

OTF-NYTT

Medlemsblad for Oslo Tannlegeforening
Nr. 1 2026 | Januar - mai | Årgang 36



INNHold

3

Lederen har ordet

4

Vi er styret i OTF!

5 - 7

**OTFs medlemskurs 2. desember 2025:
Oralkirurgi - de vanligste prosedyrene og komplikasjonene**

8 - 10

Bilder med medlemkurset 2. desember 2025

11 - 19

**OTFs heldagskurs 20. november 2025:
Endo - fra riktig diagnose til behandling**

20 - 26

Bilder fra heldagskurset 20. november 2025

27 - 29

**OTFs medlemskurs 27. januar 2026:
Alignere - en gjennomgang fra A til B**

30

Bilder fra medlemskurset 27. januar 2026

31 - 32

OTF på Vestlandsmøtet 14.-16. januar 2026

33 - 40

Bli bedre kjent med.... Jon Arne Gangvik-Østgård, leder i SNU

41 - 44

**Tannhelsereform i Norge? Don't look to Sweden.
Innlegg av Caspar Wohlfahrt**

45

OTF kurs- og arrangement 2026

46

Medlemskontingent 2026

47

Kontaktinformasjon

48

Publiseringsplan, møtekalender for styret og redaksjonen

LEDEREN HAR ORDET



Kjære medlemmer,

Riktig godt nytt år! Vi er halvveis i sesongens siste vintermåned, og våren begynner å nærme seg med stormskritt. Vinterferien er også like rundt hjørnet, og fingrene krysses for sol og strålende skiføre.

OTF var i starten av januar på besøk hos våre gode kolleger i Bergen Tannlegeforening i anledning Vestlandsmøtet, og et lite sammendrag fra dette kan leses på side 31. Årets første medlemskurs med tema kjeveortopedi ble avholdt på Stortingsgata Kurs og Konferanse den 27. januar, og forsamlingen kunne høste kunnskap og gode tips fra Tord Hamran og Peter A. Netland. Neste medlemskurs blir 3. mars, og da vil Niek Opdam forelese om posteriore komposittrestaureringer. Deretter står Holmenkollstafetten for tur 9. mai. I år har vi meldt på hele tre lag til stafetten, og har derfor kapasitet til 45 løpere. To lag fylte seg opp allerede de første to ukene, noe som er ny rekord! Det legges opp til fellestreninger for de som ønsker dette, og på selve dagen blir det en sosial samling før stafetten, og bankett for å runde det hele av på kvelden. I skrivende stund er det fortsatt 7 ledige plasser til stafetten, og det er hittil 35 påmeldte til banketten. Dette blir ett av årets høydepunkter i OTF, og det er fortsatt mulig å melde seg på.

Send en e-post til leder@oslotann.no, og skriv gjerne etappeønske(r), telefonnummer, medlemsnummer, om du ønsker å bli med på bankett, samt størrelse på t-skjorte. Ledige etapper per nå: 2, 3, 4, 6, 7, 8 og 9. Vi skal ha det gøy og bli bedre kjent, og det stilles ingen krav til form eller forberedelser.

Tillitsvalgte har tredd inn og ut av våre rekker ved årsskiftet, og på vegne av foreningen vil jeg ønske velkommen til de nye, og å takke de som har tredd av eller fortsatt gjør en innsats for OTF. Vi er prisgitt de flinke kollegene våre som bidrar med sin kunnskap, tid og sitt engasjement for å ivareta våre felles interesser. Hvis noen av dere har ideer, innspill eller spørsmål - ta kontakt med oss. Også om dere har ønsker om spesifikke felles arrangementer, forslag til kurstema eller andre ting.

Vi er spente på hva dette året vil bringe, men skal gjøre det vi kan gjennom NTF for å påvirke i riktig retning. Hva myndighetene vil levere på tannhelsefeltet får vi se på, men velviljen mot det private har ikke akkurat virket lovende hittil.

Hvordan blir tannhelsetilbudet til 21-28-åringene i Oslo? Våre kolleger i det offentlige har mer enn nok å gjøre. Finnes det muligheter for samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste?

Vil refusjonsordningen for laboratorieanalyser rekvirert av helprivate behandlere uten avtale med det offentlige avvikes? Hvordan vil dette eventuelt påvirke behandlingstilbudet til pasientene - både hva gjelder kvalitet og tilgjengelighet?

Helfo punkt 14 hang en stund i en tynn tråd, men fikk til slutt heldigvis bestå. Politikerne kan ganske enkelt gjøre endringer i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom. De samm kan de gjøre med Rundskriv til folketrygdloven (§5-6, §5-6 A OG § 5-25 - undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade - med utfyllende bestemmelser). Det kan føre til uforutsigbare og hurtige endringer i regelverket, og har vært noe av grunnen til at NTF tidligere ikke har anbefalt å legge nye tannhelsetiløsninger til et slikt system.

Fødselstallsutvalget leverte 9. februar en rapport til regjeringen som blant annet foreslår tiltak til å øke fødselstallene i Norge. Avvikling av tilskuddene til Sykehjelpsordningen for tannleger kan vel ikke sies å tilrettelegge for at næringsdrivende kolleger skal kunne prioritere familie i alle fall.

Medlemsundersøkelsen for tannleger i privat sektor ble gjennomført i januar, og den årlige lønnsundersøkelsen utføres nå i februar. I tillegg kommer det en større levekårsundersøkelse for alle medlemmer etter hvert. Det er viktig at NTF har gode data på hvordan vi alle har det, slik at foreningens arbeid videre kan målrettes. Det oppfordres derfor til at alle tar seg tid til å besvare disse undersøkelsene. Vi ønsker gode og forutsigbare vilkår i både offentlig og privat sektor, og det er ingen selvfølge med mindre vi jobber for det.

La oss håpe at gode ting vil skje i 2026. Med ønske om en fortsatt god vinter!

Silje Bach
Leder OTF

OTF-nytt 1-2026 januar-mai side 3

VI ER STYRET I OTF og er sterkest sammen!



Silje Bach
(leder)



Øystein Thomassen
(nestleder)



Erland F. Jensen
(sekretær)



Svein Dahlen
(redaktør)



Karen W. Fredriksen
(styremedlem med
ansvar for privat-
praktisende)



Aya Bajalan
(styremedlem)



Toma Betancur
(leder fagnemnda)



Elisabeth Jæger
(styremedlem for
UTV Oslo)



Caroline Hol
(styremedlem for
UTV UiO)



Edyta Kowalska
(styremedlem for
UTV Akershus)

Ønsker du kontakt med styret?
Send en epost til otf@oslotann.no

Styret velges av generalforsamlingen i
Oslo Tannlegeforening i november.

Styremedlemmer for UTV er represen-
tanter valgt av respektive medlemmer
i offentlig sektor.

UTV=Utvalg for tillitsvalgte

ORALKIRURGI - DE VANLIGSTE PROSEDYRENE OG KOMPLIKASJONENE

Foreleser: Frode Øye

OTFs medlemskurs 2. desember 2025, Stortingsgata Kurs & Konferanse

Tekst: Karen Fredriksen Foto: Minh Thieu



Frode Øye

Det var fullsatt sal den kalde desemberkvelden da det ble avholdt kirurgiforelesning med spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Frode Øye. Foredraget var i stor grad praktisk og klinisk rettet, og ga oss allmenn-

tannleger mulighet til å plukke opp en rekke nyttige tips og triks. Forelesningen bestod hovedsakelig av videomateriale der Øye demonstrerte ulike prosedyrer som i større eller mindre grad utføres i en oralkirurgisk praksis. Nedenfor gjengis noen av anbefalingene og rådene som kan være til nytte i den kliniske hverdagen.

Tips og anbefalinger i forbindelse med smertelindring og medisinering

Anamnese:

Helseskjema og medisinaliste må være oppdatert før prosedyren utføres. Det er viktig å kartlegge all bruk av medisiner og kosttilskudd, samt sykdommer og allergier. Eventuelle røykevaner, graviditet, blødningstendens og tidligere komplikasjoner, for eksempel i forbindelse med tanntrekking, må være kjent på forhånd.

Preoperativt:

Som smertestillende til pasienter under 55 år anbefaler Øye 600 mg Ibox i kombinasjon med 1 g Paracet. Pasienter over 55 år får som hovedregel ikke Ibox, da mange står på blod-

fortynnende medikamenter. Disse pasientene får utelukkende 1 g paracetamol.

Ved mistanke om at prosedyren vil bli langvarig og invasiv, kan det gis 8 mg deksametason i tablettform preoperativt. Postoperativt kan deksametason 4 mg også gis, eventuelt med gjentatt dose morgenen etter inngrepet dersom prosedyren har vært særdeles langvarig eller har medført omfattende benfjerning, tuberfraktur e.l.

Ved alveolitt kan det legges inn en veke med xylocain og terracortril. Alveolen skylles først med sterilt saltvann, og pasienten kan sendes hjem med skyllesprøyte. Det anbefales å gjøre minst mulig i alveolen i første omgang ved alveolitt.

Tips og anbefalinger ved kliniske prosedyrer

- Ved fjerning av papillom i en papille må tilstrekkelig mengde vev fjernes for å hindre residiv. Det er viktig å sende preparatet til vurdering/biopsi. Vev fra fjerning av granulomer, granulasjonsvev etter periodontal behandling og apikalt vev etter rotspissamputasjon er som hovedregel ikke nødvendig å sende til analyse.
- Ved fjerning av fibrom anbefales det å sette på og klemme av med arteriepinsett. Dette er også nyttig dersom det oppstår blødning, da man enkelt kan oppnå god blødningskontroll.
- Ved fjerning og klipping av tungebånd bør saks benyttes for å oppnå god mobilisering, spesielt i munngulvet, slik at man unngår skade på arterier. Saksen brukes ikke til å klippe, men den butte siden av saksen skyves ned i munngulvet for å mobilisere vevet. Bruk av saks gir derfor mindre risiko for å kutte for dypt i et arterieomt område som det sublinguale.
- Ved rotspissamputasjon anbefales papillesnitt for å bevare 4–5 mm festet gingiva. Det kan være hensiktsmessig å

ORALKIRURGI - DE VANLIGSTE PROSEDYRENE OG KOMPLIKASJONENE

benytte ekskavator fremfor periostavløser ved denne prosedyren. Sutureringen kan være krevende, og det anbefales derfor å bruke 5-0 suturtråd.

- Ved fjerning av nasopalatinal cyste anbefales bruk av stående madrassutur ved lukking av papillene mot hverandre. Postoperativt opplever pasientene som regel få plager knyttet til eventuell palatinal nummenhet.
- Ved sinuslukking er det viktig å mobilisere lappen grundig og legge snitt i periost, slik at lappen kan trekkes tilstrekkelig over åpningen og sikre god lukking. Ved infeksjon bør sinusåpningen skylles med sterilt saltvann, og pasienten instrueres i postoperativ skylling med saltvann. Pasienten skal i tillegg settes på antibiotikakur i én uke.
- Ved drenering av abscess anbefales det først å gjøre en liten incisjon, før saks benyttes til videre åpning. Det legges inn veke, med kontroll etter 2-3 dager og eventuell innleggelse av ny veke.

Visdomstenner

Ved fjerning av visdomstenner bør snittet legges kun frem til 7-er, og heller forlenges med et lengre hjelpesnitt distalt. Det er viktig å fjerne tilstrekkelig mengde ben bukkalt slik at furkasjon og tannens vinkel blir synlig. Den kliniske bredden på tannen må vurderes, og det kan være nyttig å se på anatomien til nabotenner eller tilsvarende tenner. Visdomstenner ligger ofte mer lingualt enn det panoramarøntgen kan gi inntrykk av, og ved manglende bevegelse under luksering må man huske å fjerne tilstrekkelig ben. Dersom det observeres en tynn slimhinnevegg lingualt, bør man plassere en finger langs den linguale veggen for å hindre at eventuelle rotfragmenter disloserer sublingualt.

Ved suturering kan det være nyttig å bruke en lukket kirurgisk pinsett som en støtte mot tungen, tilsvarende en spisepinne. Dette bidrar til å holde tungen unna operasjonsfeltet noe som forenkler sutureringsprosessen.

Koronektomi kan vurderes når røttene står i nær relasjon til nervus mandibularis, og man ønsker å redusere risikoen for parestesi eller

andre nervekomplikasjoner. Det er en forutsetning at tannen ikke er infisert. Mulige langtidskomplikasjoner er utvikling av en distal defekt på 7-eren eller at røttene kan vandre koronalt over tid.

Ved parestesi gjelder det å avvente, da tålmodighet ofte er den viktigste faktoren. Det anbefales å vente opptil seks måneder før eventuell behandling med soft laser vurderes.

Ved infeksjon kan manglende tilheling forekomme. Hos unge pasienter kan slimhinnen tilheles over tid, men med vedvarende infeksjon under lappen. I slike tilfeller bør det utføres sårrevisjon med fjerning av vev og preparering til lett blødende sårkanter for å reetablere tilhelingen.

Implantater

Implantatinnsetting:

Ved implantatinnsetting må det vurderes om fiksturen skal lukkes med senere innsetting av distanse, eller om distanse skal settes inn umiddelbart. Ved tynn slimhinne bør innsetting av distanse utsettes, da slimhinnedekket over implantatet kan bli utilstrekkelig og medføre risiko for perforasjon.

Direkte belastning med umiddelbar installasjon krever nøye preoperative vurderinger. Det må tas hensyn til tyggekrefter, eventuell attrisjon og graden av okklusjon. Ved umiddelbar installasjon er det avgjørende å utføre skånsom kirurgi og unngå skade på særlig den bukkale benlamellen. Bruk av periotom kan være hensiktsmessig. Øye presiserte at denne fremgangsmåten absolutt ikke er indisert i sidesegmentene.

Det er viktig å bruke god tid på vinkling og plassering av fiksturen, og tilfredsstillende primærstabilitet er essensielt. Den palatinal benveggen er ofte hardere enn den bukkale, noe som kan medføre at fiksturen plasseres for langt bukkalt dersom man ikke er oppmerksom. Fiksturen plasseres ofte på 35 ncm i slike kasus. Det er avgjørende med minimal tyggebeklastning og skånsom/myk kost i flere uker postoperativt. Ofte velges også en lengre

ORALKIRURGI - DE VANLIGSTE PROSEDYRENE OG KOMPLIKASJONENE

implantatdimensjon for å oppnå bedre primærstabilitet.

