

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 18. februar 2026 blev i sag nr. 103702:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Gjensidige Forsikring
A.C. Meyers Vænge 9
2450 København SV

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 31/5 2025 har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

...

Vedrørende anmeldelse og klage over manglende anerkendelse af tandskade 1+ – [klageren]

Jeg skriver på vegne af [klageren] og med hans samtykke, for at anmelde en skade og samtidig klage over behandlingen af sagen hos Gjensidige Forsikring tidligere [andet forsikringsselskab].

I en alder af 5-6 år – omkring år 2000 – kom [klageren] ud for en faldulykke i SFO'en, hvor han slog sin mælketand 1+ hårdt ind i kanten af en kasse.

Mælketanden 1+ blev intruderet, og vi blev efterfølgende informeret om, at dette kunne skade den fremtidige blivende fortand 1+. Vi fulgte anbefalingen og anmeldte straks skaden til vores daværende forsikringsselskab, [andet forsikringsselskab].

I dag – over 23 år senere – viser det sig desværre, at [klageren]s blivende fortand 1+ netop har taget skade som følge af det tidligere traume. Dette er bekræftet af [tandlæge1], som entydigt vurderer, at skaden på den blivende fortand 1+ skyldes ulykken med mælketanden 1+.

Dokumentation foreligger i journal og behandlingsoverslag.

Jeg har været i telefonisk kontakt med ... fra jeres forsikringsafdeling (tlf. ...) Gjensidige forsikring, som henviste mig til at indsende denne skriftlige anmeldelse.

Vi er samtidig blevet oplyst om, at I ikke kan finde oplysninger om [klageren] før 2012. Dette finder vi problematisk, da Gjensidige Forsikring i 2006 overtog [andet forsikringsselskab], og derfor bør have overtaget både kunder og tilhørende skadesanmeldelser. Det kan som kunde ikke være vores ansvar at sikre den interne dataoverførsel mellem de to selskaber.

Opsummering af sagen:

- Ulykken skete ca. år 2000, da [klageren] var 5-6 år gammel.
- Mælketanden 1+ blev skadet og skaden blev anmeldt til [andet forsikringsselskab].
- Den blivende fortand 1+ er nu skadet, hvilket er bekræftet som en følge af den tidligere skade på mælketanden 1+.
- [tandlæge1] vurderer, at der er en direkte årsagssammenhæng.
- Den nødvendige behandling og omkostninger er beskrevet i journal og vedlagt overslag.
- Vi anmoder om, at sagen bliver anerkendt som en senfølge og dækket som følge af den oprindeligt anmeldte skade på mælketand 1+..

...

Vi håber, at sagen nu bliver behandlet med den alvor, den fortjener. Skulle der mangle dokumentation, fremsender vi det gerne.

...

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At forsikringsselskabet anerkender skaden som en dæknings berettiget skade og dækker beløbet som det koster at få lavet tand 1+ (Højre fortand) evt hvis man vurderer, at der skal en stift tand sættes ind at man så dækker det beløb det koster, at man kikker på alle de beviser som der er blevet

fremlagt. I et af afslagene fra forsikrings selskabet har tandlægekonsulentet endda vurderet den forkerte tand og kommet med andre argumenter som der slet ikke er belæg for."

Selskabet har den 7/7 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Vi har modtaget forsikredes klage via Ankenævnet og har gennemgået sagen igen. Vi skal indledningsvis oplyse, at vi ikke har fundet grundlag for en anden afgørelse, hvilket vi skal forklare i det følgende.

Vi kan frafalde kald og varsel.

Fakta

Vi har modtaget en anmeldelse tilbage i 2001. Vi har ikke selve anmeldelsen, men i et notat fra 13. juli 2001 står, at forsikrede faldt ned fra en ... og slog tænderne 1+1 mod kanten af kassen. Skadedatoen er 23. maj 2001.

Vi anerkender tandskaden samme dag og beder vores kunde vende tilbage, når forsikrede fylder 18-20 år, hvis skaden kræver tandbehandling.

Den 25. januar 2024 modtager vi et overslag vedrørende tanden 1+ samt journal og røntgenbillede fra tandlægen. Overslaget lyder på 11.721,39 kr. for rodbehandling, plastfyldning, blegning, 'vanskelig anatomi' samt røntgen og bedøvelse.

