåndet og noen faglige aha-opplevelser

underveis, og stemningen i salen var preget av energi, nysgjerrighet og engasjement. Panelsamtaler og spørsmål fra salen skapte gode faglige diskusjoner og bidro til å belyse



De svært engasjerte moderatorer, Odd Carsten Koldsland og Trine Walberg Vingsnes, geleidet deltakerne gjennom et program som kombinerte ny forskning, praktiske prosedyrer og klinisk erfaringsutveksling.

kliniske utfordringer mange kjenner igjen fra hverdagen. Mot slutten av programmet var det også stort engasjement rundt praktiske og administrative utfordringer i klinikken. En gjennomgang av krav til journalføring og trygderefusjoner skapte en rekordstor mengde spørsmål fra deltakerne – mange av dem sendt inn allerede dagen i forveien. Dette viste tydelig at temaet er høyst relevant, og at systemene rundt stønadsordninger fortsatt oppleves som unødvendig kompliserte for både behandlere og pasienter.

Antallet utstillere på årets arrangement nådde et rekordhøyt nivå, og de fikk svært positive tilbakemeldinger fra både deltakerne og foredragsholderne. Mange benyttet pausene til å sette seg inn i nye produkter, og siden flere foredragsholdere avslørte at favorittinstrumentene deres fantes hos utstillerne, var det nok ekstra mange som gjorde innkjøp disse dagene.

Fag og fellesskap hånd i hånd

Torsdag kveld samlet mange av deltakerne seg til sosial samling på hotellet. Kvelden bød på både festmiddag, stand-up show av Vidar Hodnekvam og god stemning til tidlige morgentimer. Her var det rom for både faglige samtaler, gode historier og uformelt samvær – noe som alltid løftes frem som en av de mest verdsette delene av symposiet.

Takk for i år!

NTF ønsker å takke alle foredragsholdere, moderatorer, utstillere og ikke minst deltakerne som bidro til å gjøre symposiet 2026 til et inspirerende og lærerikt faglig møtepunkt.



Øystein Fardal, Ann-Mari Roos Jansåker og Jon Olav Kubberød svarer ut spørsmål fra salen.

Rekorddeltakelse og viktige signaler fra NTFs tariffkonferanse 2026

Den norske tannlegeforenings tariffkonferanse 2026, avholdt 16.–17. mars på Clarion Hotel Oslo i Bjørvika, samlet over 50 deltakere – det høyeste antallet i konferansens historie. Det store engasjementet bekrefter at tariff-, rekrutterings- og arbeidslivsspørsmål er mer aktuelle enn noen gang for tannhelsetjenesten.

 **JOHN FRAMMER, ADVOKAT OG FORHANDLINGSSJEF I NTF**
 **TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSANSVARLIG I NTF**

UTV-ledernes rapport: Nasjonale utfordringer med turnover og rekruttering

Rapportene fra UTV-lederne (hovedtillitsvalgte i fylkeskommunene) tegnet et tydelig bilde av at det er krevende å rekruttere og beholde tannleger i hele landet.

Tilbakemeldingene viste blant annet, vedvarende *høy turnover*, vansker med å få kvalifiserte søkere til ledige stillinger, faglige og organisatoriske og arbeidslivskonsekvenser av vedvarende underbemanning. Forholdene er geografisk uavhengig, utfordringene er m.a.o. like store i nord som i sør.

Hovedoppgjøret 2026

Leder av NTFs sentrale forhandlingsutvalg, Farshad Alamdari, ga en grundig redegjørelse av grunnlaget for og prosessene rundt hovedoppgjøret 2026.

Rapporten fra Teknisk beregningsutvalg (TBU) ble gjennomgått, særlig sett i lys av tannhelsesekretær-, tannpleier- og tannlegekodene.

Innleggene understreket behovet for å sikre en mer bærekraftig lønnsutvikling for tannleger og adresserte de øko-

nomiske utfordringene i offentlig sektor til finansiering og rammeoverføringer.

Lokale forhandlinger (LOK) – Oslo

Nestleder i Akademikerne kommune, Julius Okkenhaug, holdt et innlegg som i all hovedsak dreide seg om, LOK – lokale forhandlinger.

Han redegjorde for situasjonen i Oslo kommune og utfordringene knyttet til årets LOK-prosess, inkludert hvordan lokale forhandlinger brukes som et viktig virkemiddel for å sikre reell lønnsutvikling for akademikergruppene.

Videre om kravene til utvidelse av LOK. Okkenhaug tok til orde for at flere profesjoner og stillingskategorier bør omfattes av lokale, mer fleksible forhandlingsordninger, både for å sikre konkurransedyktige vilkår og for å møte rekrutteringsutfordringene.

Han belyste også behovet for å forbedre tvistestitutett i Oslo kommunes tariffsystem. Dette ble trukket frem som et av de viktigste utviklingspunktene i hovedstadens tariffstruktur.



Nestleder i Sentralt forhandlingsutvalg, Christiane Howlid Dale, ledet runden med rapporter fra UTV-lederne i NTF.

Hovedstyrets perspektiver og presidentens innledning

NTFs president, Heming Olsen-Bergem, åpnet den andre konferansedagen med en statusorientering fra hovedstyret. Innlegget tok for seg hovedstyrets pågående arbeid med blant annet fremtidens tannhelsetjeneste. Hovedstyret arbeider aktivt med utviklingen av NTFs posisjoner inn mot det pågående arbeidet.

Det ble videre gitt en oversikt over nye og kommende høringsuttalelser. Et viktig område for hovedstyrets arbeid er spørsmålet om hva som skal defineres som *nødvendig tannbehandling*. Presidenten understreket at dette er helt sentralt for både prioriteringer, offentlige ytelser, refusjoner og profesjonens rolle. NTF mener begrepet må favne bredt nok til å ivareta både helse, funksjon og forebygging – ikke kun akutte tilstander.

Tannlegenes plassering i totalforsvaret og arbeidet med å synliggjøre tannlegenes rolle i beredskap ble også berørt. Erfaringer fra pandemien og internasjonale anbefalinger viser behovet for å inkludere tannhelsetjenesten tydeligere i beredskapsplanverket.

Innlegget ble godt mottatt og ga deltakerne et helhetlig bilde av det strategiske arbeidet NTF står i.

Lønnsundersøkelsen 2026 (DOT, ROK og Stat)

Som en del av programmet presenterte forhandlingssjef John Frammer resultatene fra lønnsundersøkelsene 2025–2026. Her kom det frem at svarprosenten generelt er for lav, og særlig lave tall fra medlemmer i staten gjør det vanskelig å følge lønnsutviklingen. Kvaliteten på datagrunnlaget påvirker nødvendigvis NTFs mulighet til å forhandle på et solid empirisk fundament.

Lønnsundersøkelsene gjennomføres årlig. I 2026 ble undersøkelsen sendt til 1 455 medlemmer i Den offentlige tannhelsetjenesten og de regionale kompetansesentrene (DOT/ROK) og 371 medlemmer i staten.

DOT/ROK har en svært høy kvinneandel (ca. 80 %), mens staten har 56 % kvinner.

Aldersprofilen skiller seg tydelig: DOT/ROK har flest yngre arbeidstakere (29–39), mens staten har en eldre sammensetning med høy andel i aldersgruppen 40–65+.



Leder i Sentralt forhandlingsutvalg, Farshad Alamdari, innledet om hovedoppgjøret 2026.

87 % i DOT/ROK jobber heltid, mot bare 47 % i staten. Staten har langt høyere deltidsandel, og mange har annet arbeid i privat sektor (75 %). De fleste som jobber deltid, ønsker ikke heltid.

På tvers av begge sektorer er lønnsøkning det klart foretrukne tiltaket, over ekstra ferieuke, kortere arbeidstid og kursmidler.

Mellom 46–57 % i DOT/ROK og 54–60 % i staten har vurdert å bytte jobb det siste året. De viktigste grunnene er lønnsøkingsmuligheter, dårlig ledelse og dårlig arbeidsmiljø.

Arbeidsrettslige tema

Frammer holdt tre sesjoner om viktige arbeidsrettslige emner.

Arbeidsgivers opplærings- og veiledningsplikt, hvordan arbeidsgiver etter arbeidsmiljøloven er forpliktet til å gi, nødvendig opplæring, systematisk oppfølging og tydelig og dokumentert veiledning. Dette gjelder spesielt i prøvetiden, hvor manglende oppfølging kan svekke arbeidsgivers handlingsrom ved eventuelle tvister.

Tariffavtalers normerende virkning stod også på programmet. Frammer forklarte prinsippet om at tariffavtaler normalt også fungerer som standard for uorganiserte ansatte. Dette er særlig relevant i arbeidsmiljøer som består av både organiserte og uorganiserte.

Siste tema for dagen var regelverket om overtid og overtidsbetaling. Det ble gitt en grundig redegjørelse for, vilkår for å pålegge overtid, skillet mellom merarbeid og overtid, retten til overtidsbetaling versus avspasering, arbeidstakers adgang til å be om fritak og tvisteinstituttet.

Temaene engasjerte bredt, med mange praktiske spørsmål fra deltagerne.

En konferanse som setter retning

Tariffkonferansen 2026 viste tydelig at tannhelsetjenesten står i store og sammensatte utfordringer – fra rekruttering til tariffmessige rammer og juridiske problemstillinger. Samtidig viste konferansen at engasjementet blant de tillitsvalgte er større enn noen gang.

SENSODYNE

CLINICAL

REPAIR

NYHET

HALEON

NO. 1 DENTIST
RECOMMENDED BRAND

SENSODYNE



STARTS TO
REPAIR
SENSITIVE
TEETH IN
2 MINS*

CLINICAL
REPAIR

DEEP CLEAN

Begynner å **REPARERE** sensitive tenner på **2 MINUTTER***

32 % mer effektiv rengjøring**
og samtidig skånsom mot emaljen.

Klinisk bevist langvarig
lindring av ising.***

Unik **NovaMin®**-teknologi.

Opplev neste
generasjons tannkrem.



Bestill prøvetuber
via QR-koden.