Bentransplantasjon

Inngrepet utføres ved at en benblokk hentes langs ramus. Selve blokken fjernes med skarpt fissurborr, mens rosenborr benyttes for å jevne ut kantene på donorstedet. Benkantene rundt mottakerstedet må også jevnes ut, slik at slimhinnen ikke perforeres av skarpe kanter. Prognosen blir nødvendigvis ikke bedre å supplere med bensubstitutt og membran. Det bør også tas i betraktning at preoperativ kjeveortopedisk ekstrusjon av tannen som skal fjernes, kan benyttes for å sikre tilstrekkelig benvolum for senere implantatinnsetting

Anbefalinger ved orale medisinske tilstander

- Tungerand: Forandringer med hvitlige og eller rødlige områder må følges tett opp. Biopsi tas med båtsnitt langs tungeranden, og det er viktig med god suturering.
- Mørke lesjoner i slimhinnen: Differensialdiagnoser inkluderer malignt melanom og amalgamtatovering. Ved sistnevnte kan

amalgamrester ofte påvises radiologisk. Lesjoner lokalisert på tungen og i munn-gulvet bør følges særlig nøye.

- Autoimmune tilstander: Ved autoimmune orale tilstander er god pasientinformasjon avgjørende. Kjente triggerere for symptomer, som enkelte mat og drikkevarer samt SLS i tannkrem, bør unngås. Klorheksidin kan også utløse symptomer, særlig ved oral lichen planus. God plakk kontroll er essensielt, og hyppigere recallintervaller for tannsteinsrens anbefales. Ved førstegangssymptomer kan det forsøkes behandling med neseppray med steroider som Nasonex eller Dymista. Dersom dette ikke gir tilstrekkelig lindring, kan Dermovat 0,5 mg/ml oppløsning benyttes som munnskyllevæske én til to ganger daglig i inntil 14 dager, etterfulgt av en pauseperiode på 14 dager. Skyllingen kan oppleves som ubehagelig under bruk, men gir ofte god symptomlindring over tid.

Karen Fredriksen, OTF-nytt redaksjonen

Takk til alle utstillere som tok seg tid til å være sammen med oss i en hektisk desembermåned!

PRÜTEKET **VOCO**  Sonett



TECHNOMEDICS NORGE A.S
DENTAL & KIRURGI



 muntra

*We'll back
you up*

 UNIDENT®

BILDER FRA OTFS MEDLEMKURS 2. DESEMBER

FOTO: MINH THIEU

God stemning på medlemskurset i desember.
Ønsker du bilder fjernet, kontakt oss på otf@oslotann.no.



BILDER FRA OTFS MEDLEMKURS 2. DESEMBER



BILDER FRA OTFS MEDLEMKURS 2. DESEMBER



ENDO – FRA RIKTIG DIAGNOSE TIL BEHANDLING

Foreleser: Homan Zandi

OTFs Heldagskurs 14. november 2025, Stortingsgata Kurs & Konferanse

Tekst: Svein Dahlen Foto: Minh Thieu



Homan Zandi

En kjølig høstmorgen i november ønsket vår eminente leder Silje Bach velkommen til et av OTFs årlige høydepunkt, nemlig heldagskurset.

Hun minnet samtidig om at det fortsatt ikke er for sent å melde seg på Holmenkollstafetten, der det ser ut til at OTF vil stille med hele tre lag i 2026. Når dette referatet publiseres, er det fremdeles mulig å melde seg på.

Vår alles kjære Martin Hoftvedt tok deretter ordet og introduserte dagens foredragsholder, Homan Zandi. Zandi ble uteksaminert som tannlege i 1996 og spesialist i endodonti i 2003 ved Universitetet i Oslo. I 2021 fullførte han sin ph.d., med fokus på antibakterielle egenskaper og kliniske resultater ved rotfyllingsrevisjon av infiserte tenner. Zandi driver i dag sin egen henvisningspraksis, er universitetslektor på deltid og regnes som hovedstadens endoguru på heltid.

Grunnleggende diagnostikk og ICD-10 koder

Zandi starter foredraget med et klinisk tips. Ifølge Zandi kan det være vanskelig å lokalisere buccale kanaler på molarer i underkjeve. Årsaken til dette er tannens kroneflukt og vanskelig innsynsvinkel. Behandler finner stort sett nesten alltid linguale kanaler først. Viktig å fjerne tilstrekkelig av buccale cusper for å få tilstrekkelig innsyn i cavum.

Zandi går tilbake til det helt grunnleggende og forklarer at bakterieinvasjon inn i tannen

fører til pulpitt. Dersom det ikke iverksettes behandling, vil sykdomsprosessen utvikle seg videre til irreversibel pulpitt. I denne situasjonen må tannlegen utføre rotbehandling, ellers vil tannen til slutt gå i nekrose. Bakteriene kan deretter spre seg videre og aktivere immunforsvaret. Neutrofile er de første immuncellene som angriper bakteriene. Innledningsvis frigjør de granula som inneholder enzymer. Deretter danner cellene ekstracellulære nettverk som binder neutrofilene sammen, før de til slutt fagocytterer bakteriene. Resultatet av denne prosessen er det som er kjent som puss.

Denne tilstanden omtales også som akutt apikal periodontitt, ICD-10 K04.4. Når denne diagnosen benyttes, foreligger det fortsatt ingen røntgenologiske funn. Etter hvert vil lesjonen bli synlig på røntgen, og tilstanden klassifiseres da som en kronisk apikal periodontitt.

Apikale lesjoner er i realiteten en beskyttelsesmekanisme som bidrar til å hindre at invaderende bakterier sprer seg raskt og ukontrollert videre. Uten denne mekanismen ville risikoen for blant annet osteomyelitt og andre avgrensede infeksjoner vært betydelig større.

Størrelsen på de apikale lesjonene avhenger av hvilke bakterier som er til stede og mengden av dem. Lesjonen blir til slutt synlig på røntgen og betegnes som kronisk apikal periodontitt, med eller uten symptomer, ICD-10 kode K04.5. Zandi understreker viktigheten av å stille en diagnose før oppstart av behandling, slik at det foreligger en klar indikasjon for videre behandling og oppfølging. Dette er særlig noe Norsk pasientskadeerstatning legger vekt på når de vurderer om en behandling har vært korrekt utført. I NPES vurderinger er det ikke avgjørende at diagnosen nødvendigvis er helt korrekt, men at det er gjort en faglig vurdering og satt en diagnose etter beste evne. I USA benyttes ikke ICD-10 koder. Kronisk apikal periodontitt med eller uten symptomer omtales derfor som henholdsvis

ENDO – FRA RIKTIG DIAGNOSE TIL BEHANDLING

asymptomatisk eller symptomatisk apikal periodontitt, begreper som mange tannleger vil kjenne igjen fra lærebøker og vitenskapelige artikler.

Apikal periodontitt kan føre til dannelse av fistler, og diagnosen blir da periapikal abscess med fistel, ICD-10 kode K04.6. I amerikansk terminologi omtales dette som kronisk apikal abscess. Dersom abscessen blir stående over tid, kan den videreutvikle seg til en cyste. Zandi påpeker at han ofte ser fistler som bryter opp i bihulen og fører til odontogen sinusitt. Han minner om at dersom en pasient presenterer med ensidig sinusitt, bør man alltid vurdere grundig om en tann på samme side kan være opphav til patologien. I andre tilfeller kan fistelen drenere diffust ut i benvevet og forårsake osteomyelitt. Dette ses særlig hos pasienter med diabetes, samt hos immunsvekkede pasienter og pasienter som behandles med cytostatika.

ICD-10 koder oppsummert:

K04.4: Akutt apikal periodontitt av pulpalt opphav

K04.5: Kronisk apikal periodontitt

K04.6 periapikal abscess med fistel

K04.7 Periapikal abscess uten fistel

K04.8 Radikulær cyste.

En apikal lesjon som utvikler seg til enten en periapikal abscess eller en cyste, kan tilhele ved konvensjonell endodontisk behandling. Dersom slik behandling ikke fører frem, er rotspissamputasjon det vanligste behandlingsalternativet. Det er ofte vanskelig, og til tider umulig, å skille mellom granulom, abscess og cyste på røntgen. Ifølge Zandi viser imidlertid nyere forskning at dette har begrenset klinisk betydning, ettersom alle tre tilstandene i dag primært behandles med endodontisk behandling. Tidligere antok man at cyster levde uavhengig av rotkanalsystemet og derfor ikke ville tilhele etter rotfylling. Nyere forskning viser at også cyster får næring fra rotkanalen, og at mange derfor vil tilhele etter behandling av tannen. Dette er fortsatt et tema for faglig diskusjon.

Kasus:

Ved abscess uten fistel, og når det ikke er tid til endodontisk behandling, anbefales incisjon og antibiotikabehandling. Zandi anbefaler fortrinnsvis Apocillin 660 mg fire ganger daglig. Flagyl kan gis i tillegg dersom pasienten er febril og har redusert allmenntilstand. Dersom pasienten ikke tåler Apocillin, benyttes Dalacin.

Zandi viser til en artikkel som konkluderer med at man ikke kan avgjøre om en lesjon er en cyste basert på røntgenfunn alene. For sikker diagnose er det nødvendig å ta biopsi.

Klassifikasjon av apikal periodontitt (Essential Endodontology, Third ed. 2020, Dag Ørstavik)	
AAE	ICD-10
Symptomatisk apikal periodontitt SAP ¹	K04.4 Akutt apikal periodontitt av pulpalt opphav ²
Asymptomatisk apikal periodontitt AAP	K04.5 Kronisk apikal periodontitt
Kronisk apikal abscess	K04.6 Periapikal abscess med fistel ³
Akutt apikal abscess	K04.7 Periapikal abscess uten fistel
Kondenserende osteitt ⁴	
Radikulær cyste	K04.8 Radikulær cyste

1 Presenterer seg med flere ulike symptomer
2 Presenterer seg med sterke smerter
3 Videre fordeles i forhold til plassering av fistel
4 Kan sees som en variant av AAP eller kronisk apikal periodontitt

Illustrasjon: Homan Zandi

ENDO – FRA RIKTIG DIAGNOSE TIL BEHANDLING

Den samme artikkelen fastslår også at det ikke foreligger noen korrelasjon mellom tilstedeværelsen av en radiopak lamina og cyster.

Typer endodontiske infeksjoner:

Endodontisk infeksjoner kan klassifiseres i henhold til dens anatomiske plassering:

- A) Intraradikulære
- B) Ekstraradikulære. I noen sjeldne tilfeller kan bakterier, for eksempel *Actinomyces*, kolonisere utsiden av rotoverflaten. I slike tilfeller er apikalkirurgi det eneste behandlingsalternativet dersom man ønsker tilheling. Disse bakteriene lar seg ikke eliminere uansett hvilken behandling som utføres i rotkanalen.

Endodontiske infeksjoner kan også klassifiseres etter når bakteriene kom inn i rotkanalen:

- A) Primær.
- B) Sekundær. Oppstår etter endodontisk behandling.
- C) Persisterende. Infeksjon persisterer uansett hvilken behandling man gjør.

Prognoser

Prognosen ved behandling av endodontiske infeksjoner er generelt god, og man oppnår et positivt behandlingsresultat i om lag 80% av tilfellene. Forutsetningen er at prosedyrene utføres korrekt, og at pasienten ikke har sykdommer eller tilstander som påvirker behandlingsutfallet negativt. Sammensetningen og mengden av bakterier som er til stede ved behandlingsstart har også betydning for prognosen, men dette er faktorer behandleren i liten grad kan kontrollere.

Ulike suksessrater ved endodontisk behandling

- Initial behandling av vitale eller nekrotiske tenner: 93-98%
- Initial behandling av tenner med periapikal lesjon: 73-86%
- Revisjon av tenner med apikal lesjon: 62-84%

Det er viktig å være oppmerksom på at selv om prognosen for apikal tilheling kan være

god, må også tannens samlede prognose vurderes. Det er ingen grunn til å rotfylle en tann som uansett vurderes som tapt.

Det er viktig at tannlegen har tilstrekkelig tålmodighet, ettersom apikal tilheling i enkelte tilfeller kan ta lang tid. Zandi opplyser at om lag 60 prosent av tennene viser tilheling etter ett år, mens tilhelingsgraden øker til rundt 80 prosent i løpet av fire år. Dette innebærer at omtrent 20 prosent av tennene bruker relativt lang tid på å oppnå periodontal tilheling. Dette gjelder særlig asymptomatiske lesjoner. Utviklingen bør likevel være positiv i løpet av disse fire årene, ved at lesjonen gradvis reduseres i størrelse fra år til år. Dersom lesjonen forblir helt uendret, anbefales apikalkirurgi allerede etter ett år.

Statistikk viser at prognosen for endodontisk behandling i liten grad har endret seg de siste 40 årene. Dette kan fremstå som et tankekors, ettersom materialer, teknikker og utstyr har blitt betydelig forbedret. Samtidig er det viktig å merke seg at mange av tennene som i dag endodontisk behandles, ville blitt ekstrahert for 40 år siden. Det betyr at langt flere og langt mer kompliserte tenner nå behandles med tilsvarende god prognose som tidligere.

Studier viser at rundt 40 prosent av alle rotfylte tenner har en apikal lesjon. Det anbefales derfor å kontrollere eldre rotfyllinger regelmessig.

Størrelsen på en periapikal lesjon kan ha betydning for prognosen. Dersom lesjonen er større enn 5 mm i diameter, mener enkelte at prognosen er dårligere enn ved mindre lesjoner. Zandi påpeker imidlertid at lesjoner over 5 mm sannsynligvis inneholder et høyere antall bakterier, og at studier viser redusert behandlingsprognose ved høy bakteriell belastning. Det er dermed ikke selve størrelsen på lesjonen som er avgjørende, men hva størrelsen indikerer når det gjelder bakteriemengde. Zandi legger også til at bruk av kalsiumhydroksid ikke påvirker prognosen, og at behandlingsutfallet er like godt eller dårlig uavhengig av om tannlegen benytter Ca(OH)₂.