Den 28. januar 2024 modtager vi også en mail fra forsikredes [familiemedlem] angående behandlingsbehovet. Hun vedhæfter samtidig oplysninger fra tandlægen.

Vi forelægger sagen for vores tandlægekonsulent, som svarer tilbage, at han har brug for yderligere

oplysninger fra tidligere tandlæger, herunder også fra børnetandplejen. Vi meddeler dette til forsikrede den 6. februar 2024.

Ankenævnet for Forsikring

3.

103702

Den 21. februar 2024 modtager vi oplysningerne fra børnetandplejen fra forsikredes [familiemedlem] samt oplysning om tidligere tandlæger. Det første notat i journalen fra børnetandplejen er dateret 3. december 2002, så det første notat vedrørende hændelsen den 23. maj 2001 er ikke med, men vi har dog anerkendt et traume mod begge fortænder 1+1 (rettelig 01+01 da der var tale om mælketænder).

Den 28. februar 2024 modtager vi kopi af tandlægeregning på 1.990 kr. for CBCT-skanning samt konsultation og behandlingsplanlægning fra forsikredes [familiemedlem].

Vi indhenter oplysninger fra to tidligere tandlægeklinikker, som vi modtager henholdsvis den 8. og 14. marts 2024.

Vi forelægger herefter sagen for vores tandlægekonsulent, som vurderer, at der ikke er årsagssammenhæng mellem det nu opståede behandlingsbehov og ulykken tilbage i 2001.

Ved en konsultation 7. august 2003 blev det noteret i journalen, at der tidligere har været et traume. Og at en lille hvid plet (opacitet) på forsiden af tanden 1+ vurderes ikke at have sammenhæng med et tidligere traume.

Derudover fremgår det af journaloplysningerne, at der har været yderligere et traume mod fortænderne den 15. december 2005. Det blev noteret i journalen, at forsikredes forældre ville undersøge

forsikringsdækning.

Vi afviser derfor skaden 17. juni 2024.

Forsikredes [familiemedlem] klager over afgørelsen den 25. juli 2024 og vedhæfter røntgen samt notat fra tandlæge.

Vi forelægger sagen for vores tandlægekonsulent, som fastholder sin vurdering, og den 2. december 2024 fastholder vi afgørelsen overfor forsikrede. Ifølge vores tandlægekonsulent skyldes den nuværende tilstand ikke hændelsen i 2001. Det er derimod sandsynligt, at den skyldes en senere ulykke i 2005, hvor der er beskrevet et nyt traume mod tænderne 1+1.

Forsikredes [familiemedlem] sender nyt materiale til os 17. februar 2025 og ønsker en revurdering fra vores tandlægekonsulent.

Vi forelægger sagen for vores tandlægekonsulent, som fastholder sin vurdering i forhold til manglende årsagssammenhæng. Vi bemærker dog, at ved hændelsen i 2005 mærkede forsikrede alene ømhed ved den anden fortand +1.

Ifølge journaloplysningerne har der ved undersøgelser i 2003, 2004 og 2005 ikke været nogen bemærkninger om komplikationer med 1+. Røntgenundersøgelsen i 2005 viste heller ingen sygdom omkring tænderne 1+1, og på det tidspunkt var forsikrede 11 år.

Vi fastholder derfor afgørelsen overfor forsikrede den 17. marts 2025.

Vi modtager ankenævnsklagen 11. juni 2025 og kan se, at der er nye oplysninger i form af en udtalelse fra forsikredes tandlæge den 22. marts 2025.

Vores tandlægekonsulent har derfor set på sagen igen og oplyser, at han fastholder sin vurdering. Han oplyser følgende:

Tandlægen forudsætter i sin argumentation at tanden 1+ blev påvirket ved ulykken. Men det er jo ikke tilfældet. Det var mælketanden der blev påvirket!

Tandlægen beskriver en luksation (traume) af den skadede tand (1+), men tand blev ikke påvirket med en luksation ved ulykken – det gjorde mælketanden 01+.

Den blivende tand 1+ var et tandanlæg og med roden åben. Her forudsætter tandlægen at roden på tanden 1+ var aflukket. Men da skadelidte [født i 1990'erne] og skaden sker på mælketanden 01+ i 2001 er tanden 1+ helt rodåben og ikke påvirkelig for den type senskader.