*Klinisk bevist lindring av ising innen 3 dager.
**Vs Sensodyne Repair & Protect Deep Repair.
***Ved kontinuerlig bruk.
Varemerke eies av eller lisensieres til Haleon.
©2026 Haleonkonsernet eller dets lisensgiver.
PM-NO-SENO-25-00026 11/25

HALEON

Ny munnhelsepris fra NTF

Den norske tannlegeforening (NTF) lanserte i år en ny munnhelsepris i forbindelse med Verdens munnhelsedag 20. mars. Prisen skal synliggjøre og hedre viktig arbeid for bedre munnhelse som skjer utenfor den tradisjonelle tannhelsetjenesten.

TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSANSVARLIG I NTF

Munnhelse er en integrert del av den generelle helsen, og påvirkes av langt mer enn det som skjer på tannlegekontoret. Forebyggende arbeid, folkehelseiltak, kunnskapsformidling, innovasjon og tverrfaglig samarbeid spiller en avgjørende rolle for munnhelsen i befolkningen.

Med den nye munnhelseprisen ønsker NTF å rette oppmerksomheten mot personer, organisasjoner og prosjekter som bidrar til bedre munnhelse i samfunnet – ofte i miljøer som møter mennesker der de er, og utenfor den etablerte tannhelsetjenesten. Prisen er ment å anerkjenne eksisterende innsats, samtidig som den skal inspirere til videre samarbeid og nytenkning på tvers av fag og sektorer.

Opprettelsen av munnhelseprisen ble vedtatt av NTFs hovedstyre i 2025, og årets markering av Verdens munnhelsedag markerte starten på den første nominasjonsrunden. Både offentlige og private aktører, samt enkeltpersoner, kan nominere kandidater.

Vinneren av munnhelseprisen vil bli offentliggjort og hedret i forbindelse med NTFs landsmøte i 2026.

Fakta om munnhelseprisen

- **Hvem kan nomineres:** personer, organisasjoner eller prosjekter utenfor den tradisjonelle tannhelsetjenesten
- **Kriterier:**
 - Dokumentert positiv effekt på munnhelsen
 - Langsiktighet og bærekraft
 - Innovasjon og kreativitet
- **Nominasjonsfrist:** 20. august 2026

Mer informasjon og nominasjon:

www.tannlegeforeningen.no/munnhelseprisen



Foto: iStock

Total fuktkontroll. Maksimal effektivitet.

Effektivitet
kombinert

OptraGate[®] Dry Control

- Innovativ spytt suger for effektiv relativ isolasjon – ideell i kombinasjon med OptraGate[®] 2
- Integrert tungholder for bedre tilgang til behandlingsområdet
- Selvholdende design som muliggjør en handsfree arbeidsflyt

Medlemsundersøkelsen i privat sektor 2026:

Høy trivsel – men tydelige bekymringer

En stor takk til alle som besvarte medlemsundersøkelsen, og bidro til at NTF har fått et solid faktagrunnlag om utviklingen i privat sektor. Resultatene viser at tannleger i stor grad trives, samtidig som mange uttrykker bekymring for rammevilkår, økonomi og utviklingen fremover. Det gjenstår fortsatt mye arbeid med å analysere resultatene, men her er en foreløpig smakebit.

 **tone galaasen, advokat i NTF**

Totalt fikk 3 359 medlemmer med hovedarbeidssted i privat sektor tilsendt undersøkelsen. 42 % besvarte den, hvilket regnes som en god svarprosent. Resultatene gir et bredt bilde av situasjonen for de ulike kategoriene av privatpraktiserende medlemmene, hvorav 44 % er praksiseiere og 52 % næringsdrivende assistenttannleger, som jobber i klinikk eid av andre. Nesten halvparten av assistenttannlegene jobber i en investoreid kjede. Fortsatt er kun 4 % av tannlegene i privat sektor ansatte arbeidstakere i klinikk eid av andre. 14 % av respondentene har godkjent spesialistutdanning. De mange hundre fritekstsvarene viser også et høyt engasjement, og bidrar til å «ta tempen» på denne delen av medlemsmassen.

Svært høy trivsel

Trivselen er gjennomgående høy i alle grupper. Hele 88 % av praksiseiere og assistenttannleger, og 82 % av ansatte tannleger, oppgir at de trives godt eller svært godt i jobben. Dette gjelder både i og utenfor investoreide kjeder.

Flertallet vil ikke selge til kjede

Blant praksiseierne svarer 80 % at de *ikke* vurderer å selge klinikken til kjede. Fritekstsvarene viser at hensynet til frihet, faglig autonomi og kontroll over egen praksis er de vik-

tigste grunnene. Samtidig oppgir de som faktisk har solgt til kjede, i stor grad at de er fornøyde i ettertid.

Press og autonomi i kjedene

Et mindretall av assistenttannlegene rapporterer om omsetningspress og press på faglig autonomi. Respondentene som har valgt å forlate investoreide kjeder, peker likevel mange på nettopp disse forholdene, i tillegg til svak ledelse og etiske dilemmaer, som sentrale årsaker til at de sluttet i kjeden.

Videre analyser tar sikte på å finne ut mer om oppdrags- takere i kjedene, og om det er vesentlige forskjeller dersom man sammenlikner med assistenttannleger på tannlegeide klinikker.

Assistenttannlegenes syn på ansettelse

Assistenttannlegene ble spurt om de heller ville ha vært ansatt arbeidstaker, hvis de kunne velge. En overraskende liten andel (kun én av fem), svarte ja på dette spørsmålet.

Frihet og faglig autonomi er den klart viktigste årsaken blant dem som ikke ønsker ansettelse, selv om mange påpeker at vilkårene er avgjørende. Økonomisk trygghet og sosiale rettigheter er de viktigste årsakene blant dem som ønsker ansettelse.

Er du tilfreds med balansen mellom arbeid og fritid?



Er du bekymret for din fremtid som tannlege i privat sektor?



Fritekstsvarene viser til en opplevelse av hybridforhold i kjeder. En stor gruppe omtaler situasjoner hvor de formelt er næringsdrivende, men behandles som ansatte (uten fordele-
ne). Dette skaper betydelig misnøye og usikkerhet.

Arbeidsmengde og fremtidsbekymring

De fleste er tilfredse med pasientgrunnet, og oppgir at de har «nok» pasienter. 39 % ønsker flere pasienter, noe som gir en liten økning fra tilsvarende undersøkelse fra 2019. Det er verdt å merke seg at 73 % av dem som ønsker flere pasienter, jobber likevel 33 timer eller mer per uke. Mer enn 20 % jobber 40-timersuker.

63 % er bekymret eller veldig bekymret for fremtiden som tannlege i privat sektor. For over halvparten har det at aldersgruppen 21-28 år fikk rettigheter i DOT hatt stor, eller veldig stor, betydning. Mange peker også på at inflasjon, ønske om regulering av investoreide kjeder, usikkerhet rundt politiske

vedtak og bortfall av sykehjelpsordningen kan skape bekymring for fremtiden.

Høye forventninger til NTF

Rundt 700 fritekstsvar gir sterke signaler om at NTF må være en tydeligere stemme for tannlegene i privat sektor. Det fremmes blant annet ønsker om at foreningen må jobbe for bedre og mer forutsigbare rammevilkår, styrke vernet av faglig autonomi og synliggjøre privat sektor som en nødvendig ressurs i tannhelsetjenesten.

Resultatene gir et viktig kunnskapsgrunnlag for NTFs videre arbeid for de privatpraktiserende medlemmene, og viser viktigheten av høy deltakelse i slike undersøkelser.

Takk til alle som deltok!

Mer informasjon om resultatene fra undersøkelsen vil publiseres i NTFs ulike kommunikasjonskanaler når videre analyser er gjennomført.



Forum for etterutdanning 2026

Lagarbeid og samhandling for en sterkere kursportefølje

Forum for etterutdanning (FFEU) ble arrangert 19.–20. mars 2026 og samlet kurskontakter fra lokalforeningene, ledere fra spesialistforeningene, medlemmer av NTFs fag- og etterutdanningsutvalg samt ansatte fra sekretariatet. Samlingen ga rom for både faglig påfyll og erfaringsutveksling, med mål om å styrke kvaliteten i NTFs samlede kursvirksomhet.

 HELENE NILSSON, SPESIALRÅDGIVER FAG OG ETTERUTDANNING, NTF
 TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSANSVARLIG I NTF



Lagarbeid var et gjennomgående tema for årets forum. Bjarte Myrhol holdt åpningsforedraget «lagbygging», som ga et felles utgangspunkt for refleksjon og videre arbeid i grupper.

Gruppearbeidene tok utgangspunkt i sentrale problemstillinger knyttet til kursvirksomheten, blant annet hensikten med kurs i foreningens regi, hvordan kurs kan bidra til kollegialt samhold og hvordan vi kan gjøre tilbudet relevant og attraktivt for medlemmene. I plenumgjennomgang ble betydningen av faglig kvalitet og relevans, kombinert med kursenes rolle som sosial møteplass og arena for relasjonsbygging fremhevet som spesielt viktig.

Dag to hadde hovedvekt på det praktiske rundt kursarrangerement. Deltakerne fikk gjennomgang av kursarrangerollen, gjeldende retningslinjer, tilgjengelige ressurser og bistand fra NTFs sekretariat. Temaer som avtaler med foredragsholdere, honorarsatser, økonomi, markedsføring

av kurs og registrering av kurstimer ble belyst, med mål om å gjøre kursarbeidet mer forutsigbart og håndterbart for tilsluttede.

Obligatorisk etterutdanning var et eget tema. Deltakerne fikk en oppdatert gjennomgang av gjeldende krav, formålet med ordningen og betydningen av korrekt registrering av kurstimer som et virkemiddel for kvalitet, tillit og kontinuerlig faglig oppdatering.

Etikk ble også løftet frem som en sentral del av etterutdanningstilbudet. Det ble understreket at etisk refleksjon skal være integrert i all kursvirksomhet i NTFs regi, og at etikk utgjør en bærebjelke og et kvalitetsstempel for foreningens kurs.