ENDO – FRA RIKTIG DIAGNOSE TIL BEHANDLING

Oppsummert påvirkes prognosen av tre punkter:

- Intraoperative faktorer. Variabler knyttet til selve behandlingen
- Preoperative faktorer. Hovedsakelig biologiske faktorer.
- Postoperative faktorer. Restorative faktorer

Cyster

Kliniske studier viser at omtrent 24% av apikale lesjoner er cyster. Om lag halvparten av disse er epitelkledde ekte cyster, mens resten klassifiseres som lommecyster.

Prevalens av ulike odontogene cyster i kjeven:

- Radikulær cyster: 60%
- Follikulær cyster: 20%
- Odontogene keratocyster: 12%
- Lateral periodontal cyster: 0,4%

Cyster kan også bli infiserte. *Actinomyces* er blant bakteriene som ofte påvises ved infeksjon i slike lesjoner.

Systemiske og lokale faktorer som gjensidig påvirker endodontisk diagnose/behandling/prognose

- Systemiske faktorer:
 - Allmennhelse: Nedsatt allmennhelse og periapikale lesjoner påvirker hverandre gjensidig. En odontogen infeksjon kan gi en vedvarende lavgradig infeksjon som utgjør en ekstra belastning for kroppen. Dette har særlig betydning ved kardiovaskulære sykdommer og kroniske metabolske lidelser, som for eksempel diabetes. Slike sykdommer kan også hemme tilheling og dermed redusere prognosen ved endodontisk behandling. Diabetes er i tillegg assosiert med økt prevalens av periapikale lesjoner.
 - Genetiske faktorer: Genetiske mutasjoner kan påvirke immuncellenes funksjon, slik at immunresponsen ved infeksjon blir svekket.

- Medikamenter: Studier viser at pasienter som bruker statiner har bedre tilheling av periapikale lesjoner.
- Alder og kjønn: Alder og kjønn har ingen direkte betydning for prognose eller tilheling etter endodontisk behandling. Eldre tenner kan imidlertid være oblittererte, noe som gjør behandlingen mer teknisk krevende. Det er oblitasjonen, og ikke pasientens alder i seg selv, som påvirker behandlingsvanskeligheten.

- Lokale faktorer:

- Pulpastatus. Studier viser ingen signifikant forskjell i prognose mellom vitale og ikke vitale tenner.
- Preoperative symptomer
- Periodontal status
- Type og lokalisering av tann: Molarer har generelt dårligere prognose enn inciser og premolarer.
- Tidsintervall mellom seanser: Ved flerseansebehandling har tidsintervallet mellom første og andre besøk ingen betydning for prognosen.
- Kvalitet og lengde på tidligere rotfylling. Ved revisjon av inadekvat rotfylling er prognosen omkring 86 prosent, mens revisjon av en tilsynelatende adekvat rotfylling har en prognose på rundt 50 prosent. Hovedforskjellen er den mikrobielle sammensetningen. Inadekvate rotfyllinger inneholder oftest gramnegative bakterier og ligner dermed en primærinfeksjon. Infiserte, adekvate rotfyllinger domineres derimot av grampositive fakultative bakterier som er mer motstandsdyktige.
- Perforasjoner, resorpsjoner og fremmedlegemer: Fremmede materialer, som ved filfraktur, kan hindre effektiv behandling og redusere prognosen. Tidligere perforasjoner reduserer prognosen ved revisjonsbehandling med om lag 32 prosent.

ENDO – FRA RIKTIG DIAGNOSE TIL BEHANDLING

Zandi innleder neste del av kurset med å anbefale alle deltakerne å ta i bruk glidere. Disse finnes både som roterende og reciperende instrumenter, og han mener de har gjort den kliniske hverdagen betydelig enklere. Zandi forteller at han går direkte over til glider ved instrumentering og ikke benytter håndfiler i forkant. Han arbeider seg ikke helt ned til apeks, men omtrent halvveis ned i roten. Han understreker viktigheten av kontinuerlig irrigasjon underveis i behandlingen og anbefaler på det sterkeste bruk av irrigasjonskanyler med sideåpning. For aktivisering av irrigasjonsvæsken i rotkanalen benytter Zandi XP EndoRinse Shaper fra FKG. Som sealer bruker han NeoSEALER i stedet for AH Plus, og fremhever at denne lett kan føres ned i kanalen ved hjelp av fleksible spisser.

Bakterier og mikroorganismer

I en infisert rotkanal kan det påvises opptil 500 ulike bakteriearter, men vanligvis finner man mellom 20 og 30 arter i én og samme rotkanal.

Bakteriene forekommer som regel i form av biofilm, noe som gjør dem vanskeligere å eliminere.

De vanligste bakteriene tilhører fem hovedphyla:

- Firmicutes
- Actinobacteria
- Bacteroidetes
- Proteobacteria
- Fusobacteria

Ved primær infeksjon dominerer gramnegative anaerobe bakterier, og det er sjelden man påviser resistente bakterier i slike tilfeller.

Ved sekundær infeksjon eller ved revisjonsbehandling dominerer grampositive bakterier, og i tillegg kan man finne mikroorganismer som *Candida albicans*. *Candida* kan kolonisere opptil 18% av endodontiske kasus og er resistent mot $\text{Ca}(\text{OH})_2$. Denne mikroorganismen har evne til å kolonisere og invadere dentin relativt enkelt.

Stor takk til alle utstillere som bidro til hyggelig stemning og ikke minst mange flotte gaver og spørsmål til vår uhøytidelige quiz!

PRÜTEKET VOCO

SENSODYNE
parodontax

admetec
We've got your back



TECHNOMEDICS NORGE A.S.
DENTAL & KIRURGI

ARTINORWAY
GRUPPEN
Handling og markedsføring av tannbånd

COLTENE

Anita Systems

Skybasert journalsystem for tannklinikker med store ambisjoner

Sonett

We'll back
you up

UNIDENT®

TANNLAB

SCANEX
Medical Systems

solventum

MAJOAR
DENTAL

ENDO – FRA RIKTIG DIAGNOSE TIL BEHANDLING

Apikal størrelse og lengde på rotfyllingen

For å oppnå effektiv fjerning av bakterier og debris understreker Zandi at rotkanalen må instrumenteres til en tilstrekkelig apikal størrelse. Det er relativt stor faglig enighet om at man bør instrumentere opp til størrelse 35, dersom de anatomiske forholdene tillater det. Det er samtidig avgjørende å irrigere korrekt. Bruk av irrigasjonskanyler med sideåpning anbefales for å redusere risikoen for ekstrusjon av irrigasjonsvæske gjennom apeks. Dersom vanlig kanyler benyttes, er det viktig å ikke irrigere helt ned til apeks, men å holde seg 3 til 4 mm koronalt for apeks for å unngå apikal ekstrusjon.

Det foreligger begrenset forskning på hvorvidt størrelsen på den apikale boksen er avgjørende for klinisk tilheling. Zandi viser til en studie utført av Saini fra 2012, der man observerte bedre periapikal tilheling for hver økning i apikal størrelse. Denne studien er imidlertid den eneste som har undersøkt dette direkte.

Dersom man av ulike årsaker ikke ønsker å øke den apikale størrelsen, kan man i stedet øke taper. Dette gir bedre tilgang for irrigasjonsvæsken og kan dermed bidra til forbedret

prognose. Zandi anbefaler i slike tilfeller instrumentering til størrelse 25 med taper 0,06 eller størrelse 30 med taper 0,04.

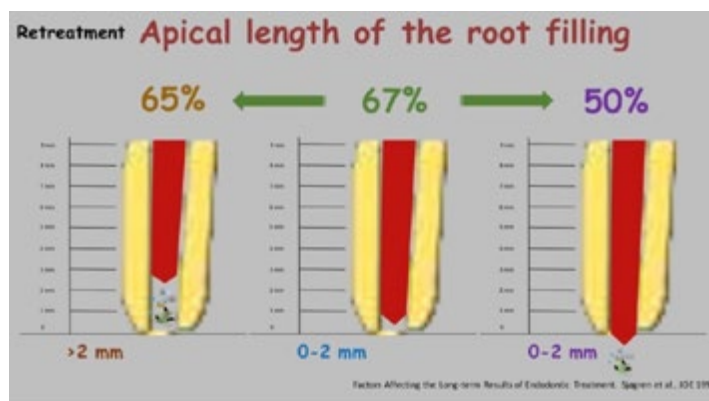
Zandi viser videre til en studie av Sjögren der man undersøkte sammenhengen mellom apikal tilheling og den apikale lengden på rotfyllingen. Studien viste at når rotfyllingen lå 0-2 mm fra apeks, var tilhelingsgraden 94%. Dersom rotfyllingen lå mer enn 2 mm fra apeks, sank tilhelingsgraden til 68%. Når guttaperkaten strakte seg 0-2 mm forbi apeks, var sannsynligheten for tilheling 76%.

Ved revisjonsbehandling var tilhelingsgraden 67% når rotfyllingen lå 0-2 mm fra apeks, 65% når den var mer enn 2 mm for kort, og 50% når rotfyllingen var 2 mm for lang. Zandi har selv gjennomført en studie på dette området og fant at tilhelingsgraden ved revisjonskasus med for kort rotfylling økte til 80% når rotfyllingen ble korrigeret til korrekt lengde, definert som 0-2 mm fra apeks.

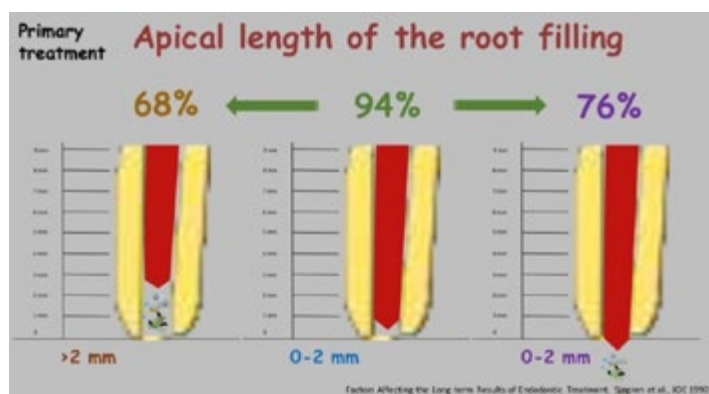
Irrigasjon

Zandi innleder med å minne om formålet med irrigasjon, som er å fjerne bakterier og løse opp både organiske og uorganiske komponenter uten å påføre pasienten skade. Med skade menes blant annet ekstrusjon av irrigasjonsvæske, som kan føre til smerte, hevelse og hematom. For høy konsentrasjon eller feil bruk av irrigasjonsvæske kan også føre til erosjon av dentin og rotfrakturer. De vanligste irrigasjonsvæskene er NaOCl og EDTA. Natriumhypokloritt løser opp organisk materiale, mens EDTA løser opp uorganisk materiale.

Det er faglig uenighet om hvilken konsentrasjon av natriumhypokloritt som bør benyttes, og praksis varierer internasjonalt. I Norden og Australia brukes ofte konsentrasjoner på 0,5-1%, mens man i blant annet USA og Brasil benytter rundt 5%. Zandi påpeker at det per i dag ikke foreligger kliniske data som tilsier at 5% NaOCl er nødvendig. Tvert imot øker høyere konsentrasjoner risikoen for komplikasjoner som sterke smerter, parestesier, hematom og vevsskade ved ekstrusjon. Zandi fraråder derfor på det sterkeste bruk av konsentrasjoner over 1%.



Illustrasjon Homan Zandi



Illustrasjon Homan Zandi

ENDO – FRA RIKTIG DIAGNOSE TIL BEHANDLING

Studier viser at NaOCl har bedre effekt når det er romtemperert. Zandi anbefaler derfor å la væsken stå på benken en stund før bruk, fremfor å benytte den direkte fra kjøleskap. For å øke effekten av irrigasjonsvæsken anbefaler han bruk av ultralyd for å aktivere væsken. Det er imidlertid ikke vitenskapelig dokumentert at ultralyd gir økt sannsynlighet for periapikal tilheling, men Zandi mener det er logisk at irrigasjonsvæsken da får bedre tilgang i rotkanalsystemet.

Smear layer dannes under instrumentering av rotkanalen og består av en blanding av organisk og uorganisk materiale som dekker dentinveggene. Dette laget må fjernes etter avsluttet instrumentering og elimineres ved bruk av EDTA. Zandi understreker at EDTA bør få virke i kanalen i minst ett minutt for å ha tilstrekkelig effekt.

Ved revisjonsbehandling benytter Zandi i tillegg klorheksidin 2%. Klorheksidin brukes for å eliminere grampositive fakultative bakterier og *Candida albicans*. Stoffet løser ikke opp vev og må derfor benyttes helt til slutt i behandlingsseansen. Klorheksidin har høy affinitet til dentin og binder seg lett til rotkanalveggene. Studier viser at man kan påvise rester av klorheksidin i dentin flere måneder etter irrigasjon.

Zandi advarer sterkt mot å blande natriumhypokloritt og klorheksidin, da dette utløser en kjemisk reaksjon som danner para-chloroaniline. Dette er et rødfarget stoff som kan blokkere dentinkanaler. Dersom begge irrigasjonsvæskene benyttes, er det derfor avgjørende å irrigere grundig med EDTA mellom dem.

Zandi fraråder også bruk av natriumhypokloritt etter irrigasjon med EDTA. EDTA fjerner uorganisk materiale og eksponerer organisk materiale i dentinveggene. Dersom man deretter skyller med natriumhypokloritt, kan dette føre til demineralisering av tannveggen og tap av kollagen type 1. Resultatet er et erodert dentin, som i verste fall kan øke risikoen for rotfraktur over tid.

Felles for alle irrigasjonsvæsker er at høyere konsentrasjon og lengre kontakttid svekker tannens mekaniske egenskaper. Tannen blir mer sprø og dermed mer utsatt for fraktur.

Ett eller to besøk ved endodontisk behandling?

Zandi slår tidlig fast at det som hovedregel ikke er nødvendig med flere behandlingsbesøk dersom tannlegen ikke har et konkret behov for det. Studier viser ingen dokumenterte fordeler ved flerseansebehandling sammenlignet med behandling i én seanse.

Ved behandling i ett besøk er risikoen for bakteriell lekkasje inn i tannen mindre, og dermed også risikoen for reinfeksjon. Bakteriologiske undersøkelser viser at 71 prosent av tennene er bakteriefrie etter én seanse, mens andelen bakteriefrie tenner reduseres til 64 prosent etter innlegg med kalsiumhydroksid og behandling over flere besøk.

Studier viser også at pasienter opplever mindre smerter etter rotfylling utført i én seanse. Den kliniske tilhelingen er ifølge Zandi tilnærmet lik enten tannen rotfylles i én eller flere seanser. Samlet sett gir én seanse ofte mindre postoperativt ubehag for pasienten og økt effektivitet for behandleren.

Postoperative faktorer

Zandi påpeker at han anbefaler krone eller annet cuspedekke på alle molarer etter avsluttet endodontisk behandling. Studier viser at tenner som fikk krone, onlay eller cuspedekke innen fire måneder etter rotfylling, hadde tre ganger høyere overlevelsessannsynlighet enn tenner som kun ble restaurert med konvensjonelle fyllinger.

Tannfrakturer

Zandi innleder med å presentere et kasus der en ung jente oppsøkte ham med pulpittsmerter som viste seg å skyldes en vertikal rotfraktur eller infraksjon. Pasienten opplevde smertene som lokalisert til molarregionen i andre eller tredje kvadrant, mens den faktiske årsaken var tann 21. Dette illustrerer hvor utfordrende det til tider kan være å identifisere hvilken tann som er opphav til smertene. Pasienter kan forveksle over- og underkjeve, men blander som regel ikke høyre og venstre side, ettersom disse innerveres av ulike nervebaner.

ENDO – FRA RIKTIG DIAGNOSE TIL BEHANDLING

Ved krone- og tannfrakturer er frakturlinjen ofte lokalisert distalt på tannen, ettersom tyggetrykket øker jo lenger bak i munnhulen man kommer. Nest etter distalflaten er mesialflaten mest utsatt. Frakturlinjer forekommer sjelden bukkalt eller lingualt. De kan strekke seg subgingivalt og utløse kraftige pulpittsmerter. Pasienten har ofte uforklarlig sensitivitet for varme og kulde, og smertene opptrer gjerne uforutsigbart. Prognosen er ofte usikker. CBCT er et nyttig verktøy for å kartlegge frakturlinjens utbredelse og alvorlighetsgrad. Diagnostikken er krevende, ettersom symptomene kan variere både i intensitet og lokalisasjon.

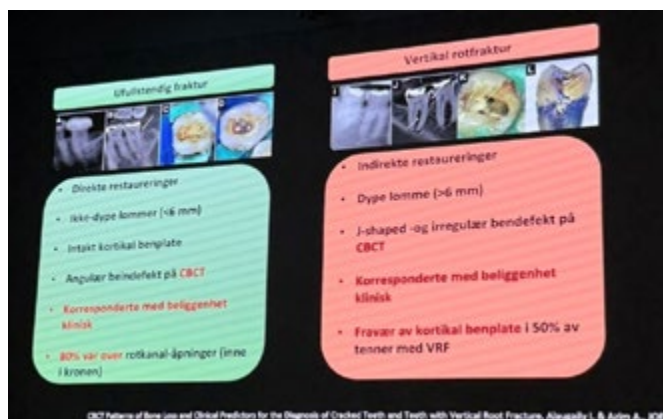
Vertikale rotfrakturer starter oftest apikalt og sprer seg koronalt. I motsetning til krone- og tannfrakturer er disse ofte lokalisert bukkalt eller lingualt. Vanlige utløsende årsaker er bruk av stift, tidligere utført rotbehandling eller parafunksjon. Et typisk CBCT-funn kan være manglende bukkal benlamell, noe som kan indikere en svært tynn og vanskelig påviselig sprekk i tannen. På konvensjonell røntgen kan man ofte se en karakteristisk

J-formet radiolusens, og i enkelte tilfeller kan selve frakturen være synlig på røntgen.

De fleste rotfrakturer er asymptomatiske. Studier viser at 54 prosent av pasientene ikke rapporterer om symptomer. Blant de som har symptomer, oppgir 81 prosent kuldesensitivitet, 35 prosent tyggebrevær og 28 prosent spontane smerter. Gjennomsnittsalderen for pasienter med tannfrakturer er 54 år. Hele 66 prosent oppgir tanngnissing eller press som mulig årsak, og 81 prosent rapporterer høyt stressnivå i hverdagen.

Totalt oppstår 82 prosent av frakturene i molarer, hvorav 59 prosent forekommer i underkjeven. Videre har 92 prosent av de affiserte tennene eldre restaureringer.

Ved diagnostikk anbefaler Zandi å starte med vurdering av bløtvev. Man bør se etter hevelse, pussdrenering/fistler eller andre patologiske funn. Deretter kontrolleres perkusjonsømheter og det utføres bitetest. Ettersom majoriteten av pasientene er kuldesensitive, anbefales grundig testing med kuldetest. Måling av lommedybde er en viktig del av undersøkelsen, og ulike fargetester kan også benyttes. En smal, lokalisert lomme dypere enn 6 mm er et sterkt tegn på rotfraktur hos pasienter uten periodontitt.



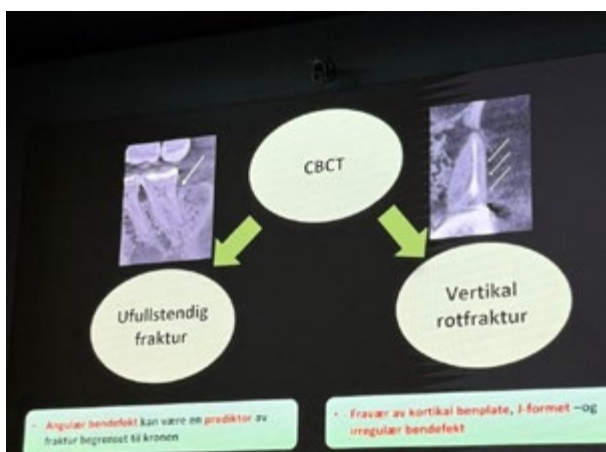
Illustrasjon Homan Zandi

Endo-perio lesjon

En endo-perio lesjon er en patologisk kommunikasjon mellom pulpal og periodontalt vev. Bakterieflooraen i slike infeksjoner tilsvarer den man finner ved periapikale lesjoner, og domineres av de samme fem phylaene som tidligere beskrevet.

Radiologisk ses tydelig beintap både apikalt og i furkasjonsområdet. Smertebildet er som regel lavgradig og kronisk. Tannen er ofte øm ved palpasjon og perkusjon, har økt mobilitet, og det kan forekomme eksudat fra periodontal lomme eller fistel.

Bakterier kan ha kommet inn i tannen via apikale foramina, aksessoriske kanaler eller dentintubuli. Studier viser at 27% av incisiver har laterale, sekundære eller aksessoriske kanaler, vanligvis lokalisert i den apikale tredje-



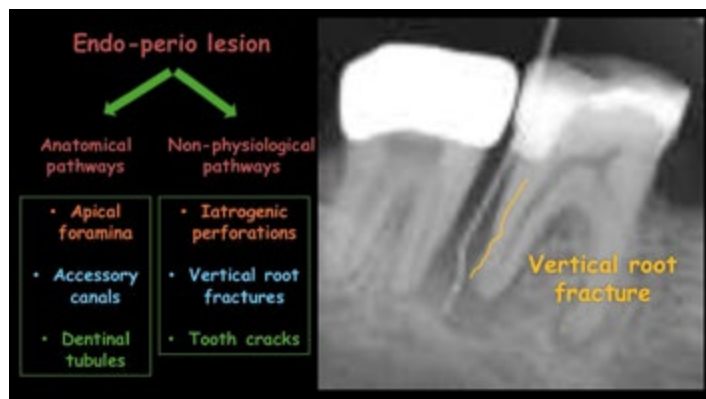
Illustrasjon Homan Zandi

ENDO – FRA RIKTIG DIAGNOSE TIL BEHANDLING

delen av roten. Hos molarer har 23% laterale kanaler, som oftest er lokalisert i den koronale tredjedelen av roten. Av disse stammer 80% fra den distale roten. Videre har 13% av molarene furkasjonskanaler, mens 10% har både laterale kanaler og furkasjonskanaler.

Endo-periodontal lesions																	
Endo-perio lesion with root damage	<ul style="list-style-type: none">• Root fracture or cracking• Root canal or pulp chamber perforation• External root resorption																
Endo-perio lesion without root damage	<table border="1"><thead><tr><th>Endo-perio lesion in periodontitis patients</th><th>Grade 1</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>Narrow deep periodontal pocket in 1 tooth surface</td></tr><tr><th>Grade 2</th><td>Wide deep periodontal pocket in 1 tooth surface</td></tr><tr><th>Grade 3</th><td>Deep periodontal pockets in >1 tooth surface</td></tr></tbody></table> <table border="1"><thead><tr><th>Endo-perio lesion in non-periodontitis patients</th><th>Grade 1</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>Narrow deep periodontal pocket in 1 tooth surface</td></tr><tr><th>Grade 2</th><td>Wide deep periodontal pocket in 1 tooth surface</td></tr><tr><th>Grade 3</th><td>Deep periodontal pocket in >1 tooth surface</td></tr></tbody></table>	Endo-perio lesion in periodontitis patients	Grade 1		Narrow deep periodontal pocket in 1 tooth surface	Grade 2	Wide deep periodontal pocket in 1 tooth surface	Grade 3	Deep periodontal pockets in >1 tooth surface	Endo-perio lesion in non-periodontitis patients	Grade 1		Narrow deep periodontal pocket in 1 tooth surface	Grade 2	Wide deep periodontal pocket in 1 tooth surface	Grade 3	Deep periodontal pocket in >1 tooth surface
Endo-perio lesion in periodontitis patients	Grade 1																
	Narrow deep periodontal pocket in 1 tooth surface																
Grade 2	Wide deep periodontal pocket in 1 tooth surface																
Grade 3	Deep periodontal pockets in >1 tooth surface																
Endo-perio lesion in non-periodontitis patients	Grade 1																
	Narrow deep periodontal pocket in 1 tooth surface																
Grade 2	Wide deep periodontal pocket in 1 tooth surface																
Grade 3	Deep periodontal pocket in >1 tooth surface																

Illustrasjon Homan Zandi



Illustrasjon Homan Zandi

Andre årsaker til endo perio lesjoner inkluderer iatrogene perforasjoner, for eksempel borskader, samt vertikale rotfrakturer og krone eller tannfrakturer.

Zandi påpeker at det er fullt mulig å gjennomføre endodontisk og periodontal behandling samtidig. Tidligere var praksis å utføre endodontisk behandling først og deretter avvente i flere måneder før periodontal behandling ble igangsatt, men dette anses ikke lenger som nødvendig.

I tillegg til den teoretiske gjennomgangen presenterte Zandi en rekke spennende kliniske kasus, som ikke er gjengitt her.

Oslo Tannlegeforening retter en stor takk til Homan Zandi for et usedvanlig interessant, lærerikt og inspirerende kurs. Med solid faglig tyngde, klinisk erfaring og engasjerende formidling ga han deltakerne verdifull innsikt som vil komme både behandlere og pasienter til gode. Kurset ble svært godt mottatt, og vi takker for et faglig løft av høy kvalitet.

Svein Dahlen, OTF-nytt redaksjonen

VIL DU VÆRE UTSTILLER PÅ VÅRE MEDLEMSKURS?

- Oslo Tannlegeforening (OTF) arrangerer 5 kurs årlig med 200-300 tannleger på hvert kurs.
- Kursene holdes sentralt i Oslo.
- Dette er en unik mulighet til å nå ut til din målgruppe!

Kontakt oss i dag: otf@oslotann.no

[Klikk for å se priser og datoer på våre nettsider](#)

www.oslotann.no



BILDER FRA OTFs HELDAGSKURS 14. NOVEMBER

FOTO: SILJE BACH, ØYSTEIN THOMASSEN OG TINE BERG

Det var god stemning på årets heldagkurs med engasjert foreleser, medlemmer og utstillere.

Vi lar bildene tale for seg selv.

Ønsker du bilder fjernet, kontakt oss på otf@oslotann.no.

Takk til alle som deltok!



Engasjert styre og fagnemnd sammen like engasjert foreleser.

Bakerst fra venstre: Erland F. Jensen, Martin Hoftvedt, Silje Bach, Elisabeth Jærger, Øystein Thomassen, Sindre Hovland og Svein Dahlen.

Foran fra venstre: Toma Betancour, Homan Zandi og Karen Fredriksen.

BILDER FRA OTFs HELDAGSKURS 14. NOVEMBER



BILDER FRA OTFs HELDAGSKURS 14. NOVEMBER



BILDER FRA OTFs HELDAGSKURS 14. NOVEMBER



BILDER FRA OTFs HELDAGSKURS 14. NOVEMBER



BILDER FRA OTFs HELDAGSKURS 14. NOVEMBER



BILDER FRA OTFs HELDAGSKURS 14. NOVEMBER



ALIGNERE - EN GJENNOMGANG FRA A TIL B

Forelesere: Tord Hamran og Peter Netland

OTFs medlemskurs 27. januar 2026, Stortingsgata Kurs & Konferanse

Tekst: Azadeh Taftian Foto: Sheeba Kumar



Tord Hamran



Peter A. Netland

Tirsdag 27. januar ble årets første medlemskurs arrangert for fullsatt sal. Før kveldens faglige program informerte leder Silje Bach om at OTF i år stiller med hele tre lag i Holmenkollstafetten på grunn av stor etterspørsel, og oppfordret flere medlemmer til å melde seg på.

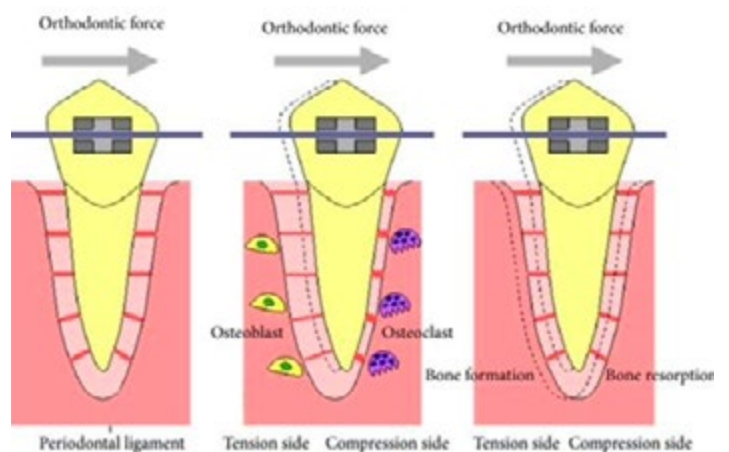
Kveldens foredragsholdere var kjeveortoped Tord Hamran og spesialistkandidat i kjeveortopedi Peter A. Netland. Tord Hamran driver privat praksis sentralt i Oslo og er i tillegg universitetslektor ved Det odontologiske fakultet. Netland er spesialistkandidat i kjeveortopedi og har siden 2024 hatt en 50 % stilling ved TkØ og 50 % ved Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet for munnhelse.