FFEU 2026 viste verdien av å møtes på tvers av organisasjonen, dele erfaringer og styrke kompetansen hos dem som planlegger og arrangerer kurs – til beste for NTFs medlemmer i hele landet.



5.–6. juni
Hotel Alexandra, Loen
LOENMØTET
2026

- KURS 1: «Endo- fra riktig diagnose til behandling» v/ Homan Zandi
KURS 2: «Det er umulig å gjøre en god endodontisk behandling uten en dyktig tannhelsesekretær» v/ Elisabeth Samuelsen
KURS 3: «Lyst til å gjøre endringer i livet ditt?» v/ Ole Petter Hjelle

Fullt fagprogram og påmelding finner du på

www.letsreg.com/no/register/51loenmotet2026#

Webinar

Dype karieslesjoner

Tid: 7. mai 2026 kl 1800–2000

Sted: Nettbasert / Zoom

Kursholdere:

Frode Staxrud og Pia Titterud Sunde

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

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



Den norske
tannlegeforening



Bli bedre kjent med NTF!



Den norske
tannlegeforening

Årsrapporten for 2025 er nå publisert på NTFs nettsted



Last ned pdf av årsrapporten på www.tannlegeforeningen.no

I rapporten finner du mer informasjon om blant annet:

- Økonomiske nøkkeltall
- Informasjon om medlemsmassen
- Bistand knyttet til arbeidsrett, kontraktsrett, helserett og klinikkdrift
- Den nye bærekraftsveilederen
- NOUen og politisk påvirkningsarbeid
- Nytt prinsipp- og arbeidsprogram
- NTFs etterutdanningstilbud
- Viktige datoer og hendelser
- NTF Student
- NTFs Tidende

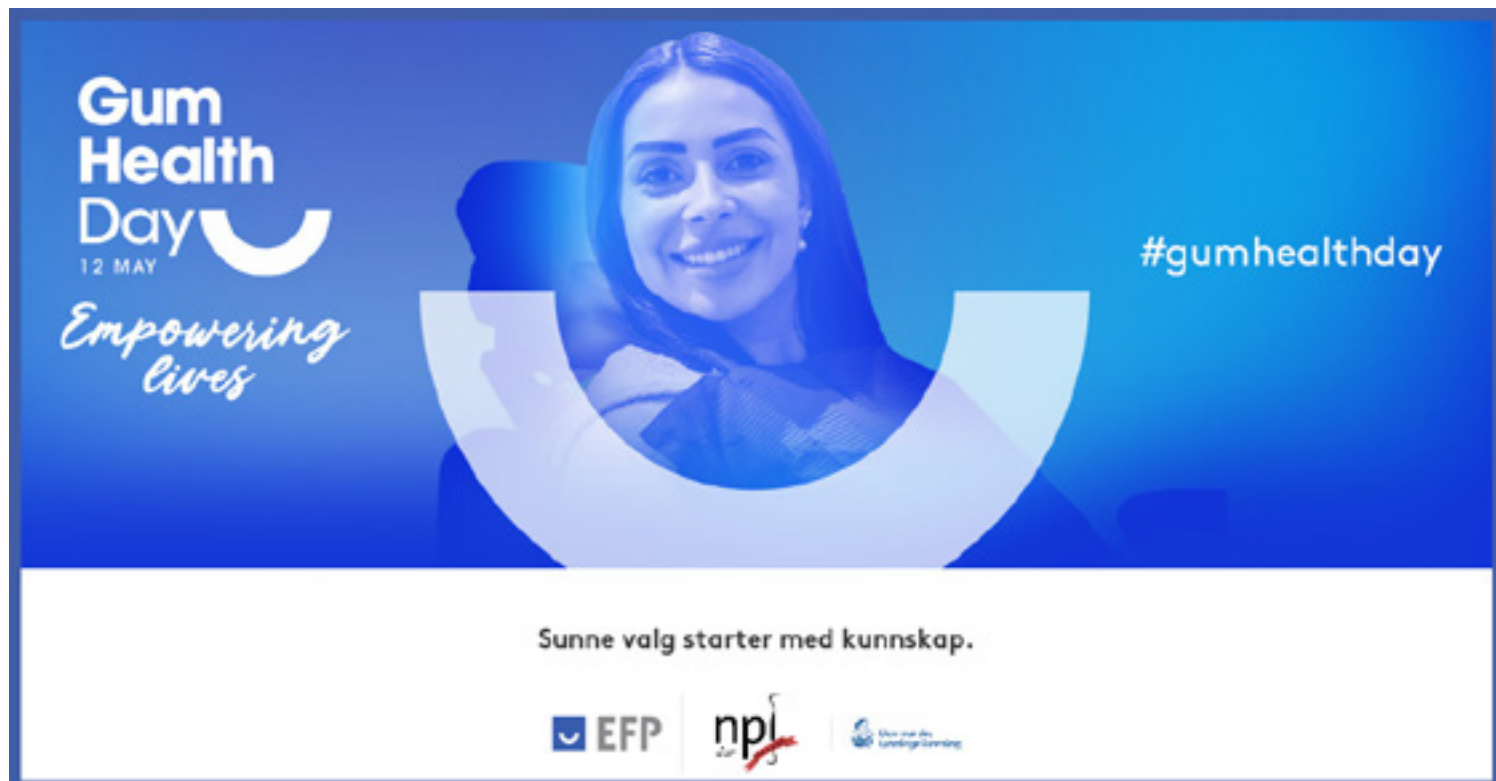
Gum Health Day

12. mai 2026

Hvert år den 12. mai samles tannhelsepersonell, pasienter og organisasjoner over hele verden for å øke bevisstheten om betydningen av et sunt tannkjøtt og munnhelsens rolle for generell helse og livskvalitet. Initiativet ledes av European Federation of Periodontology (EFP).

Årets tema er
«Gum Health Day: empowering lives»

For mer informasjon se NTFs nettsted eller
www.efp.org



Gum Health Day
12 MAY
Empowering lives

#gumhealthday

Sunne valg starter med kunnskap.

 **EFP** |  **npi** |  Den norske tannlegeforening

NTFs NETTKURS

ETIKK - hele tiden



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

NTFs 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





HÅNDHYGIENEDAGEN 5. MAI 2026

Markeringen av verdens håndhygienedag bidrar til å opprettholde oppmerksomhet på håndhygiene som et godt smitteverntiltak.

Årets tema er indikasjoner for bruk av rene engangshansker (hansker til rett tid).

Hansker kan være et godt hjelpemiddel i situasjoner der hendene kan bli veldig forurensset og håndhygiene alene ikke anses som tilstrekkelig. Når det er indikasjon for hansker, er det viktig at de brukes riktig. De aller fleste arbeidsoppgaver krever ikke hansker, da er håndhygiene alene det beste og mest effektive smitteverntiltaket. I år revideres anbefalingen for bruk av hansker, og indikasjoner for bruk av hansker er derfor årets tema.

Målgruppe:

Alle deler av helse- og omsorgstjenesten

Meld dere på!

Informasjon
om
aktiviteter
og materiell:

[www.fhi.no/sm/
handhygiene/](http://www.fhi.no/sm/handhygiene/)

[Folkehelseinstituttets
temaside om
håndhygiene](#)

Hold dere
oppdatert via
Facebook:

[Folkehelseinstituttet
– håndhygiene i
helsetjenesten](#)

[www.facebook.com/
haandhygiene](http://www.facebook.com/haandhygiene)

Spørsmål?

handhygiene@fhi.no



NTFs midnattssolsymposium

18. – 19. juni 2026

Clarion Hotel The Edge, Tromsø

Protetikk for allmennpraktikeren – strategier for varige løsninger

Fagprogram tannleger

Moderatorer: Carl Fredrik Haseid og Jørn Aas

- Protetisk akuttbehandling – praktiske løsninger v/ Sjalg Haugsnes
- To fag, to virkeligheter: Broen mellom klinikk og laboratorium
v/ Olaf Davik og Christine Jonsgar
- Skjæringspunktet mellom kompositt og protetikk
v/ Ida Marie Dahle og Torgils Lægreid
- Etsebroer i praksis: Kliniske protokoller, materialer og beh.alternativer
v/ Ewa Anna Neset
- Prepareringsprinsipper ved protetiske løsninger v/ Kjersti Sylvester-Jensen
- Hvilken bro skal jeg velge? v/ Kjersti Sylvester-Jensen
- Perfekt okklusjon uten TMD v/ Ulrik Leidland Opsahl
- Injection Moulding: Når, hvordan, hvorfor? v/ Martin C. Hoftvedt
- Tverrfaglige utfordringer v/ Jørgen Frostad og Marit Dyrøy
- Fra preparering til sementering – samarbeid mellom tannlege
og tanntekniker v/ Mina Aker Sagen og Olaf Davik
- Grunnleggende implantatprotetikk og etikk v/ Christine Dæhli Oppedal
- Utfordringer ved implantatprotetikk v/ Christine Dæhli Oppedal
- Hvordan lykkes med helsett v/ Trond Storesund
- Avtagbar protetikk – bli god på partielle proteser v/ Knut-Erik Jacobsen

Fagprogram tannhelsesekretærer/assistenter

Moderator: Siri F Kvalheim

- Protetisk akuttbehandling – praktiske løsninger v/ Sjalg Haugsnes
 - To fag, to virkeligheter: Broen mellom klinikk og laboratorium v/ Olaf Davik og Christine Jonsgar
 - Introduksjon til injection moulding v/ Martin C. Hoftvedt
 - Implantatprotetikk for tannhelsesekretærer v/ Ida Marie Dahle
 - Praktisk klinisk fotografering v/ Kjetil Reisegg
 - Hva kan gå galt i samarbeidet mellom klinikk og tannteknisk laboratorium v/ Olaf Davik
 - Hvordan teamet lykkes med løse proteser v/ Trond Storesund
 - Hva er TMD og hvordan behandles det? v/ Ulrik Leidland Opsahl
 - Tannslitasje; årsaker, forebygging og pasientinformasjon v/ Torgils Lægreid
 - Smilets historie v/ Qalbi Khan
 - Tannhelsesekretærens verktøykasse for periodontal behandling v/ Jørgen Frostad
 - Sider-odontologi v/ Kjetil Reisegg
-

Tid: Torsdag 18. juni og fredag 19. juni 2026

Sted: Clarion Hotel The Edge, Kaigata 6, Tromsø

Målgruppe: Tannleger/tannpleiere og tannhelsesekretærer/assistenter

Festmiddag for deltakere og gjester

Torsdag kveld samles vi for middag, konsert med Violet Road og sosial mingling for hele tannhelseteamet på The Edge. Påmelding til middag (inkl. konsert) gjøres som et tilvalg, og er ikke inkludert i kursavgiften.