Hva er alignere?

Alignere er gjennomsiktige plastskiner der hver enkelt skinne forflytter tennene omtrent 0,1-0,25 mm og 1-2 graders rotasjon. Hver aligner brukes vanligvis i én til to uker, og de fleste behandlinger krever flere runder med skinner. Total behandlingstid er ofte sammenlignbar med fast apparatur, men

den biomekaniske tilnærmingen er vesentlig annerledes. Alignere kan betraktes som et lukket system, der kraften er «pakket inn» i skinnen, i motsetning til fast apparatur som fungerer som et åpent system.

Kjeveortopedisk tannforflytning er avhengig av korrekt kraftpåføring. Kraften skaper en trykksone og en strekksone rundt tannroten. Osteoklaster aktiveres i trykksonen, mens osteoblaster aktiveres i strekksonen. Dette utløser en kaskade av signalmolekyler som til slutt fører til tannforflytning. Selve forflytningsprosessen tar omtrent én til to uker. Derfor skal man ha den aller første alignerskinnen i to uker. Det er verdt å merke seg at signalmolekylkaskaden etableres i løpet av 4-6 timer, og derfor bør man unngå å ta skinnen ut og inn relativt ofte.



Fremgangsmåte - hvor starter man?

Behandlingen starter med en grundig pasientundersøkelse. Det vurderes om pasienten har god munnhygiene, fravær av karies og stabile periodontale forhold. Forventningsavklaring er også et sentralt punkt tidlig i prosessen. Den kliniske undersøkelsen omfatter vurdering av ansiktet forfra og i profil, leppelinje, eventuelle funksjonsavvik og asymmetrier, samt plassforhold. Her brukes samlebetegnelsen SVT, som står for sagittale, vertikale og transversale relasjoner.

ALIGNERE - EN GJENNOMGANG FRA A TIL B

- Overbitt og underbitt går under sagittale relasjoner.
- Kryssbitt og saksebitt går under transverse relasjoner
- Åpent bitt og dypt bitt går under vertikale relasjoner.

Vurdering av angle klasse er også viktig her.

Når vi er ferdig med den kliniske undersøkelsen, går vi videre til **dokumentasjon**. Her tar vi intra-og ekstraorale bilder, OPG, CEPH, og gjerne apikalbilder av fortennene. Det er i hovedsak tre viktige bilder å inkludere når man tar ekstraorale bilder av pasienten: forfra, smilebilde og profil. Ekstraorale bilder kan benyttes til å vurdere asymmetrier. Man bruker CEPH til å vurdere blant annet skeletale relasjoner og proklinasjon av fortenner. Videre scanner man pasienten eller tar avtrykk til gipsmodeller.

HELFO

Voksne pasienter kan få HELFO-refusjon. Det er ingen aldersgrense hverken for gruppe A eller punkt 4.

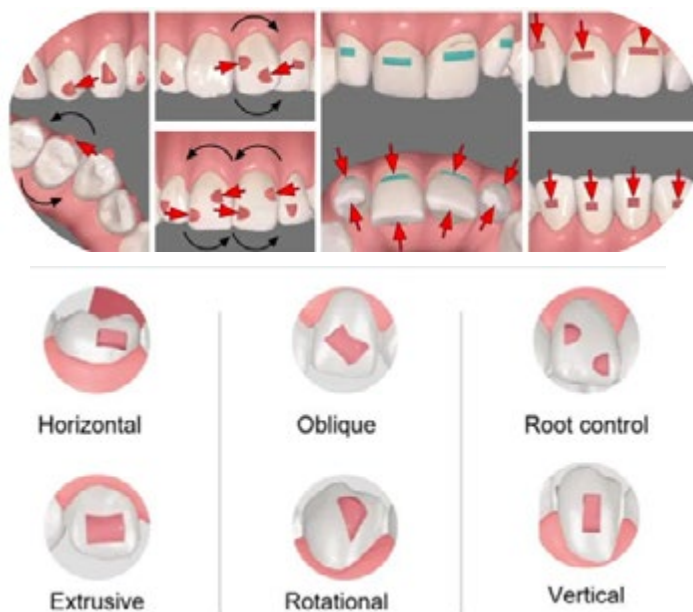
- Gruppe A gjelder LKG, medfødt og ervervet kraniofacial lidelse og bittavvik som krever ortognatisk kirurgi.
- Punkt 4 gjelder kjeveortopedisk behandling ved marginal periodontitt, i forbindelse med tannskade ved godkjent yrkesskade, tannskade ved ulykke og kjeveortopedisk behandling ved tannagenesi (punkt 7C).

Ved marginal periodontitt er det ikke et krav at tenner har gått tapt som følge av tilstanden. Tannagenesi i front gir livslang refusjon, forutsatt god og grundig dokumentasjon.

Praktiske forhold ved alignerbehandling

De fleste type materialene på alignere er termoplastiske plater. Mange av leverandørene tilbyr kombinasjoner. Behandlingsoppsettet kan være KI-generert eller utført av teknikere. Det er i utgangspunktet ikke tannleger eller kjeveortopedier som setter opp behandlingsplanen, men de er oftest tilgjengelig på

support. Behandleren mottar en behandlingsplan med antall alignere, oversikt over nødvendige attachments og hvilke tenner som krever IPR (interproksimal reduksjon). Det finnes ulike typer attachments avhengig av leverandør. Tord Hamran påpeker her at det er mest utfordrende å få til vertikal kontroll med alignere, med unntak av åpent bitt, og foretrekker derfor vertikale klosser.



Forutsigbarhet ved alignerbehandling

Studier viser varierende resultater, men generelt oppnås rundt 50 % av planlagt tannforflytning. Behandlingen er mest forutsigbar i løpet av de første 30 alignerne, og de fleste pasienter vil ha behov for korrigerende skinner.

Distalisering er en av de mest brukte og forutsigbare bevegelsene med alignere. Tord Hamran understreker her viktigheten av bruk av strikk ved distalisering. Forsøk på å distalisere 6- og 7-ere uten strikk øker risikoen for at fronten beveger seg fremover i tilsvarende grad. Ekspansjon er også ganske forutsigbart i en alignerbehandling.

Forutsigbarhet i kronologisk rekkefølge

Distalisering (88%), ekspansjon (80%), torque (52%), intrusjon (46%), tipping (41%), rotasjon (36%), ekstrusjon (30%)

ALIGNERE - EN GJENNOMGANG FRA A TIL B

Fordeler og ulemper med alignere

Fordeler ved alignerbehandling er først og fremst bedre estetikk. Pasientene rapporterer ofte økt komfort og enklere opprettholdelse av god munnhygiene, samt færre klinikkbesøk. I motsetning til fast apparatur er det mulig å distalisere molarer med alignere. Alignere egner seg også godt ved behandling av åpne bitt. Intrusjon av molarer og premolarer er mulig, men det anbefales å ikke intrudere mer enn to tenner om gangen. Bevegelser som innebærer «dytting» gir generelt gode resultater med alignere.

Ulemper med alignere er at det krever svært god compliance fra pasienten. Skinnene anbefales å brukes 22 timer i døgnet. Skinner kan mistes under behandlingen og må tas ut ved måltider og ved inntak av drikke. Produksjonen innebærer også betydelige mengder plastavfall. Per i dag finnes det ingen gode resirkuleringsløsninger for de printede modellene. Det finnes også behandlingsmessige begrens-

ninger, særlig knyttet til torque og rotkontroll, større rotasjoner, rene vertikale bevegelser samt lukelukning.

Implantater og alignere

Implantater kan ikke flyttes kjeveortopedisk, men kan fungere som anker eller forankring ved flytting av andre tenner i forbindelse med alignerbehandling.

Azadeh Taftian, OTF-nytt redaksjonen

Stor takk til alle utstillere som bidro
til hyggelig stemning på medlemkurset 27. januar 2026!



BILDER FRA MEDLEMSKURSET 27. JANUAR 2026

FOTO: SHEEBA KUMAR



VESTLANDSMØTET 14.-16. JANUAR 2026

Tekst og foto: Silje Bach

OTF var så heldige å bli invitert til Vestlandsmøtet 2026 av våre hyggelige kolleger i Bergen tannlegeforening (BTF). Fire styremedlemmer fikk derfor gleden av å delta på et flott fagprogram inkludert hands-on kurs, og sosiale festligheter med både kolleger og utstillere.

Onsdag ettermiddag reiste vi fra snøfall i Oslo til mildere vær og regnbyger i Bergen. Nytt av året var at møtet i sin helhet skulle finne sted på Quality Hotel Edvard Grieg, kun 10 minutters kjøring fra Flesland lufthavn. Vi sjekket inn, og deretter var det duket for vorskpielafte med BTFs styre, fagkomité, festkomité, foredragsholdere og spesielt inviterte. Nydelig middag ble servert, og det ble både velkomsttale ved formann Solveig Ystgaard, og takk for maten-tale ved Kristian Blystad Houge fra fagkomiteen.

Torsdag

Torsdag morgen startet med nydelig frokost



før møtet ble åpnet med et kunstnerisk innslag med gitarspill. Deretter ønsket formann Solveig velkommen, før NTFs president også fikk si noen ord – blant annet om beredskap.

På første kursdag var det ergonomi, oral medisin og endodonti på planen. Fysioterapeut Marie Jalkanen varmet opp forsamlingen både psykisk og fysisk, og fikk blodomløpet i gang. Delt sadelstol som ikke gir uønsket trykk mot underlivet var åpenbart tingen, og stramme klær med dårlig pusteevne var ikke det.

Deretter ble vi av Øyvind Goksøyr, spesialist i oral kirurgi og oral medisin, loset gjennom det postoperative forløpet hos en fiktiv pasient med en odontogen infeksjon – med fokus på hva som er å forvente, og når og hvordan vi skal gripe inn.

Resten av dagen tilhørte scenen Dr. Sam Kratchman, spesialist i endodonti og førsteamanuensis ved Penn Dental Medicine, University of Pennsylvania. Han foreleste om endodonti tilpasset tennenes anatomi, håndtering av infraksjoner, endo-perio-lesjoner og revisjoner.

Parallelt med dette fagprogrammet ble det holdt ulike hands-on kurs, som deltakerne kunne delta på uten ekstra kostnad. Man kunne velge mellom endodonti med Dr. Sam Kratchman og elektrokirurgi med tannlege Esben R. Kardel.

Festaften

På kvelden var det duket for festaften med rekordmange påmeldte. BTFs formann åpnet begivenheten, og salen ble raskt fylt av god, summende stemning. Bjørn Tomren med band leverte strålende underholdning gjennom hele kvelden, og det ble servert nydelig mat med god drikke til.



En photo booth med diverse accessoarer ble hyppig benyttet, og førte til mye latter blant de avbildede.

Det ble også rikelig med aktivitet på dansegulvet utover kvelden.

Fredag

Fredag morgen ventet også en nydelig frokost, som var nødvendig etter foregående kvelds festligheter. Noen hadde fått mer nattesøvn enn andre, men deltakerne møtte blide og fornøyde til en ny dag med faglig påfyll.

Programmet startet med foredraget «Et lett bitt på et tungt tema» med Torgils Lægred og Christine Jonsgar, som omhandlet skånsom behandling av tannslitasje. Deretter kunne spesialist i kjeveortopedi, Kasper Dahl Kristensen, lære oss mer om retensjon, og hvordan man skal følge opp retainere i allmennpraksis. Til slutt fikk Ewa Neset, spesialist i oral protetikk, runde av fagprogrammet med å snakke om etsebroer.

Det var også egne kurs for tannhelseteamet hele fredagen, i tillegg til nye hands-on kurs. Spesialist i endodonti, Elisabeth Samuelsen, foreleste og instruerte i revidering av rotfyllinger. Kurset ble sponset av Technomedics, og Karina Steen var som alltid veldig blid og behjelpelig med alt av utstyr underveis. Samtidig holdt Stefan Hauptig, overlege innen anestesi og intensivmedisin, kurs om tannbehandling i narkose.

Et par av oss fra OTF var så heldige å få delta på hands-on kurset i revidering av rotfyllinger på fredagen. Det var et veldig bra og lærerikt kurs hvor vi fikk teste utstyr og produkter gjennom instrumentering og rotfylling av plasttenner.

Til slutt ble møtet formelt avsluttet, og det ble delt ut fine premier i konkurransen hvor man skulle besøke de ulike utstillerne.

Vi har hatt noen fantastisk fine dager, og er imponerte over gjestfriheten til BTF og kvaliteten på arrangementet. Vi tar med oss mange gode minner, forbindelser og erfaringer som skal inkorporeres videre i vårt eget kursstilbud. Det er bare å legge inn Vestlandsmøtet 2027 i kalenderen allerede. Tusen takk for et flott arrangement!

På vegne av styret i OTF

Silje Bach

BLI BEDRE KJENT MED JON ARNE GANGVIK-ØSTGÅRD

nyvalgt leder i Sentralt Næringsutvalg (SNU)

Tekst: Svein Dahlen Foto: Privat



Jon Arne Gangvik-Østgård.

I forbindelse med NTFs næringspolitiske forum i september 2025 ble det valgt nye medlemmer til Sentralt næringsutvalg (SNU). Jon Arne Gangvik-Østgård ble valgt til ny leder. Utvalget skal løfte aktuelle næringspolitiske

saker og fungere som høringsinstans for NTFs hovedstyre i spørsmål som berører selvstendig næringsvirksomhet og den private tannhelsesektoren. Med en funksjonstid på to år og en ny leder på plass, ønsker OTF-nytt å presentere Gangvik-Østgård for hovedstadens tannleger.

Hvem er Jon Arne Gangvik-Østgård?