Fullt fagprogram og påmelding finner du på:

www.tannlegeforeningen.no/midnattssol

Arbeidsliv

Årets lønnsoppgjør

Lønnsoppgjøret 2026 er et hovedoppgjør i store deler av norsk arbeidsliv. Det betyr at partene (arbeidsgiverorganisasjonene og arbeidstakerorganisasjonene) ikke bare forhandler om kroner og øre, men også om innholdet i tariffavtalene (arbeidstid, sosiale bestemmelser, pensjon mv.).

 **JOHN FRAMMER, ADVOKAT OG FORHANDLINGSSJEF I NTF**

Årets oppgjør anses som komplekst, med betydelige utfordringer, grunnet et svært uforutsigbart bakteppe preget av internasjonale konflikter og betydelig uro i globale markeder og børser.

Videre har oppgjøret startet under omstendigheter der TBU (teknisk beregningsutvalg) har anslått konsumprisveksten (KPI) til 3,2 % for 2026. Dette anslaget vil utgjøre et sentralt referansepunkt i diskusjonene om reallønnsvekst og økt kjøpekraft.

Frontfaget «normen» for resten av oppgjøret

Frontfaget er forhandlingene i den konkurranseutsatte delen av industrien (tradisjonelt Industriovertenskomsten mellom Fellesforbundet og Norsk Industri). Resultatet her skal fungere som en norm over tid for lønnsveksten i andre forhandlingsområder, slik at norsk lønnsvekst ikke svekker konkurranseevnen internasjonalt.

Det er viktig å merke seg at normen ikke er en fasit eller en lovbestemt binding, men en koordinert praksis og en rettesnor. Partene i norsk arbeidsliv beskriver at frontfaget både skal ivareta lønnsomhet og lønnsevne i konkurranseutsatt sektor og samtidig bidra til en koordinert lønnsdannelse i hele økonomien.

Hovedoppgjør - mellomoppgjør - hva er forskjellen?

Hovedoppgjøret gjennomføres annet hvert år, i partallsår, hvor hele tariffavtalen vurderes for revisjon, inkludert økonomiske forhold, lønn, samt avtaletekster som omfatter arbeidstid, sosiale bestemmelser og pensjon.

Mellomoppgjør avholdes i året mellom hovedoppgjørene, altså i oddetallsår, og fokuserer primært på økonomiske

aspekter som lønnstillegg eller rammen for oppgjøret, mens øvrige avtalevilkår vanligvis videreføres uendret.

Privat - offentlig sektor - ulike logikker og forhandlings-systemer

Privat sektor (NHO/Virke m.fl.)

Starter normalt med frontfaget i industrien, og følger deretter ulike bransje- og avtaleområder. I mange avtaler (særlig funksjonær-/bedriftsavtaler) utgjør lokale forhandlinger i etterkant av de sentrale forhandlingene en stor del av den faktiske lønnsveksten, mens sentrale tillegg kan være mindre.

Offentlig sektor (KS, staten, Oslo kommune, Spekter)

Etter at frontfaget har avsluttet sine prosesser, inkludert forhandlinger, mekling og eventuelt en streik, og har etablert en overordnet retning, innleder den offentlige sektoren sine forhandlinger. Disse forhandlingene foregår innenfor hvert tariffområde og følger fastsatte prosedyrer, som omfatter KS, staten, Oslo kommune, Spekter samt øvrige relevante parter.

Prisvekst og forventninger: TBU-tallene som premissgiver

TBU (Teknisk beregningsutvalg) leverer tallgrunnlaget partene (arbeidsgivernes organisasjoner og arbeidstakernes organisasjoner) bruker for å ha et felles faktagrunnlag.

TBU har beregnet at konsumprisindeksen (KPI) vil øke til 3,2 % i 2026, hvilket representerer en justering opp på 0,2 prosentpoeng sammenlignet med det anslaget tidligere i år.

Hvorfor er dette så viktig?

For at oppgjøret skal gi reallønnsvekst som de fleste har krevet, må lønnsveksten samlet sett bli høyere enn prisveksten. Partene og TBU omtaler og peker på nettopp dette som kjernen i årets lønnsoppgjør «økt kjøpekraft»-diskusjonen og det urolige og uforutsigbare bakteppet.

Hva sier tallene om fjoråret (bakgrunn for kravene)?

TBU peker på at prisveksten i 2025 var rundt 3,1 %, og at lønnsveksten var høyere enn prisveksten, slik at det var reallønnsvekst for de fleste i 2025.

Hvilke krav («kravbildet») har kommet så langt?

Per tidlig april 2026 er det særlig krav på prinsipielt nivå som er tydelig kommunisert (ikke konkrete prosentsatser og kroner).

LO/Fagforbundet-linjen

Fagforbundets overordnede krav i 2026 er: økt kjøpekraft, generelle tillegg som kronetillegg, og en lavlønnsprofil, samt styrking av tillegg for ubekvem arbeidstid.

Unio-linjen (offentlig sektor)

Unio legger vekt på solid reallønnsvekst og utfordringer med å rekruttere/beholde kompetanse (høyskoleutdannede) i offentlig sektor. Unio er også opptatt av debatten og uenigheten om frontfagsmodellens praktisering.

Akademikerne (ramme og lønnspolitikk i offentlig sektor)

Akademikerne omtaler det økende lønnsgapet mellom offentlig og privat sektor og behovet for at lønnsnivået i offentlig sektor må opp for å kunne rekruttere og beholde akademikere.

Frontfaget: krav overlevert – men endte i brudd

Det ble meldt om brudd i frontfagsforhandlingene 26. mars, og mekling startet opp 7. april, med en meklingsfrist ved midnatt 11. april. Før frontfaget er landet (forhandling/mekling/streik), vil mange andre oppgjør vente på ramma selv om forhandlingskalenderen løper og frontfaget ikke er formelt bindende.

Sentrale og lokale forhandlinger - slik fordeles lønnsmidlene

Sentrale forhandlinger

Dette er forhandlingene mellom hovedorganisasjonene og arbeidsgiverpartene sentralt (NHO/Virke/DFD/KS/Oslo kommune/Spekter).

I staten forhandles både økonomiske rammer og tariffavtalene sine innhold på sentralt nivå, mens de lokale aktørene er

ansvarlige for å gjennomføre lønnsforhandlinger i henhold til avtalens økonomiske rammer.

I Oslo kommune skjer de sentrale forhandlingene mellom kommunen og hovedsammenslutningene. For enkelte små grupper, som tannlegene, forhandles tariffavtalen på sentralt nivå, mens den økonomiske rammen og dens fordeling fastsettes lokalt ute i etatene.

Lokale forhandlinger

Lokale forhandlinger skjer ute i virksomhetene, enten som avtalte lokale pottar (vanlig i privat sektor og staten), eller systematisk 100 prosent lokal lønnsdannelse for Akademikerne (og tannlegene) i kommunal sektor.

I Spekter-området (typisk helseforetakene og sykehusene) er forhandlingssystemet todelt der tariffavtalens A-del forhandles sentralt (generelle bestemmelser og overordnede generelle økonomiske tillegg) og tariffavtalens B-del (lokale bestemmelser og lokale tillegg) ute i virksomhetene.

Hvor mange arbeidstakere omfattes?

Årets lønnsoppgjør omfatter store deler av norsk arbeidsliv og berører svært mange arbeidstakere, både direkte og indirekte. I kommunesektoren utenom Oslo, det såkalte KS-området omfattes om lag 470 000 ansatte i kommuner og fylkeskommuner. Dette gjør KS-området til ett av de klart største tariffområdene i offentlig sektor, og utfallet av forhandlingene har stor betydning for lønns- og arbeidsvilkår for ansatte innenfor blant annet helse, oppvekst, tekniske tjenester og administrasjon.

Oslo kommune som utgjør et eget tariffområde, adskilt fra KS-området. Kommunen har i underkant av 60 000 ansatte. Som både kommune og fylkeskommune har Oslo et svært bredt spekter av virksomheter og yrkesgrupper, og lønnsoppgjøret her får stor betydning for blant annet helse- og omsorgstjenester, skole og tannhelsetjeneste i hovedstaden. Og påvirker i en viss grad også lønnsoppgjørene i de omkringliggende fylker og kommuner.

I staten gjennom statsoppgjøret omfattes rundt 180 000 ansatte. Dette inkluderer arbeidstakere i departementer, direktorater, etater, universiteter og høyskoler m.m. Statsoppgjøret er samtidig normgivende for flere partsforhold i offentlig sektor og følges tett av både arbeidsgivere og arbeidstakerorganisasjoner. Og kan i visse tilfeller også være normgivende for mindre lokale lønnsoppgjør.

Innenfor Spekter-området som omfatter en rekke statlig eide og andre virksomheter, er det samlet sett over 250000 ansatte som påvirkes av lønnsoppgjøret. Av disse arbeider omkring 100000 i helseforetakene, noe som gjør Spekter-oppgjøret særlig viktig for spesialisthelsetjenesten og tilknyttede yrkesgrupper. Oppgjørene i Spekter gjennomføres ofte virksomhetsvis, noe som gir lokal variasjon i resultatene.

Ser man lønnsoppgjøret i et bredere perspektiv vil resultatene samlet sett påvirke mer enn 2,9 millioner arbeidstakere i det norske arbeidsmarkedet. Dette understreker den normdannende effekten av oppgjørene i både privat og offentlig sektor, der frontfaget legger føringer som får konsekvenser langt utover de tariffområdene som faktisk er i forhandlinger.