— Jeg er en aktiv kar fra Fredrikstad som begynner å få mange års erfaring som privatpraktiserende tannlege. Min hjemby er Fredrikstad, hvor jeg nå også bor og praktiserer.

Etter videregående ble det Forsvaret i to år, deretter satte jeg kursen for Trondheim og studier ved NTH (NTNU). Etter 3 år der tok jeg studiepermisjon og jobbet i Brann & redningsetaten. I løpet av det året møtte jeg min kone som da bodde i Oslo, og Trondheim ble byttet med odontologistudier ved UiO. Etter endt studietid flyttet vi tilbake til min hjemby, der vi fikk tre barn som nå er flyttet ut og er i studier/jobb. Som tannlege har jeg hele tiden jobbet privat, som kontraktør, partner i praksisfellesskap og som praksiseier i egen praksis. Jeg har også jobbet 2 år på deltid i DOT. En del år senere ble det periodevis

pendling til NTNU for å fullføre mastergrad.

På fritiden er jeg en ivrig kitesurfer, er glad i friluftsliv og turer med sekk, bål og telt, og har alltid hatt en spesiell forkjærlighet for sjø og vann. Som praksiseier engasjerte jeg meg tidlig i de utfordringene som denne gruppen står i. Jeg kom derfor aktivt med i styret i Praksiseierforeningen hvor jeg var med i flere år, både som styremedlem, nestleder og leder. Der møtte jeg mange andre inspirerende praksiseiere, og vi ble et talerør for de utfordringene gruppen stod i. Samtidig som vi delte erfaringer og inspirerte hverandre. Praksiseierforeningen gikk etter noen år over til TIPS og mistet da etter min mening, noe av sin identitet. Jeg ble spurt om jeg kunne tenke meg å stille til valg i SNU. Det ble en "flying" start, rett inn i pandemien og mange utfordringer med å argumentere for de problemene privat tannhelsesektor ble kastet ut i. Vi måtte finne forslag til løsninger som kunne være til hjelp. I forrige periode satt jeg som nestleder i SNU.

Min motivasjon til å ta ledervervet er den spennende tiden vi nå går inn i. Det har vel aldri skjedd så mye rundt tannhelse som akkurat nå, og det vil jeg gjerne være med på å kunne påvirke utgangen av. Det blir en krevende tid med nær like mange meninger som det er tannleger. Å innfri alle blir helt sikkert umulig, men sammen med et sterkt SNU skal vi i hvert fall presse på der vi kan for at privat sektor blir tatt hensyn til i de omveltningene som nå er på trappene.

I yngre år studerte du industriell økonomi ved NTNU. Hva gjorde at du valgte å bli tannlege i stedet? Har du som praksiseier hatt nytte av denne utdanningen?

— Ja, det stemmer, det ble 3 år ved NTNU før jeg startet på tannlegestudiene. Hvorfor det ble som det ble, er nok litt tilfeldig. Jeg savnet den gangen noe av spenningen fra Forsvaret og ville ta et friår. Det ble "mange"

BLI BEDRE KJENT MED JON ARNE GANGVIK-ØSTGÅRD

friår, kone, barn og tannlegeutdanning før jeg kom meg tilbake til NTNU. Uansett har jeg hele tiden stortrives som tannlege. Jeg liker å jobbe med både hodet og hendene, drive min egen virksomhet og ha et fritt og fint liv her lokalt nær sjø og fritidsinteresser. I tillegg trives jeg med å jobbe med mennesker, treffe mange ulike personer og bli kjent med deres erfaringer og historier. Men ingen kunnskap er "vond å bære", så tiden ved NTNU har gitt meg kunnskap jeg ellers ville vært foruten. NTNU er et spennende universitet, med mange inspirerende fagfelt og personer. Først og fremst lærte jeg meg "språket" til økonomene /teknologene. Sammen med det helsefaglige har det vist seg å være nyttig også som praksiseier. Rent praktisk har det gitt meg god økonomiforståelse rundt det å drive egen praksis, samt gjort meg uavhengig av dyre IT-konsulenter i den daglige driften.

Du etablerte Balder tannklinikk i 2002 etter å ha jobbet en periode i et større klinikkfelleskap. Kan du fortelle litt om hverdagen til en praksiseier?

— Å være praksiseier gir en ekstra dimensjon til tannlegeyrket. Jeg opplever at mange i min generasjon har hatt et for sterkt fokus på det negative ved rollen. Ja, det innebærer mer ansvar knyttet til økonomi, personal og regelverk, men det er også svært lærerikt og givende.

For meg har praksiseierrollen vært avgjørende for at jeg fortsatt trives så godt i faget. Muligheten til å styre egen hverdag, ta egne beslutninger og utvikle virksomheten gir både motivasjon og arbeidsglede. Jeg er like opp-tatt av drift, økonomi og utvikling som av selve tannbehandlingen.

Roller gir også et viktig samfunnsperspektiv. Tannlegeyrket blir for meg fort litt for smalt dersom jeg kun skulle fokusere på kliniske detaljer. Å drive egen praksis gir innsikt i rammevilkår, arbeidsliv og økonomi. De investoreide kjedene markedsfører ofte praksiseierskap som «det kjedelige», men jeg mener dette først og fremst handler om å sikre egen vekst. Jeg ønsker å løfte frem hvor givende det er å eie og drive egen klinikk, faglig, personlig og økonomisk. Jeg håper fremtidige generasjoner tannleger fortsetter å se verdien i dette.

Den private tannhelsetjenesten har utviklet seg betydelig siden den gang, med fremvekst av større og mer robuste kjeder. Hvilke tanker har du om eierstruktur, markedsdominans og den privatpraktiserende tannlegens plass i dagens system?

— Det er selvsagt bekymringsfullt med for stor markedsrett til noen store aktører, men jeg tror at det fremdeles finnes plass til de mindre tannlegeide praksisene. Når det

VIL DU VÆRE UTSTILLER PÅ VÅRE MEDLEMSKURS?

- Oslo Tannlegeforening (OTF) arrangerer 5 kurs årlig med 200-300 tannleger på hvert kurs.
- Kursene holdes sentralt i Oslo.
- Dette er en unik mulighet til å nå ut til din målgruppe!

Kontakt oss i dag: otf@oslotann.no

[Klikk for å se priser og datoer på våre nettsider](#)

www.oslotann.no



BLI BEDRE KJENT MED JON ARNE GANGVIK-ØSTGÅRD

gjelder kontraktører i de store investoreide kjedene har vi begynt å se på om det for flere på sikt kanskje ville være best heller å være ansatt fremfor å være kontraktør.

Kontraktøravtalen stammer jo fra en tid hvor kontraktører på sikt ville ha en mulighet til å gå inn på eiersiden i praksisen. Denne muligheten finnes ikke i de store investoreide kjedene og de aktuelle tannlegene vil måtte stå i en kontraktøravtale hele sin yrkeskarriere. Ved bortfall av sykehjepsordningen for tannleger er en del av sikkerheten for denne gruppen nå også borte, og det blir viktig å ta hensyn til dette når avtaler skal inngås. Dessuten er stillingsvernet dårligere, noe som blir viktig desto eldre tannlegen blir.

Når det er sagt, vil jeg som praksiseier i en mindre praksis, foretrekke å ha kontraktører og ikke ansatte tannleger. Men her er det også en mulighet å komme inn på eiersiden, noe som vil være en fordel for den/de rette.

For mange pasienter er du kjent som en tannlege med stort engasjement for teknologiske nyvinninger og behandling av odontofobi. Kan du fortelle litt om dette engasjementet?

— Jeg har en sterke interesse for teknologiske nyvinninger og mulighetene dette gir. Godt verktøy er halve jobben, og jeg misliker å være i en situasjon hvor jeg vet at jeg kunne ha løst oppgaven bedre med bedre verktøy. Samtidig gir det motivasjon og glede ved å gå på jobb og ikke gjøre akkurat det samme år ut og år inn, men ved å utvikle seg og ta ny teknologi i bruk. Jeg synes rett og slett det er ekstra stimulerende å jobbe med godt og oppdatert utstyr. Og å se mulighetene som ligger i ny teknologi. Når det er sagt, har jeg blitt mer opptatt av at det også skal gi en merverdi, enten i form av ekstra arbeids glede eller økt inntjening. Ellers er jeg ikke like interessert i å bruke ekstra midler kun for at noe er nytt.

Behandling av odontofobi startet vel ved at jeg begynte med noen utfordrende pasienter som nyutdannet tannlege som de andre i praksisen helst så at noen andre behandlet. Jeg opplevde stor glede ved å lykkes med disse, det ga en ekstra dimensjon i forhold til en mer "rett frem pasient". I dag tilbyr vi både behandling med lystgass og generell anestesi.



Sentralt Næringsutvalg 2026 - valgt på Næringspolitisk forum 2025. Foto: NTF

Et sentralt spørsmål i reformarbeidet er hva som skal regnes som nødvendig tannbehandling. Hva mener du bør inngå i en slik definisjon, og hvilke tjenester bør omfattes av en universell ordning?

— Fra mitt ståsted er det viktigste for meg at privat sektor forblir en vesentlig faktor i denne tannhelse reformen. Gjennom årtier er det bygd opp betydelig kompetanse og lagt ned store investeringer. Dette må bli med videre på en fornuftig måte som sikrer de økonomiske vilkårene til alle de som i dag er den del av privat sektor.

Når vi kommer til hva som skal regnes som nødvendig behandling, bør det være rom for faglige vurderinger av den enkelte tannlege innenfor gitte rammer. Jeg ønsker på ingen måte at vi skal få retningslinjer som f.eks. legger begrensninger for hvilke tenner som kan endobehandles ol. Dersom det skal defineres noen avgrensninger for nødvendig tannbehandling, tror jeg det er naturlig at de odontologiske lærestedene ved universitetene, bør være stedet hvor en slik linje trekkes.

Det arbeides med tre modeller for å likestille tannhelsetjenester med øvrige helsetjenester. Modellene inkluderer blant annet prisregulering gjennom takstsystem, innlemmelse i egenandelsordningen og en frikortordning. Mange tannleger uttrykker uro for økt regulering,

særlig knyttet til streng prisregulering. NTF har tidligere tatt til orde for å utrede slike tiltak. Hvilke forventninger har du til resultatene av en slik utredning, og hvordan vil du forholde deg til en eventuell konklusjon som er ugunstig for tannlegene?

— Jeg er positiv til at tannhelsetjenester i større grad likestilles med øvrige helsetjenester. Dette må skje gjennom offentlig finansiering av tannhelse, ikke gjennom en utvidelse av Den offentlige tannhelsetjenestens behandlingsansvar eller rolle. Likestilling må forstås som en finansieringsmessig likestilling, ikke som en endring i organisering eller drift av tjenestene.

Hva er ditt syn på utformingen av en eventuell frikortordning og nivået på egenandeler?

— Når det gjelder en eventuell frikortordning, mener jeg at denne må utformes slik at den ikke fører til en overføring av pasientgrupper fra privat tannhelsetjeneste til DOT. Ordningen bør i stedet sikre økonomisk tilgang til behandling der pasientene allerede mottar sitt tilbud i dag. Offentlig finansiering bør derfor følge pasienten, samtidig som behandlingen for de aktuelle pasientgruppene fortsatt utføres i privat sektor.

HUSK Å BETALE ÅRETS MEDLEMSKONTINGENT TIL OTF!



Som MNTF betaler du medlemskontingent både til NTF og den lokalforening du har ditt pliktmedlemskap i.

Oslo Tannlegeforening (OTF) sendte deg faktura på epost / efaktura for medlemskontingent 6. februar.

Takk for at du betaler denne i tide slik at vi kan fortsette å arrangere gode kurs og aktiviteter for våre medlemmer.

[Les mer om medlemskapet i NTFs vedtekter](#)

[Ler mer om OTFs medlemskontingent](#)

BLI BEDRE KJENT MED JON ARNE GANGVIK-ØSTGÅRD

Det er etter mitt syn avgjørende at en frikortordning ikke innebærer noen utvidelse av DOTs behandlingsansvar til nye pasientgrupper. DOT må konsentrere sine ressurser om de lovpålagte gruppene de allerede har ansvar for, og ikke overta behandling av voksne og eldre pasienter som i dag i hovedsak behandles i privat sektor. Samtidig må pasientenes valgfrihet innen privat sektor ivaretas, og ordningen må ikke utformes slik at pasienter i praksis presses over i DOT gjennom økonomiske eller strukturelle virkemidler.

Når det gjelder nivået på egenandeler og frikortgrense, mener jeg at disse må settes slik at de reelt reduserer økonomiske barrierer for pasientene, uten å skape insentiver som fører til overføring av pasienter til DOT. Nivåene må fastsettes på bakgrunn av faktiske behandlingstkostnader i privat praksis, og ikke baseres på normerte takster som underfinansierer behandlingen.

En bærekraftig frikortordning forutsetter derfor en tydelig rolleavklaring, hvor DOT viderefører sitt nåværende samfunnsoppdrag, samtidig som offentlig finansiering brukes til å sikre pasientenes tilgang til tannbehandling i privat sektor.

SNU vil møte en eventuell konklusjon som er ugunstig for tannlegene på en konstruktiv, men tydelig måte. Vi vil være klare på hvilke konsekvenser dette kan få for både tannleger og pasienter, og aktivt følge opp saken gjennom dialog og påvirkning. SNU vil ta initiativ til å synliggjøre utfordringene og arbeide for nødvendige justeringer, med mål om å sikre bærekraftige rammevilkår for tannlegene i privat sektor.

Tannhelsesloven er utvidet i flere omganger gjennom lovfesting av rett til tannbehandling for nye pasientgrupper. Hvilke tanker har du om disse utvidelsene, og hvilke erfaringer har du gjort deg med utvidelse av gruppe D for aldersgruppen 20 til 28 år?

Hvordan opplevde du dette som privatpraktiserende tannlege, og har du synspunkter på hvilke grupper som bør prioriteres først i en eventuell reform?

— Utvidelsene av tannhelsesloven har i stor grad vært godt ment, men den har i for liten grad vært helhetlig vurdert opp mot kapasitet, rollefordeling og konsekvenser for privat tannhelsetjeneste.