Tannlegeforeningen og lønnsoppgjøret i offentlig sektor

Den norske tannlegeforening er tilsluttet Akademikerne, noe som innebærer at tannleger ansatt i offentlig sektor får sine interesser ivaretatt gjennom Akademikerne under de sentrale tariffforhandlingene. Dette omfatter både KS-området og staten, der Akademikerne fungerer som en av hovedsammenslutningene på arbeidstakersiden.

Tannlegeforeningen organiserer omkring 1 500 tannleger i kommunal sektor, rundt 400 i statlig sektor og cirka 70 i Spekter-området. Lønn for tannleger i offentlig sektor fastsettes primært desentralisert, i samsvar med Akademikernes tariffpolitikk, med unntak for statsområdet. Dette betyr at sentrale økonomiske tillegg ikke avtales gjennom de sentrale tariffoppgjørene.

I stedet fastsettes den økonomiske rammen slik at 100 prosent av lønnsmidlene forhandles lokalt, etter at det sentrale oppgjøret er avsluttet. Det er derfor i de lokale lønnsforhandlingene mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte at den faktiske lønnsutviklingen for tannleger blir avgjort.

Etter at det sentrale oppgjøret er gjennomført vil Tannlegeforeningens tillitsvalgte gå i gang med de lokale lønnsoppgjørene ute i virksomhetene. De lokale forhandlingene skal ivareta tannlegenes kompetanse, ansvar, rekrutteringssituasjon og markedssituasjon, innenfor rammene som følger av tariffavtalen og gjeldende lønnspolitikk.

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no



PÅMELDINGEN HAR ÅPNET!

Velkommen til NTFs landsmøte og Nordental 2026

Tid: 29. - 31. oktober 2026

Sted: Forum Expo, Stavanger

Siden årets arrangement går av stabelen i Stavanger har vi i år valgt å åpne påmeldingen allerede i april, og tilbyr en svært gunstig earlybird-rabatt for de som melder seg på tidlig.

Ikke gå glipp av tidenes festaften i Stavanger Konserthus!

Programmet er "hemmelig", men vi kan love en kveld med lokale råvarer både på tallerkenen og på flere scener - inkludert to av byens beste orkestre!

For mer informasjon og lenke til påmelding se
www.tannlegeforeningen.no/landsmotet

Det er begrenset med plass på både festaften, fagprogram og hotellrom, så ikke vent med å melde deg på!

Ekstra earlybird-rabatt gjelder frem til 8. mai 2026

MELD DEG PÅ NÅ!

Spør advokaten

Hvor lenge må papirjournaler oppbevares?

REGINE ANDERSEN, JURIDISK RÅDGIVER I NTF

Jeg har nylig overtatt en tannklinikk, og det følger med et større arkiv av eldre pasientjournaler på papir. Jeg ønsker å digitalisere det som må bevares, men er usikker på hva som skal gjøres med papirjournalene etterpå. Hvor lenge skal slike journaler oppbevares, og finnes det en fast tidsgrense for når de kan slettes? Jeg har hørt at pasientjournaler kan slettes etter ti år.

Svar:

Det finnes ingen generell tidsgrense for hvor lenge pasientjournaler skal oppbevares. Etter pasientjournalloven § 25 skal helseopplysninger oppbevares så lenge det, av hensyn til helsehjelpens karakter, fortsatt kan antas å være behov for dem. Loven angir ikke et bestemt antall år, men legger opp til at det må foretas en konkret tannhelsefaglig vurdering i hvert enkelt tilfelle. Med andre ord gjelder det ikke noen fast regel om at journaler automatisk kan slettes etter for eksempel ti år.

Ved vurderingen av oppbevaringstid bør det også tas hensyn til behovet for etterprøvbart dokumentasjon. Journalen er grunnlaget for å kunne vise hvilken behandling som faktisk er gitt og hvilke faglige vurderinger som lå til grunn for

behandlingen. Dette kan blant annet få betydning ved kontroll fra Helfo, i saker for Norsk pasientskadeerstatning (NPE) eller dersom det senere oppstår spørsmål om den helsehjelpen som er ytt.

Eldre papirjournaler kan digitaliseres. Når journaldokumentene er overført på forsvarlig måte, kan de fysiske originalene tilintetgjøres, jf. pasientjournalforskriften § 16. Det forutsetter at opplysningene er korrekte og fullstendig tilgjengelige i pasientens elektroniske journal.

Journalene må makuleres på en forsvarlig måte slik at uvedkommende ikke får tilgang til opplysningene. Ifølge Riksarkivet er sikre metoder for makulering blant annet kutting, brenning og oppmaling.

TGS
TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



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

Det kommer et varsel som gjelder en kontraktørtannlege som jobber i praksisen din:
Hva gjør du?

 LEIF HENRIK BORGE OLSEN, NESTLEDER I NTFS ETIKKRÅD

Etikkrådet får noen ganger henvendelser fra praksiseiere om hvordan de skal håndtere varsel mot, eller samarbeidsproblemer med, en kontraktørtannlege i tannlegepraksisen. Det kan være alt fra faglig uenighet, slurv, dårlig journaldokumentasjon, manglende diagnostikk, reklamasjoner på behandling, eller uetisk oppførsel mot pasienter eller andre kollegaer. Noen ganger oppdager de feilene først etter at kontraktørtannlegen har sluttet og de selv eller en ny kontraktørtannlege har overtatt pasientporteføljen.

I slike situasjoner er det viktig å ta en fot i bakken for å vurdere handlingsalternativene, sortere hva som faktisk har skjedd og hvilken tilnærming som er mest hensiktsmessig. NTFs etiske regler gir gode føringer på hvordan du skal opptre profesjonelt.

Det første du bør gjøre er å snakke med kontraktørtannlegen din for å høre dennes syn på anklagene. Første delen av etisk regel § 2-7 handler om å melde fra om uforsvarlighet:

«Dersom tannlegen oppdager tegn til faglig eller etisk svikt, eller sykdom/rus hos en kollega, medarbeider, eller institusjon/ tannhelseleverandør, bør det først tas direkte opp med vedkommende person eller institusjon. Formen bør være varsom.»

Det er mange aktuelle problemstillinger:

- Klarer du å håndtere et varsel på en respektfull måte overfor kontraktørtannlegen og gi rom for at hen kan forklare hva som er skjedd?
- Hva kan regnes som akseptable feil, og hva kan ikke?

- Hva kan betraktes som systematiske feil, og hva skyldes «en dårlig dag på jobben»?
- Hvordan er journalføringen gjort i de aktuelle tilfellene?
- Er pasientene blitt informert på en ryddig og nøytral måte?
- Er det gjort feilbehandling slik at en ekstern instans (som NPE) skal vurdere saken?
- Er det gjort noe som er juridisk ulovlig?
- Hva kan dette ha å si for omdømmet til praksisen din?
- Klarer du å håndtere et varsel profesjonelt uten at pasientene mister tilliten til oss som tannleger?
- Hvem skal utføre og ta kostnaden for omgjøringen av tannbehandling hvis kontraktørtannlegen har sluttet?
- Ønsker du å sende pasientene til den nye tannklinikken hvor kontraktørtannlegen jobber nå?

Selv om noen av problemstillingene også vil være regulert i kontrakten mellom praksiseier og kontraktørtannlegen (bl.a. håndtering av reklamasjoner og reklamasjonsansvar etter opphør av samarbeidet), blir utfordringene enklere å løse hvis begge parter opptrer på en ryddig, transparent og respektfull måte.

Hvis det oppstår konflikt og tillitsbrudd, kan det være vanskelig å håndtere dette på egen hånd. Du bør søke ekstern hjelp og få belyst saken din. Det er viktig å poengtere at du ikke skal opptre som sakkyndig. Andre del av etisk regel § 2-7 gir derfor videre føringer: «Tannlegen kan også velge å ta saken direkte opp enten med lokalforeningen, administrativt overordnet eller aktuell helsemyndighet dersom forholdene krever det.»

Det fine med å være praksiseier, er å kunne bestemme hvordan praksisen din skal drives. Du kan ansette medarbeidere og kontraktørtannleger med det du mener er de riktige holdningene, og du kan sette den etiske og faglige standarden du vil at de skal etterleve.

Avklar forventningene du har før du inngår samarbeid med en kontraktør. Gjør dybdeintervjuer, sjekk referansene og sett opp gode samarbeidskontrakter. (I NTFs medlemsportal finner du kontraktsforslag som dekker de juridiske ansvarsforholdene mellom praksiseier og kontraktørtannlege.) Ha overordnede etiske retningslinjer (kjerneverdier) for virksomheten. Det kan for eksempel være: «Vi driver tannlegepraksisen vår i overensstemmelse med NTFs etiske regler».

Ha regelmessige klinikk møter, fagmøter/kvalitetssirkler og bruk NTFs etikkregler. Bruk tid til å diskutere fagetiske problem-

stillinger. Dere kan for eksempel diskutere ulike behandlingsvalg, bruk av Helfo-refusjoner, pasientkommunikasjon osv.

Gjør kontraktørtannlegen din trygg på hva du forventer skal være standarden i praksisen din, og vær en god kollega. Prøv å lag et samarbeidsklima hvor det er rom for faglig uenighet og ulike erfaringer. Vi kan alle gjøre mindre kloke vurderinger, og det kan skje feil i pasientbehandlingen. Det er en del av «gamet». Hvis du oppdager avvik, adressér problemene direkte til den det gjelder. Hvis du ikke når fram, og dere har fundamentalt ulik forståelse av hvordan dette skal håndteres, kan det være hensiktsmessig å avslutte samarbeidet med kontraktørtannlegen. Og dette virker begge veier: Du kan også risikere å miste flinke kontraktørtannleger dersom du svikter i det fagetiske arbeidet.