Innføringen av gruppe D for aldersgruppen 20–28 år er et godt eksempel på dette. Intensjonen om å bedre tannhelsen hos unge voksne er god, men gjennomføringen har vært problematisk. Ordningen har flyttet en pasientgruppe som i all hovedsak ble behandlet i privat sektor, over til Den offentlige tannhelsetjenesten, uten at DOT samtidig har fått tilført tilstrekkelig kapasitet. For privatpraktiserende tannleger har dette ført til tap av pasientgrunnlag, svekket forutsigbarhet og redusert kontinuitet i pasientbehandlingen.

Som privatpraktiserende tannlege opplevdes dette som et tydelig brudd med den etablerte behandlingsstrukturen i norsk tannhelsetjeneste. I stedet for å bruke offentlig finansiering til å sikre pasientenes tilgang til behandling der de allerede gikk, ble ordningen organisert slik at DOT tok over behandlingsansvaret. Det har etter mitt syn ikke vært til pasientenes beste, og heller ikke samfunnsøkonomisk rasjonelt.

Ved en eventuell videre reform må dette skje gjennom offentlig finansiering av tannhelse, ikke gjennom ytterligere utvidelse av DOTs behandlingsansvar. Privat tannhelsetjeneste må fortsatt være hovedleverandør for voksne pasienter, med finansieringsordninger som følger pasienten og sikrer valgfrihet, kapasitet og bærekraft i hele tjenesten.

En tannhelsereform bør etter mitt syn ha et universelt utgangspunkt. Å dele befolkningen inn i prioriterte grupper kan fremstå hensiktsmessig på kort sikt, men innebærer en reell

BLI BEDRE KJENT MED JON ARNE GANGVIK-ØSTGÅRD

risiko for at reformen stopper underveis og ikke blir gjennomført i tråd med intensjonen. Resultatet kan bli et fragmentert og uforutsigbart system, et lappverk, fremfor en helhetlig og bærekraftig ordning.

Dersom en gradvis utvidelse likevel blir den politiske veien videre, bør de første tiltakene rettes mot pasientgrupper med størst og best dokumentert behov. Det gjelder særlig eldre, personer med rusproblemer, psykiatri og personer med funksjonsnedsettelse.

Økonomi bør etter mitt syn ikke være et hovedkriterium for rett til tannbehandling dersom målet er en reell helsetjenestereform. Tilgang til nødvendige tannhelsetjenester bør i prinsippet baseres på helsebehov, på linje med øvrige helsetjenester. Samtidig kan økonomiske forhold være et relevant prioriteringshensyn i en overgangsfase dersom reformen innføres gradvis. I så fall må dette forstås som et midlertidig virkemiddel for å sikre tilgang, ikke som et bærende prinsipp for organiseringen av tannhelsetjenesten. Rene økonomiske støtteordninger til enkeltgrupper hører derfor primært hjemme i

sosialpolitikken, ikke som grunnstruktur for en framtidig tannhelsetjenestereform.

Hvordan ser du for deg at et samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste bør organiseres i fremtiden?

— Erfaringene fra innføringen av rettighetene for aldersgruppen 20–28 år har vist at den offentlige tannhelsetjenesten i mange fylker ikke har hatt tilstrekkelig kapasitet til å gi et reelt tilbud til alle som omfattes av ordningen. For mange ble dette i praksis en rettighet uten tilgjengelig behandling. Løsningen har flere steder vært å benytte privat tannhelsetjeneste for å håndtere kapasiteten, noe som tydelig synliggjør privat sektors sentrale rolle i fremtidige ordninger.

SNU mener at dette peker mot et viktig prinsipp for videre utvikling av tannhelsetjenesten: Privat sektor bør fortsette å levere de tjenestene den allerede leverer i dag, men innenfor ordninger med offentlig finansiering. Vi er derfor tydelige på at nye pasientgrupper ikke bør legges inn under den offentlige tannhelsetjenesten som utførende tjeneste,



Festningen Tannklinikk



Festningen Tannklinikk tilbyr spesialister i:

- Endodonti
- Oral protetikk
- Kjeve- og ansiktsradiologi
- Oralkirurgi og oral medisin

Vi har CBCT. Vi er kjent for å ha kort ventetid. Vi holder til sentralt i Nedre Vollgate 1 med kort vei til all offentlig kommunikasjon. Vi har økt kapasitet og kan yte rask og sikker service til våre henvisere.

Festningen Tannklinikk
hei@festningentannklinikk.no
www.festningentannklinikk.no
Nedre Vollgt. 1
Tlf: 22 91 02 90



Festningen

BLI BEDRE KJENT MED JON ARNE GANGVIK-ØSTGÅRD

samtidig som privat sektor mister sitt pasientgrunnlag. En slik utvikling vil svekke bærekraften i privat tannhelsetjeneste og er etter vårt syn verken hensiktsmessig eller nødvendig.

Det er derfor avgjørende å skille klart mellom offentlig tannhelsetjeneste og offentlig finansiert tannhelsetjeneste. Offentlig finansiering må ikke automatisk bety offentlig drift.

SNU arbeider for å få på rammer som sikrer nettopp dette: At privat tannhelsetjeneste forblir en bærebjelke i tannhelsetilbudet, også ved innføring av nye rettigheter, og at offentlige midler brukes til å finansiere behandling, ikke til å flytte pasientgrupper fra privat til offentlig utførende tjeneste.

På det sentrale Østland har det over tid vært sterk konkurranse mellom privatpraktiserende tannleger med hyppige lavpristilbud. Hva tenker du om konkurranse, prissetting og verdsetting av tannhelsetjenester?

— Jeg opplever utviklingen med stadig mer aggressiv nedprising for å tiltrekke seg pasienter som både uheldig og bekymringsfull. Økonomisk og strategisk beskriver dette som «the race to the bottom», og det er etter mitt syn et uttrykk for overetablering i enkelte sentrale områder.

Konkurranse i seg selv er sunt og kan bidra til kvalitet, innovasjon og bedre tjenester. Problemet oppstår når konkurransen ensidig dreier seg om pris, og når ekstreme lavpristilbud brukes som rene lokkemidler. Det er sjelden, om noen gang, slik at slike tilbud er kostnadsnøytrale, og pasientene vil før eller siden oppleve at «gratis lunsj» ikke finnes. Over tid kan dette bidra til å svekke tilliten til tannleger som profesjon, en tillit som historisk har vært høy, men som nå risikerer å bli utfordret.

Jeg mener også at bransjen i for stor grad har latt seg styre av kommersielle markedsføringsstrategier som ikke er godt tilpasset en helsetjeneste med tydelig samfunnsansvar. Et ensidig fokus på pris som konkurransefortrinn er strategisk lite klokt i en bransje hvor rammebetingelsene i stor grad er like for alle aktører. I realiteten er det bransjen selv som taper på denne utviklingen.

Dette får også konsekvenser i et større perspektiv. Når tannlegebransjen selv signaliserer at avanserte helsetjenester kan leveres til svært lave priser, undergraver vi vårt eget grunnlag i møte med myndigheter og politikere. Det blir vanskelig å argumentere for realistiske og bærekraftige takster i en eventuell tannhelserreform dersom vi samtidig bidrar til å devaluere verdien av tjenestene våre. På den måten risikerer vi å lage ris til egen bak.

Dette er et tema jeg gjerne kunne utdypet ytterligere, blant annet med støtte i etablerte teorier innen strategi og forretningsutvikling, fordi det handler om mer enn pris, det handler om hvordan vi verdsetter egen kompetanse, kvalitet og rolle som helsetjeneste.

Hvordan arbeider du som leder av SNU for å sikre og styrke rettighetene til tannleger i privat sektor?

— Som leder av SNU sitter jeg i NTFs hovedstyre, hvor jeg arbeider aktivt for å løfte og ivareta privatpraktiserende tannlegers interesser i saker som er særlig viktige for denne sektoren. Samtidig jobber vi i SNU systematisk med å spille inn relevante problemstillinger og forslag til hovedstyret, basert på det vi oppfatter som de mest sentrale utfordringene for privat sektor.

Det er viktig å være tydelig på at SNU er et rådgivende utvalg overfor hovedstyret i saker som berører privat sektor, og at beslutninger fattes av et samlet hovedstyre. Likevel har sittende SNU et tydelig mål om å være et

BLI BEDRE KJENT MED JON ARNE GANGVIK-ØSTGÅRD

aktivt, fremoverlent og synlig utvalg som bidrar tidlig og konstruktivt i prosessene.

SNU er heller ikke én person. Utvalget består av seks medlemmer med bred og variert erfaring fra privat tannhelsetjeneste, både praksiseiere, oppdragstakere og en erfaren advokat fra sekretariatet. Min rolle som leder er å sørge for at hele dette mangfoldet av perspektiver blir representert på en balansert og helhetlig måte inn mot hovedstyret. Jeg kan ikke, og skal ikke, kun representere praksiseiernes interesser, men må også ivareta viktige spørsmål som angår kontraktører og andre tilknytningsformer i privat sektor.

For at SNU skal kunne fylle denne rollen best mulig, er vi helt avhengige av innspill fra tannleger i privat sektor. Det er derfor viktig at kollegaer melder inn saker som er av generell interesse, slik at vi har et godt overblikk over hva som rører seg i feltet og kan vurdere behovet for tiltak eller oppfølging overfor hovedstyret.

Avslutningsvis vil jeg si at jeg er imponert over nivået på spørsmålene som blir stilt her. De vitner om grundig forarbeid og god innsikt i de utfordringene norske tannleger står overfor fremover. Det vil alltid finnes ulike syn på hvordan NTF best bør møte disse utfordringene, men jeg kan forsikre om at SNU har et tydelig og kontinuerlig fokus på å ivareta privatpraktiserende tannleger, og at dette vil forbli et sentralt anliggende innenfor de rammene organisasjonen gir oss.

OTF-nytt takker Jon Arne for at han tok seg tid til å svare på våre spørsmål, og ønsker han lykke til i det videre arbeidet.

Svein Dahlen, redaktør OTF-nytt

Kontaktinformasjon til SNU:

Logg deg inn på [NTFs nettsider](#)

<https://www.tannlegeforeningen.no/om-ntf/sentralt-naeringsutvalg-snu.html>

VIL DU VÆRE UTSTILLER PÅ VÅRE MEDLEMSKURS?

- Oslo Tannlegeforening (OTF) arrangerer 5 kurs årlig med 200-300 tannleger på hvert kurs.
- Kursene holdes sentralt i Oslo.
- Dette er en unik mulighet til å nå ut til din målgruppe!

Kontakt oss i dag: otf@oslotann.no

[Klikk for å se priser og datoer på våre nettsider](#)

www.oslotann.no



TIOTANDVÅRDEN: EN REVOLUSJON ELLER EN KRISE FOR SVENSK TANNHELSE?

TANNHELSEREFORM I NORGE? DON'T LOOK TO SWEDEN!

Tekst: Caspar Wohlfahrt, Tannlege MNTF og spesialist i periodonti



Caspar Wohlfahrt,
Tannlege MNTF og
spesialist i periodonti

Fra 1. januar 2026 ble hverdagen snudd på hodet for svenske pensjonister og deres tannleger. Gjennom innføringen av «Tiotandvården» har Sverige tatt et historisk skritt mot å likestille tannhelse med øvrige helsetjenester. Men bak de politiske visjonene om billig

tannpleie for alle over 67 år, raser en storm av kritikk fra profesjonen som frykter for både kvaliteten og pasientsikkerheten.

Et delt helsevesen

I mange år har tannhelse vært den «glemte» delen av det nordiske velferdssystemet. Mens legebekostnader og sykehusinnleggelse i prinsipp dekkes helt av staten, har voksne pasienter i stor grad måttet bære kostnadene for tannbehandlinger selv. Den svenske høringsregjeringen med partiet Moderaterna i spissen og med støtte fra Sverigedemokraterna (SD), presenterte Tiotandvården som løsningen. Målet var at eldre «ikke skal tvinges til å velge mellom mat og nødvendig tannbehandling». Definisjonen av nødvendig tannbehandling er i likhet med Norge dog noe uklar, men behandling av tenner bak premolarer dekkes i hvert fall ikke innenfor Tiotandvården rammer.

Kjernen i den svenske tannhelsereformen er enkel: Personer over 67 år skal nå kun betale 10 prosent av den statlige referanseprisen for utvalgte behandlinger. Staten tar regningen for de resterende 90 prosentene (1).

Men det er nettopp her, i de økonomiske rammene, at problemene starter!

Prisregulering: Et risikabelt inngrep i en fri markeds- og planøkonomi?

Selv om intensjonen muligens er god med sosial utjevning som mål, har reformen møtt massiv motstand hos profesjonen. Myndighetene har innført en prisregulering som ligger hele 30–40 % under dagens markedspriser. For en bransje som i årevis har vært styrt av fri konkurranse og fri etableringsrett, oppleves dette som et voldsomt myndighetsovergrep.

Svenske tannleger må jo selvsagt fortsatt forholde seg til markedspriser på husleie, strøm og utstyr, mens inntektene deres nå dikteres av staten. Av en merkelig grunn ble privatpraktiserende tannleger ekskludert fra ekspertgruppen som utformet reformen, angivelig på grunn av inhabilitet. Dette i likhet med ekspertgruppen bak den nylige NOUen (2) der klinikkeiere og private tannleger (de 71% av tannlegene som behandler rundt 80% av pasientene i Norge) også var ekskludert av uklar grunn, men det er jo nærliggende å tenke politiske føringer. I denne sammenheng er det bemerkelsesverdig at den svenske reformen var et forslag fra den politiske høyresiden i Sverige mens NOUen i Norge etter alle solemerker var et politisk bestillingsverk fra to små partier på venstresiden (SV og Rødt). Begge sider ser åpenbart en mulighet å sanke stemmer på folkets tenner eller som en god svensk venn og kollega sa «ofre tannlegene på den politiske maktens alter».

Resultatet av den svenske reformen er uansett et system basert på utdaterte sjablonger fra en tid der det tekniske nivået lå langt under dagens standard.



Svenska tandläkare demonstrerer mot Tio tandvården (Bild fra Tandläkare Denise Abadji)

Det er ikke satt av midler til:

- Nødvendig administrasjon og journalføring.
- Grundig behandlingsplanlegging for komplekse pasienter.
- Investeringer i moderne teknologi.