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

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

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

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

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

Hva sier? studentene

Fra Oslo til Cape Town:

Faglige og menneskelige perspektiver fra et utvekslingsopphold

ANH-TON TRAN, STYREMEDLEM I NTF STUDENT

Jeg er fjerdeårsstudent ved UiO. For tiden befinner jeg meg på et tre måneder langt utvekslingsopphold i Cape Town i Sør-Afrika sammen med mine medstudenter Anna, Camilla og Thomas. Oppholdet strekker seg fra februar til mai, og allerede halvveis i perioden har erfaringene vært både faglig utfordrende og personlig berikende.

Etter en reise på til sammen 18 timer fra Oslo ankom vi solfylte Cape Town, Sør-Afrika. De første dagene brukte vi til å orientere oss i byen og bli kjent med våre nye omgivelser. Blant annet benyttet vi den klassiske hop-on-hop-off-bussen for å få et overblikk over byen og dens mange bydeler. Det tok ikke lang tid før vi forsto at Cape Town byr på et rikt mangfold av opplevelser. Samtidig måtte vi venne oss til praktiske forskjeller i hverdagen, ikke minst det å kjøre på «feil» side av veien.

Kort tid etter bar det videre til det odontologiske fakultetet ved University of the Western Cape (UWC) på Tygerberg. Her ble vi tatt varmt imot av både dekanatet, professorer og våre medstudenter. Den inkluderende mottakelsen har gjort overgangen til en ny faglig og kulturell kontekst langt enklere.

Hverdagen vår består av en variert klinisk timeplan som gir et bredt innblikk i tannhelsetjenesten i Sør-Afrika. Her er et eksempel på hvordan en uke kan se ut:

Mandager tilbringer vi ved Gugulethu Community Dental Clinic. Hit blir vi kjørt av en privatsjåfør til en nærliggende township. En township er et boligområde som historisk oppstod under apartheid, ofte preget av begrensede ressurser og lav sosioøkonomisk status. Her møter vi pasienter med stort behandlingsbehov og begrensede økonomiske midler. Behandlingen består i stor grad av undersøkelser, ekstraksjoner

(uten tilgang til røntgenbilder), og videre henvisning til andre avdelinger.

Tirsdager arbeider vi ved Bottelary Primary School. Også her blir vi transportert til stedet av en privatsjåfør. Dagen starter gjerne med å bygge relasjon til barna, der vi blant annet kler oss ut som tannfeer, bretter ballongsverd og tegner sammen med dem. Deretter gjennomfører vi kliniske screeninger for å kartlegge behandlingsbehov og registrerer DMFT-indeks som skal brukes i forskning. Vi underviser også barna i basal profylakse med blant annet riktig tannbørsteteknikk. Den nødvendige tannbehandlingen utfører vi i en mobil tannklinikk med begrensede ressurser i temperaturer opp mot 40 grader uten aircondition. Erfaringen har gitt oss verdifull innsikt i hvordan vi kan tilpasse behandling til barn med begrenset forståelse, språkbarrierer og uttalt tannlegeskrekk. Her lærer vi at det i mange situasjoner er bedre å få gjennomført noe behandling enn ingen behandling i det hele tatt. Arbeidet er krevende, men samtidig svært givende.

Onsdager og torsdager er vi på Tygerberg, hvor vi roterer mellom avdelingene for oral kirurgi og protetik. På oral kirurgisk avdeling utfører vi hovedsakelig ekstraksjoner og behandler alveolitt-pasienter, i tillegg til å assistere kirurgiske inngrep. På protetisk avdeling arbeider vi med fremstilling av helproteser i både over- og underkjeve. Her har vi blant annet fått fremstille våre første komplette proteser. Vi har også blitt konfrontert med tydelige kulturforskjeller i behandlingspreferanser. Mange pasienter ønsker ekstraksjon fremfor tannbevarende behandling. Det er samtidig ingen tvil om at den orale helsen i mange tilfeller er betydelig dårligere enn det vi er vant



Foto: privat.

til fra Norge, og i enkelte tilfeller lar tennene seg rett og slett ikke bevare.

Fredager tilbringer vi også på Tygerberg, denne gangen ved avdeling for konserverende behandling og endodontisk behandling. Vi har allerede fått startet med endodontisk behandling og har raskt blitt kjent med utfordringer knyttet til begrensede ressurser og til dels mangelfull aseptisk teknikk. Likevel forsøker vi å gjøre det beste ut av situasjonen og lære mest mulig av erfaringene.

I tillegg til den ordinære kliniske undervisningen har vi hatt anledning til å delta på såkalt outreach-arbeid. Outreach innebærer at helsepersonell reiser ut til lokalsamfunn med begrenset tilgang til helsetjenester for å tilby behandling og helsefremmende tiltak. Vi deltok i februar på Impilo Health Day, arrangert av Impilo Project og RES Healthcare i samarbeid med studentorganisasjoner og frivillige. Her var ulike helseprofesjoner samlet for å tilby lokalsamfunnet tjenester som generell helsesjekk, tannbehandling, brystundersøkelser og HIV-testing. Vi som tannlegestudenter behandlet totalt 200 pasienter på én dag. Det var sterkt å oppleve hvor stor betydning slike tiltak har, og hvor takknemlige pasientene var for hjelpen de mottok. Opplevelsen ga uten tvil mersmak!

Ved siden av den uvurderlige kliniske erfaringen vi har fått her i Sør-Afrika, har oppholdet også gitt oss en rekke minner utenfor klinikken. Vi har blitt tatt imot med en varme og

gjestfrihet som virkelig har gjort inntrykk. Våre medstudenter og professorer har invitert oss med på vingårdsbesøk, iftar og flere tradisjonelle Braai. Braai er Sør-Afrikas svar på grillfest, der maten blir tilberedt over åpen kullgrill. Det er en sentral sosial arena der familie og venner samles. Videre har vi også vært på hytteturer, paintball, rugby-kamper, karaokebarer og en rekke andre sosiale sammenkomster som har gitt oss et nært innblikk i sør-afrikansk kultur.

I tillegg har vi benyttet muligheten til å utforske regionen. Vi har besøkt Aquila Private Game Reserve for safari, og senere reiste vi på et tredagers opphold til Kruger National Park i håp om å få se de ikoniske «Big Five». Vi har også gått opp Table Mountain og Lion's Head ved solnedgang, en opplevelse som gjorde oss enda mer betatt av Cape Towns spektakulære natur.

Når denne teksten skrives, er vi fortsatt bare halvveis i utvekslingsoppholdet. Vi har fremdeles mye å oppleve, lære og reflektere over i tiden som gjenstår.

Avslutningsvis kan vi med sikkerhet si at vi ikke ville vært foruten dette oppholdet. Utvekslingsoppholdet i Sør-Afrika har gitt oss erfaringer og perspektiver som vil prege oss både som fremtidige tannleger og som mennesker. Takk til UiO og UWC for denne muligheten, som vi alltid vil være dypt takknemlige for.

Oppholdet føles som en drøm vi helst ikke vil våkne fra - **eller som man gjerne sier i Sør-Afrika: rett og slett «lekker»!**

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.

Oppfyller alle ønsker



4 MM UNIVERSALKOMPOSITT I FEM CLUSTER-SHADES

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



GrandiSO
Unlimited



Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

6. mai	Lillestrøm	Endodonti «Det enkle er ofte det beste» Kveldskurs RTF
7. mai	Nettbasert	Webinar, Dype karieslesjoner
8. mai	Bodø	Kloke hoder tenker (u)likt – Nordland tannlegeforening
28. mai	Sandefjord	Maikurs på Midtåsen
29. mai	Haugesund	Vårslepp med Haugaland tannlegeforening
5.-6. juni	Loen	Loenmøte 2026
18.-19. juni	Tromsø	NTFs Midnattssolsymposium
24. juni	Nettbasert	Webinar, Akutt kirurgi
25. august	Oslo	Farmakologi OTF
18.-19. september	Larvik	Farriskurset 2026
29.-31. oktober	Stavanger	NTFs landsmøte og Nordental

Andre kurs, møter og aktiviteter

19. mai	Oslo	Hovedstyremøte
11. - 12. juni	Stockholm	NOAT møte
24.-25. juni	Oslo	Hovedstyremøte
26.-28. august	Berlin	KSII
1.-2. september	Oslo	HS møte
4.-7. september	Praha	FDI World Dental Congress
20. oktober	Nettbasert	HS møte
18.-19. november	Oslo	Hovedstyremøte

HUSK NTFs NETTKURS!

Kursene er gratis og teller 2 timer
i NTFs obligatoriske etterutdanningssystem

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

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



NTFs NETTKURS

HOLD AV DATOEN!

NTFs digitale fagdag

Fredag 11. september 2026



Den norske
tannlegeforening



Personalialia

Dødsfall

Thora Rye, f. 23.09.1946,
tannlegeeksamen 1969, d. 18.05.2025

Hans A. Kjernli, f. 13.09.1951,
tannlegeeksamen 1976, d. 12.07.2025

Terje Solheim, f. 31.03.1958,
tannlegeeksamen 1982, d. 05.03.2026

<< tilbakeblikk

19
26

7de internationale tandlægekongres i Filadelfia 23.-27. august, 1926

til minde om De forenede staters 150-årige uavhengighet synes at skulle bli av store dimensioner. (..)

Der vil komme til at delta 15-20 000 tandlæger fra alle land, heri medregnet de mest fremragende navner der er knyttet til tandlægegjerningen og den odontologiske videnskap hele verden over. (..)

Kongressen har selv gjennom American Express Company leiet damperen «The Nordam» paa 22 000 ton, der avgaar fra Rotterdam 10. august og gaar indom Boulogne og Southampton med ankomst New York 20. august. Passageren blir en dag over i New York og ankommer i god tid til kongressens aapning. Naar kongressen er færdig, foretaes en reise til nogen av Amerikas største byer, bl.a. Washington, Pittsburg, Detroit, Chicago og Boston; herunder ogsaa til Niagara-faldene og Eastman's og Forsyth's klinikker i Rochester og Boston. Efter 16 dagers ophold i landet gaar baaten fra New York 4. september.

American Express Company i Oslo gir nærmere besked.

🕒 Tidende februar 1926

19
76

Utdrag fra NOU 1976: 1 Legers og tannlegers rettigheter og plikter

Utvalget foreslår at tannleger fortsatt skal ha en eksklusiv rett til å utøve tannlegevirksomhet. Dog skal de som i dag lovlig driver tanninnsetningsvirksomhet, kunne fortsette med dette. Departementet bør gi nærmere forskrifter om deres virksomhet.

Leger har i dag en generell rett til å utøve tannlegevirksomhet. Utvalget foreslår at denne innskrenkes til «den tannlegevirksomhet som legeutdannelsen gir kompetanse for og som omstendighetene krever».

Utvalget foreslår også en ny innskrenking i tannlegenes enerett til å utøve tannlegevirksomhet, nemlig at tannpleiere skal kunne «utøve forebyggende tann- og munnhygienisk virksomhet ved skoler, helsestasjoner, sykehus eller liknende offentlige institusjon».

🕒 Tidende februar 1976

20
16

Nytt bygg for odontologisk fakultet ved Universitetet i Oslo:

Flytter til Gaustad

Nye lokaler for Odontologisk fakultet ved Universitetet i Oslo skal ligge på Gaustad i Oslo. Det har regjeringen bestemt, heter det i pressemeldingen fra Kunnskapsdepartementet 31. mars.

Helt siden 1990-tallet har det vært jobbet for å få på plass nye klinikkfasiliteter for Odontologisk fakultet (OD) ved Universitetet i Oslo (UiO) heter det videre i pressemeldingen:

– Jeg er glad for at beslutningen nå endelig er tatt, og at vi har kommet til en god konklusjon. Beliggenheten nær Blindern og Rikshospitalet er ideell for å sikre fortsatt tannhelseutdanning og -forskning av høy internasjonal klasse, sier kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen.

– Odontologisk fakultet har ikke tilfredsstillende fysiske forhold, og det er et stort behov for nye lokaler. Lokaliseringen i nærheten av øvrige fagmiljøer på Blindern og Gaustad vil være meget gunstig både for utdanningen og forskningen.

– Allerede før sommeren kan planprosessen for nytt bygg på Gaustad være i gang. Det ble klart etter et møte mellom OD og Kunnskapsdepartementet (KD) 25. april.

🕒 Tidende februar 2016

Reunion i Geitmyrsveien for tannlegene som ble uteksaminert i 1971

KJETIL REPPEN
HANS JACOB RØNOLD

Mandag 23. mars møttes 23 tannleger fra det første femårige kullet til 55-årsreunion i Geitmyrsveien 71. Det var opprinnelig 75 på kullet, men lang reisevei eller sykdom hindret en del i å komme, og 25 er ikke blant oss lenger.

Dette kullet, som startet i 1966, fikk en ny femårs studieplan og nye bygg, både preklinisk på Blindern i 1966 og nye klinikker i Geitmyrsveien i 1968.

Jubilantene møttes i vestibyen i Geitmyrsveien 71, der store skjermer viste en kavalkade av kullbilder og revybilder fra studietiden.

Revyen het «De første perfeksjonistene» siden man fra nå skulle studere i fem år, i motsetning til fire som tidligere kull.

Mange hadde ikke vært i Geitmyrsveien siden studietiden, og mange hadde ikke sett hverandre på flere tiår. Det var stas å treffes.

Programmet startet i det store auditoriet der dekanen, professor Hans Jacob Rønold, holdt en utmerket orientering om situasjonen for studentene i dag, og om kommende nye studieplaner på så vel prekinikken på Gaustad som på klinikken i Geitmyrsveien.

Guidet av professor Sigrid Kvaal vandret man deretter ned i underkjelleren til «de odontologiske samlinger». Her var det stappfullt av fortidens uniter og utstyr av alle slag. Dette var en imponerende og velorganisert samling. Mange har gjort en formidabel innsats for få til dette «museet».

Så var det tid for mat og drikke.

Reunionen hadde fått låne Faculty Club, et flott møtelokale i Geitmyrsveien 69.

Der var det utmerket servering, og noen fra studentenes kjellerstyre sørget for drikkevarer.

Jubilantene tilbragte noen hyggelige timer sammen med mimring og gode diskusjoner om studiet, om myndighetenes studiefinansiering og om planer for tannhelse i Norge.

Og de som hadde lyst fikk også en omvisning i studentkjelleren.

Det var god grunn til å takke alle fra Institutt for klinisk odontologi (IKO) som bidro til en meget vellykket reunion for «De første perfeksjonistene» fra 1971.



MINNEORD



Foto: Ellen Beate Dyvi.

Ellen Berthe Haugen Remfeldt

22.01.1933 – 24.02.2026

Det var med sorg og vemod vi mottok meldingen om at vår mangeårige venn og kollega Ellen Berthe Haugen Remfeldt var gått bort 24. februar. Hun ble født 22. januar 1933 og vokste opp på Mysen i Eidsberg kommune i Østfold.

Som student ved Norges Tannlegehøyskole i årene 1952-56 utmerket hun seg som kulleets beste ved alle eksamener, og slik varte det hele livet. Hun var arbeidsom og pliktoppfyllende. Norges Tannlegehøyskole ble etter hvert Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo, hvor Ellen fikk sitt virke. Hun viste seg raskt å bli en dyktig og lojal medarbeider og underviser, elsket av studentene for sine interessante og lærerike forelesninger. Hennes interesse for universitetet vokste, og hun ble dr.odont. med en avhandling om sårpakninger etter operasjoner i munnhulen i 1980. Senere ble hun professor i periodonti, en

stilling hun bekledte til hun gikk av med pensjon i 2003.

Ellen giftet seg med kunstmaleren Per Remfeldt i 1993. De hadde ingen barn, men hun var en kjærlig og god tante for nevø og nieser. Hun var spesielt opptatt av litteratur og kunst, og inviterte ofte kolleger og venner hjem til seg på Grefsen. På Grefsen hadde hun også sin private tannlegepraksis, hvor hun jobbet som spesialist i periodonti til glede for mange pasienter. Som pensjonist var hun i mange år aktiv som natteravn og hun tok seg også av munnhelsen hos vanskeligstilte grupper i Oslo.

Vi takker for årene vi var venner og kolleger og lyser fred over hennes minne.

**Anne Merete Aass
Bjørn Frode Hansen
Kari Monefeldt
Per Gjermo**

Tidendes pris for beste originalartikkel

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

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

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

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

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren.

tidende

Frister og utgivelsesplan 2026

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
3	18. mars	23. mars	30. april
4	11. mai	18. mai	18. juni
5	5. juni	10. juni	20. august
6	4. september	8. september	8. oktober
7	9. oktober	13. oktober	12. november
8	12. november	17. november	17. desember



Spesialist i periodonti søkes til Innlandet og Oslo

Vil du ivareta våre interne henvisninger på Innlandet eller i Oslo? Kontakt oss for en uforpliktende og konfidensiell prat, så ser vi på en løsning sammen.

Kontakt:

Ingelin Veum

Tlf: 941 85 050

ingelin.veum@odontia.no

STILLING LEDIG

OSLO

DiDent Tannlegesenter i Oslo søker erfaren tannlege – gjerne spesialist – til moderne klinikk med komplett digital og kirurgisk kapasitet. Vi ser helst etter en kollega med eksisterende pasientportefølje, men dette er ikke et krav.

Klinikken er svært velutstyrt med OPG/CBCT, mikroskop, 3Shape TRIOS intraoral scanner, face-scanner, internt laboratorium, fotostudio, Midas, laser og fullt kirurgiutstyr (piezo surgery, odontosurg og soft tissue laser).

Kontakt: Tannlege.mohamad@gmail.com

LEDIG STILLING FOR TANNLEGE I HALDEN

Haldentannlegene AS søker assistenttannlege i hel stilling.

Mulighet for 1/3 eierskap etter hvert.

Ta kontakt med Jan Engh for ytterligere Informasjon.

jan@haldentannlegene.no, mobil: 906 08 309



Kvalitet - Tillit - Trivsel

Les om oss på www.tannhelsehuset.no

Tannhelsehuset Haugesund AS søker:

TANNLEGESPESIALIST

Tannhelsehuset Haugesund AS utvider sin spesialistavdeling i moderne lokaler i Haugesund Sentrum og søker tannlegespesialister innen kjeveortopedi og periodonti.

Vi kan tilby et attraktivt kollegialt miljø med gode faglige og kollegiale rammer, samt muligheter for faglig utvikling og påvirkning av eget fagområde.

Klinikken har et godt pasient- og henvisningsgrunnlag fra regionens tannleger.

Kvalifikasjoner

- Norsk autorisasjon som tannlege
- Spesialistkompetanse innen kjeveortopedi eller periodonti
- Gode ferdigheter i norsk muntlig og skriftlig

Søknad med CV sendes på e-post til Orve K. Ingvaldsen.

E-post:
orve.kjetil@icloud.com



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

Ledige stillinger er annonsert på tannhelse Rogaland.no



**Tannhelse
Rogaland**

Tannlege søkes – vikariat, ca. 1 time frå Bergen

Ein av våre tannlegar skal ut i barselspermisjon, og vi søker derfor **tannlege til vikariat** i ein travel og veldreven tannlegepraksis på **Manger i Alver kommune**. Dette er ein fin moglegheit for deg som ønskjer å jobbe i ein **etablert praksis med stabil pasientportefølje og gode innteningsmoglegheiter**, berre om lag ein times køyretur frå Bergen sentrum. Det er også gode bussforbindelsar til Manger.

Om klinikken

Vi held til i **moderne og velutstyrte lokaler** med:

- 4 behandlingsrom
- OPG
- Scanner
- oppdatert og moderne utstyr

Teamet vårt består av **to tannlegar, ein tannpleiar og to sekretærar**, og vi har eit godt arbeidsmiljø med fokus på samarbeid og kvalitet i behandlinga.