Frykten for "NHS-tilstander" og billigløsninger

Kritikere advarer nå om at Sverige kan ende opp med tilstander lignende det britiske helsevesenet (NHS), preget av underfinansiering og stress. Når tannlegene tvinges til å operere med priser som ikke dekker kostnadene kan man se for seg at klinikkens overlevelse blir det styrende prinsippet fremfor pasientens beste.

Dette kan føre til en "billigtannhelse" hvor stressede tannleger må ta inn langt flere pasienter per time for å få regnestykket til å gå opp og å få sin klinikk til å overleve. Det advares også om økt bruk av svakt dokumenterte billige produkter fra lavkostland rett og

slett fordi de nye økonomiske rammene ikke tillater bruk av svenske tannteknikere. Jeg hørte helt nylig at en større svensk tannlegeskjede har vært føre var og allerede gått til innkjøp av en tannteknikerlab i Asia for å redusere kostnader.

Begrenset valgfrihet og pasientsikkerhet

En av de absolutt mest kontroversielle sidene ved reformen, og kanskje aller viktigst, er hvordan den begrenser pasientenes valgfrihet. For gruppen 67+, en gruppe med svært varierte behov og økonomiske forutsetninger, forsvinner muligheten til å velge bedre materialer eller mer estetiske løsninger som koster mer penger og økt tidsbruk i tannlegestolen. Systemet er rigid: Enten aksepterer man enkelt og greit den enkleste og billigste løsningen som tilsvarer referanseprisen, ellers gis det ingen refusjon i det hele tatt.

At man i et moderne demokrati fratar pasienter retten til å selv kompensere for å oppnå en høyere standard enn "lavest godtagbare", blir av mange sett på som et alvorlig tilbake-

TANNHELSEREFORM I NORGE? DON'T LOOK TO SWEDEN!

slag. Dette er særlig overaskende da det er den politiske høyresiden som gjennomførte denne nærmest planøkonomiske reformen.

De politiske partiene SD i Sverige og Rødt i Norge har jo et historisk sett ett mer tvilsomt forhold til demokratiske prinsipper, og planøkonomi ligger jo disse partiene varmt om hjertet.

Administrative trusler og sanksjoner

Som om det økonomiske presset ikke var nok for Svenske tannleger, innføres det også nærmest drakoniske sanksjoner for administrative feil. Ved feilrapportering trues klinikker med gebyrer på opptil 25 % av deres totale omsetning. Dette skaper jo selvsagt et fryktregime som kveler både arbeidsglede og investeringsvilje hos klinikkene.



Caspar Wohlfahrt på Representantskapet i november 2025.
Bildet er "stjålet" fra [Tidende.nr. 1 2026](#).

Oppsummering: Hva har endret seg?

Område	Før reformen (2025)	Efter <u>Tiotandvården</u> (2026)
Prissetting	Fri prissetting og markedskonkurransen.	Statlig prisregulering (30-40 % kutt).
Egenandel (67+)	Variabel, med høykostnadsskydd.	Fast 10 % av referansepris.
Valgfrihet	Pasienten kan velge høyere kvalitet.	Kun støtte til billigste alternativ.
Materialer	<u>Fokus</u> på dokumentert kvalitet.	Press mot billig-produkter fra utlandet.
Sanksjonsrisiko	Ordinær kontroll og vanlig akseptabelt tilsyn.	Gebyrer på opptil 25 % av omsetning.

Tabell sammenstilt med hjelp av UiO KI-assistent

Sverige har lenge vært verdenskjent for sin høye kvalitet innen tannhelse. Spørsmålet som nå står ubesvart, er om Tiotandvården er starten på en demontering av denne kvaliteten. I denne sammenheng er det viktig å vite at det ikke finnes noen gode studier som dokumenterer at en større grad av trygdefinansierte tannbehandlinger gir bedre oral helse (3) Det er dessverre lite som tyder på at

svenske politikere, i likhet med de norske, har en genuin interesse av å bidra til bedre tannhelse særlig da studier viser at den norske tannhelsen allerede er god og gradvis blir bedre (4, 5). Det er kun en meget lav andel av den norske befolkningen som velger å avstå fra å gå til tannlegen grunnet høye kostnader. Ved å prioritere lav pris over faglig frihet og investeringsevne, risikerer man

TANNHELSEREFORM I NORGE? DON'T LOOK TO SWEDEN!

å sitte igjen med et system som kun tilbyr det absolutte minimum – på bekostning av både tannlegenes yrkes stolthet og pasientenes langsiktige helse. Vi må virkelig håpe på at norske politikere har bedre klokskap enn i Sverige og at de har en genuin interesse for å faktisk hjelpe de få norske pasienter (5-7%) som ikke har råd til nødvendig tannbehandling. Den øvrige befolkningen har åpenbart god oral helse og trenger mest sannsynlig ikke utvidet økonomisk støtte. Dette kan kanskje til og med ha en negativ effekt.

Alle i profesjonen vet selvsagt at det ikke finnes en generell regel som sier at billige eller gratis tannbehandlinger gir bedret oralhelse (6). Er det faktisk omvendt? Forebygging og profylakse er jo nemlig tingen.

Jeg er meget overrasket over den politiske dumskapen i mitt gamle hjemland og håper at norske politikere ikke raserer et relativt godt fungerende system for kortsiktige politiske seire. **Don't look to Sweden!**

Leserinlegget er delvis basert på samtaler og intervjuer med de svenske tannlegene Nicole Winitsky, Andreas Wetter og Denise Abadji. Takk til disse kollegaene for innspill. Takk også til tannlege Carl Christian Blich for innspill.

Caspar Wohlfahrt

Referanser

1. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/12/tandvarden-for-aldre-blir-billigare-den-1-januari-2026/>
2. NOU 2024: 18. En universell tannhelsetjeneste Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar
3. Henschke C, Winkelmann J, Eriksen A, Orejas Pérez E, Klingenberg D. Oral health status and coverage of oral health care: A five-country comparison. *Health Policy*. 2023 Nov;137:104913
4. Grytten J, Skau I. Improvements in Dental Health and Dentists' Workload in Norway, 1992 to 2015. *Int Dent J*. 2022 Jun;72(3):399-406.
5. Holden MB, Skau I, Grytten J. Forbruket av tannhelsetjenester i voksenbefolkningen 20–70 år. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2024;134:796-805. doi:10.56373/2024-10-3
6. Petersen PE, Christensen LB. Dental health status and development trends among children and adolescents in Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2006 Feb;65(1):35-44

HUSK Å BETALE ÅRETS MEDLEMSKONTINGENT TIL OTF!



Som MNTF betaler du medlemskontingent både til NTF og den lokalforening du har ditt pliktmedlemskap i.

Oslo Tannlegeforening (OTF) sendte deg faktura på epost / efaktura for medlemskontingent 6. februar.

Takk for at du betaler denne i tide slik at vi kan fortsette å arrangere gode kurs og aktiviteter for våre medlemmer.

[Les mer om medlemskapet i NTFs vedtekter](#)

[Ler mer om OTFs medlemskontingent](#)

OTF KURS- OG AKTIVITETER 2026



Medlemskurs 27. januar

Alignere – en gjennomgang fra A til B

Medlemskurs 3. mars

Direct posterior composite restorations, are there any limits?

Medlemskurs 25. august

Farmakologi med en odontologisk vinkling

Medlemskurs 6. oktober

Tema kommer

Tirsdagskursene holdes på:

Stortingsgata Kurs & Konferanse, kl. 17:00-20:00

Generalforsamling 3. november

Sted: Niels Juels gate 24, kl. 17:00-20:00

Informasjon kommer - hold av datoen!

Heldagskurs 20. november

Tema kommer

Sted: Stortingsgata Kurs & Konferanse kl. 09:00-16:00

Alle fagkursene gir tellende timer i NTFs etterutdanningssystem.

Holmenkollstafetten lørdag 9. mai 2026 - OTF stiller med tre lag!

Les mer på våre nettsider:

<https://oslotann.no/kurs-og-arrangement/>

MEDLEMSKONTINGENT 2026

OSLO TANNLEGEFORENING (OTF)



Som MNTF-tannlege plikter du å betale medlemskontingent både til Den norske tannlegeforening (NTF) og den lokalforeningen du etter NTFs vedtekter har pliktmedlemskap i.

Tannleger som etter [NTFs vedtekter kapittel 11](#), §18, vedlegg, har sitt arbeidssted i:

”Oslo: Tidligere Oslo fylke, Asker & Bærum distrikt i tidligere Akershus fylke og Follo distrikt (dvs. Nesodden, Frogn, Oppegård, Ski, Vestby, Ås og de søndre delene (Dalefjeringen og Ytre) av Enebakk kommune” har sitt pliktmedlemskap i Oslo Tannlegeforening (OTF) og skal betale kontingent til OTF.

Medlemskap i Oslo Tannlegeforening inkluderer flere gratis kurs i løpet av året og digitale utgaver av medlemsbladet OTF-nytt. Les mer på våre nettsider oslotann.no/medlem

Ikke-yrkesaktive / pensjonistmedlemmer kan selv velge hvilken lokalforening de ønsker å være tilsluttet. Dette må meldes inn til NTF.

Assosiert medlemskap er frivillig og innvilges etter søknad for MNTF som har sitt pliktmedlemskap i en annen lokalforening.

Generalforsamlingen i OTF besluttet den 4.11.2025 følgende kontingentsatser for 2026:

Ordinært medlemskap kr 983.-

Pensjonistmedlemskap / ikke yrkesaktiv kr 491.-

Redusert medlemskontingent (må søkes årlig om før faktura sendes ut) kr 491.-

Assosiert medlemskap (løper til du selv sier det opp eller melder deg ut av NTF) kr 740.-

Les mer i [OTFs vedtekter](#) og våre nettsider oslotann.no/medlem

Faktura for medlemskontingent til Oslo Tannlegeforening sendes på epost i løpet av februar til den epostadresse du har oppgitt til oss. Fakturaen sendes fra medlemsystemet Rubic. Medlemskontingent til OTF er personlig, og faktura kan derfor ikke sendes som EHF. Den sendes som epost eller e-faktura til nettbank dersom epostadressen du har oppgitt til OTF er lik den du mottar e-faktura til.

MERK at fakturaen betales kontonummer som går til OTFs PayEx konto i Danske Bank. Det vil derfor stå PayEx som mottaker på bankutskrift.

Medlemmer som ikke betaler kontingent, har ingen adgang til OTFs kurs eller aktiviteter før fakturaen er betalt. Ved gjentatte betalingspåminnelser vil medlemmet bli strøket som medlem i NTF og OTF og vil dermed miste alle medlemsfordeler.

Ta kontakt med oss om du har spørsmål til dette.

KONTAKT OSS

Oslo Tannlegeforening (OTF) er en lokalavdeling av Den norske tannlegeforening (NTF)

OTF-nytt er foreningens medlemsblad



Oslo Tannlegeforening har ca. 1500 medlemmer inkludert assosierte medlemmer fra andre lokalavdelinger i NTF.

Vi tar gjerne imot tips og innspill fra våre medlemmer.

Styret i OTF

Alle henvendelser til OTF-nytt eller styret rettes til otf@oslotann.no.

MNTF medlemmer kan logge inn på MinSide på www.tannlegeforeningen.no og finne kontaktinformasjon til OTFs tillitsvalgte under lokalforeninger.

Oversikt over styremøter og redaksjonsmøter i Oslo Tannlegeforening finner du på neste side.

OTF-nytt er et medlemsblad for Oslo Tannlegeforening og publiseres digitalt fire ganger i året. Målgruppen er foreningens medlemmer, tannleger og annet tannhelsepersonell.

Vi publiserer medlemsrelatert innhold, blant annet oppsummering fra våre medlemskurs.

OTF-nytt utgis kun digital. Medlemmer som ønsker å lese bladet på papir, kan selv skrive dette ut fra nett. Det tas forbehold om trykkfeil i publikasjonen.

Ansvarlig redaktør: Svein Dahlen

Redaksjonen: Eli Lerheim, Karen Wanda Fredriksen, Azadeh Taftian

Layout: OTF

Illustrasjonsbilder: Adobe Stock

Annonserere?

Vil du annonsere? Ta kontakt med kontorleder på otf@oslotann.no

Priser og format finner du på nettsiden vår: <https://oslotann.no/otf-nytt/>
Det gis kollegarabatt for medlemmer.

Se publiseringsplan på neste side.

Oslo Tannlegeforening | Niels Juels gate 24 | 0272 Oslo
Epost: otf@oslotann.no | www.oslotann.no | Telefon: 22 43 64 50 / 48 48 21 50 (kontortid)
Org.nr. 971 526 645 MVA

OTF nytt publiserings- og annonseplan 2026

OTF-nytt publiseres kun som nettgave. Papirutgaven ble lagt ned i januar 2023. Vil du annonsere? Ta kontakt på epost: otf@oslotann.no

Utgave

OTF-nytt 1-26
OTF-nytt 2-26
OTF-nytt 3-26
OTF-nytt 4-26

Digital publisering

23. februar (uke 9)
8. juni (uke 24)
21. september (uke 39)
21. desember (uke 52)

Bestillingsfrister annonser

1. februar
19. mai
29. august
27. november

OTF-nytt Spesial 20. oktober (uke 43) Ingen annonser. Dette er en spesialutgave kun med generalforsamlingsaker (årsregnskap, rapporter, valgkomiteens innstillinger med mer).

For mer informasjon, se våre nettsider: oslotann.no/otf-nytt
Forbehold om endringer i oppsatte planer.

Følg med på www.oslotann.no, Instagram: [oslotann](https://www.instagram.com/oslotann) og Facebook.com/[oslotann](https://www.facebook.com/oslotann)

Styremøter i OTF 2026:

20. januar
24. februar
24. mars
12. mai
18. august
29. september
27. oktober
24. november

3. november Generalforsamling

Redaksjonsmøter 2026:

10. februar
2. juni
15. september
15. desember

Forbehold om endringer i oppsatte planer.

Henvendelser til styret og OTF-nytt sendes på epost til otf@oslotann.no.

Gratis annonsering på oslotann.no!

Er du medlem i OTF eller NTF?

Da kan du legge ut annonser helt gratis på OTFs nettsider!

Enten du er på jakt etter ny jobb, trenger flere folk på klinikken, vil kjøpe praksis – eller kanskje selge den du har – så fikser vi publiseringen for deg.

Send oss en kort tekst, så ordner vi resten.

✉ otf@oslotann.no