Arbeidsomfang

- Ønskeleg med **3–5 dagar i veka**
- Oppstart etter sommarferien

Vi tilbyr

- Godt pasientgrunnlag frå første dag
- Gode innteningsmoglegheiter
- Moderne klinikk
- Triveleg og stabilt arbeidsmiljø
- Provisjon/Arbeidsvilkår etter avtale

Vi ser etter deg som

- Har norsk autorisasjon som tannlege, og gjerne arbeidserfaring.
- Jobbar sjølvstendig og strukturert
- Har fokus på god pasientbehandling og kvalitet i arbeidet.
- Bidreg positivt i arbeidsmiljøet

Kan vere mulighet for forlengelse etter endt vikariat. Ta gjerne kontakt for meir informasjon eller ein uforpliktande prat. jobb@mangertannlegesenter.no

Tannlegene i Myrabakken søker samarbeid med spesialist i oral kirurgi og/eller spesialist i periodonti. Det er fleksibilitet rundt omfanget. Vi holder til i moderne lokaler i Molde sentrum.

For mer informasjon om oss, se www.tannlegeneimyrabakken.no

Ved interesse, ta kontakt på mail heleneherje@gmail.com eller telefon 988 20 851

Tannlegene
i Myrabakken

Kjeveortoped søkes til spesialistklinikk i Oslo

Vår kjeveortoped trapper gradvis ned sin virksomhet hos oss. Vi søker derfor en ny kjeveortoped til vårt spesialistteam.

Vi har i dag kjeveortopediske pasienter to dager per uke, med mulighet for økt omfang over tid.

Gode betingelser – fleksibel arbeidsdag

Klinikken holder til i lyse, moderne lokaler på Vinderen i Oslo, med gode parkeringsmuligheter for ansatte.

Interesserte bes kontakte:

Karl Iver Hanvold, kjevekirurg
karl@tannspes.no – mobil: 403 00 001
www.tannspes.no

TANNLEGE SØKES I BRUMUNDDAL

Tannlege Steindebakken AS søker tannlege. Klinikken ligger sentralt (350 m fra togstasjonen) og har god pasienttilgang samt et trivelig arbeidsmiljø. Vi tilbyr svært gode betingelser. Oppstart etter avtale.

Kontakt: steindebakkentannlege@gmail.com



Trøndelag fylkeskommune
Innsende lagens fylkeskontor

Byåsen tannklinikk søker

KLINIKKLEDER

Bruk din lederkompetanse i et meningsfullt samfunnsoppdrag og gjør en forskjell for pasienter og ansatte.

- Stort fagmiljø
- Trygge arbeidsvilkår
- Fleksibel arbeidstid

SØK NÅ!



trondelagfylke.no/jobb

ERFAREN KONTRAKTØRTANNLEGE

søkes til Waage Tannlegesenter på Klepp.

100 % vikariat grunnet foreldrepermisjon, med mulighet for videre samarbeid. Moderne og veletablert klinikk med god pasienttilgang. Tiltredelse juli/august.

Søknad sendes til: post@waage.no

STILLING SØKES

Mangler dere implantatkirurg?

Kjevekirurg søker samarbeidsklinikk

1. Dette får klinikken

- Implantatinnsetting utføres i egen klinikk – ingen ekstern henvisning
- Tilgang til erfaren kirurg med >20 års implantatpraksis
- Effektivt, forutsigbart og faglig trygt samarbeid

2. Kirurgens bakgrunn

- Spesialist i maxillofacial kirurgi
- Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
- Spesialkompetanse i lystgass-sedasjon
- Spesialkompetanse i implantatprotetikk
- Tidligere lege ved kjeve- og ansiktskirurgisk avd., OUS Ullevål
- Tidligere overlege ved ØNH-avd., OUS Rikshospitalet

3. Rammer for samarbeidet

- Klinikken vurderer om pasienten har **HELFO-rettigheter** og står ansvarlig for **innhenting av dokumentasjon** i forkant av operasjonen
- **Kun implantatbehandling** (ingen øvrige orale / kjevekirurgiske inngrep)
- **55 % provisjon** av innarbeidet honorar (inkl. hygienetilllegg og CBCT), etter fradrag for implantatkomponenter og tanntekniker

Tilgjengelig 1–2 dager per måned.

Karl Iver Hanvold · karl@tannspes.no · Mob. 403 00 001

BERGENSOMRÅDET

Endodontist med ledig kapasitet ønsker engasjement noen dager i måneden. Bergensområdet.

Ved interesse send epost til: pulphelp@yahoo.com

SPESIALIST ORAL PROTETIKK

søker 20 % stilling på Nord-/ Sør-Jæren.

Kan kombinere almen /spesialist-beh.

Meget lang og bred erfaring. Stor arbeidskapasitet.

Kontakt 51-506819

KJØP OG SALG

VELDRETVET PRAKSIS OSLO ØST VURDERES SOLGT

Romslige lokaler. 2 behandlingsrom. Nextsys / Digora.

Laboratorium. Stort potensiale. Nært buss og T-bane.

Takst 1.890.000,-

Interessert? Kontakt tl.oddevensen@yahoo.no

VELDREVT TANNKLINIKK TIL SALGS – MOSBY, KRISTIANSAND

Tannklinikk drevet på Mosby i over 25 år selges grunnet pensjonering.
Selger er pragmatisk hva gjelder løsninger ifb. oppgjør og overtakelsestidspunkt.
Interessenter bes ta kontakt, +47 994 540 11, eller
kimalexanderlam@gmail.com

Kort om klinikken:

- Omsetning ~3 500 000,- de siste to årene, med et større potensiale for å øke inntjeningen
- 3 behandlingsrom; 2 innredet og utrustet med inventar og uniter (Planmeca)
- Utstyr medfølger for en naturlig oppstart for ny tannlege
- Solid pasientportefølje
- Lokalet er på ~ 100 kvm i et større næringsbygg sentralt på Mosby
- God offentlig kommunikasjon

<https://www.tannlegelam.no/>

<https://www.finn.no/realestate/companyforsale/ad.html?finnkode=454571577>

VELETABLERT PRAKSIS PÅ FEVIK I GRIMSTAD

Grunnet oppnådd pensjonsalder selges ryddig og veldrevet praksis.

Lyse og trivelige lokaler på 80 m2 med 2 behandlingsrom.
1. etg i Helsebygget sentralt på Fevik. Legesenter i 2.etg.
God pasienttilgang for den rette.
Lang leiekontrakt med mulighet for kjøp av lokalene.
Praksisvurdering fra Saga Consult, fleksibel overtakelse.

Skriftlig henvendelse til joh-bjo@online.no

OSLO ØST

Praksis til salgs i Oslo øst, innenfor ring 2, grunnet oppnådd pensjonsalder. Kontorfellesskap med annen tannlege, mulig opsjon for kjøp av denne praksis innen få år.
To behandlingsrom, felles sterilisering, pauserom, resepsjon og OPG, mulighet for utvidelse. Taksering foreligger.

Henvendelse rpthav26@gmail.com

OSLO

Solopraksis i daglig drift i Oslo sentrum selges på grunn av pensjonering.

Takst fra Oslo Tannlegeforening foreligger.

Henvendelse på e-post til: solopraksis.selges@gmail.com

TANNLEGEPRAKSIS I BÆRUM ØST

Solopraksis selges – 660 recall

Se også www.tannlegeportalen.no

Henvendelse til Azets Consulting AS

Tlf: 481 00 074 eller e-post: anders.fehn@azets.com

TANNKLINIKK TØNSBERG/NØTTERØY

En liten veldrevet tannklinikk Tønsberg/Nøtterøy til salgs.
To behandlingsrom, OPG, mikroskop, skanner, lave kostander, full recall liste. Takst foreligger.

Kontakt via e-post: ostrem.nataly@gmail.com, tlf 46779950

TANNKLINIKK TIL LEIE

Tre behandlingsrom (uten unit og innredning på Frogner/ Majorstuen ønskes leid ut.
Durr kompressor og sugemotor samt ferdig innredet sterilrom med Miele desinfektor (2023) og Miele autoklav (2023) inkludert.

For mer info kontakt: stein.marvold@gmail.com

Eller send sms til Jallow mob.nr 95843958

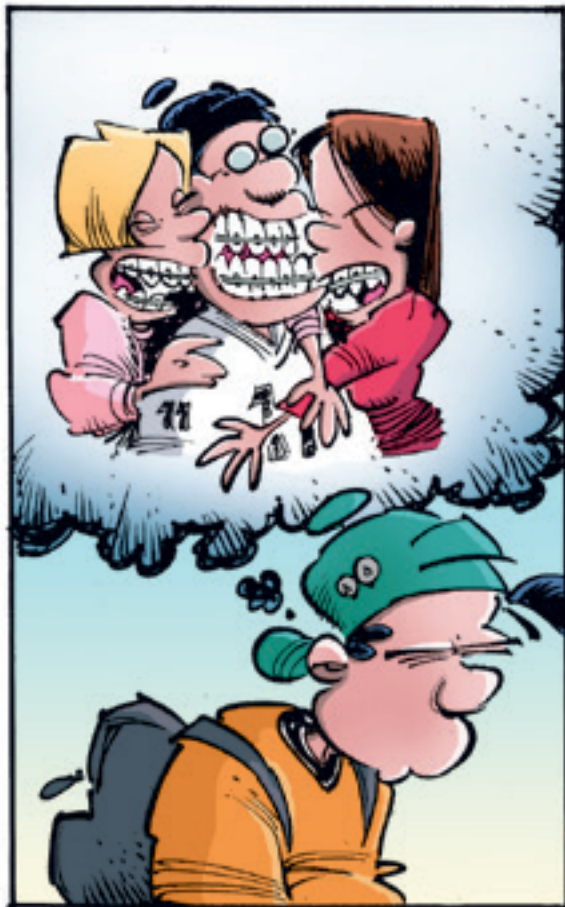
ØNSKER Å KJØPE PRAKSIS/ PASIENTPORTEFØLJE I OSLO SENTRUM

Erfaren og samvittighetsfull tannlege ønsker å kjøpe praksis/ pasientportefølje i Oslo sentrum. Gjerne gradvis overgang ifm nedtrapping. Gode referanser.

Kontakt praksisoslotann@gmail.com.

PONDUS

av Frode Øverli



#whnordic



wh.com



Ikke bare trykknappen som er unik

Workhorse – 4 Zirconia & andre harde materialer



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

syneq
POWER EDITION