Der er sammenfattende ikke tilvejebragt dokumentation for at en skade på mælketanden 01+ i 2001 har påvirket den blivende tand 1+. Afgørelsen fastholdes.

Vi har for en god ordens skyld valgt også at indhente en vurdering fra en ekstern tandlæge, som er meget kompetent i blandt andet børnetandskader...

Hun vurderer ligesom vores egen tandlægekonsulent, at der ikke er årsagssammenhæng mellem hændelsen i 2001 og det nu opståede behandlingsbehov vedrørende tanden 1+. Hun vurderer, at det *ikke* er en komplikation, som ses i forbindelse med overførte skader fra mælketænder. Det må skyldes en påvirkning af den blivende tand efter frembrud.

Vi må derfor fastholde afgørelsen.

Vurdering

Forsikrede er omfattet af en ulykkesforsikring hos os med gældende forsikringsbetingelser P201003.

Vi modtager anmeldelse af en tandskade, som sker den 23. maj 2001, hvor forsikrede falder ned fra en ... og slår tænderne 01+01, og vi anerkender skaden.

Vi modtager et behandlingsoverslag vedrørende tanden 1+ samt journaloplysninger og røntgenbillede i januar 2024. Efterfølgende modtager vi journaloplysninger fra flere tandlæger, herunder børnetandplejen.

Vores tandlægekonsulent har set på sagen ad flere omgange og har også læst indlægget fra [tandlæge1].

Det afgørende i denne sag er, om traumet den 23. maj 2001 og/eller andre forhold er årsag til det opståede behandlingsbehov. Forhold som blev registreret ved undersøgelsen 27. oktober 2023.

Ud fra journaloplysninger og røntgenbilleder lægger vi følgende til grund for vores afgørelse:

Der er tale om et slag mod mælketænderne 01+01 den 23. maj 2001. På det tidspunkt er forsikrede 5 år.

Den blivende tand 1+ var på skadetidspunktet et tandanlæg og med helt åben rod. Tanden var derfor ikke påvirkelig for den type senskader efter en luksation/et traume.

Den 27. august 2003 ses en lille hvid plet på tanden 1+. Tandlægen noterer, at den ikke har årsag i det tidligere traume. Der noteres desuden plak (bakterier) på fortænderne. Ved ny undersøgelse 29. januar 2004 ses fortænderne igen med plak og normale relationer. Der er ingen bemærkninger om unormale forhold ved 1+.

Ved endnu en undersøgelse 30. maj 2005 er der fortsat ingen notater om behandlingskrævende forhold ved 1+.

Den 15. december 2005 sker et nyt traume, der påvirker overlæben og tanden +1. I den forbindelse optages røntgen af 1+1, og der noteres ingen sygdomsforhold omkring tanden 1+.

Den 24. august 2020 noteres et slid gennem emaljen på 1+. I oktober 2023 registreres forhold ved tanden 1+, som kræver tandbehandling. På det tidspunkt er forsikrede 29 år.

Forsikrede er [født i 1990'erne] og fyldte altså 11 år [i ...]. Den blivende tand 1+ er normalt færdigdannet i 10-11 års-alderen, og dermed ville fejl i roddannelsen og/eller andre komplikationer være registreret senest ved undersøgelsen den 15. december 2005 eller ved kontrolundersøgelsen 21. december 2005.

PCO (pulpa obliteration) er ikke en komplikation, som ses i forbindelse med overførte skader fra mælketænder, men udelukkende som en helingskomplikation af den direkte traumatiserede tand.

Både vores tandlægekonsulent og en kompetent ekstern tandlæge vurderer, at der ikke er årsagssammenhæng mellem traumet i 2001 mod mælketanden 1+ og det nu opståede behandlingsbehov.

På baggrund af disse oplysninger er det fortsat vores vurdering, at der ikke er tilvejebragt den nødvendige dokumentation for, at ulykken i 2001 er årsagen til det nu opståede behandlingsbehov."

Klagerens repræsentant har i brev af 7/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg ringede til Gjensidige Forsikring omkring d. 26.01.24, hvor jeg snakkede med ... (Gjensidige Forsikring) for at spørge om de havde en anmeldelse på [klageren]s skade på hans fortand 1+ fra da han var 6 år gammel, men meldingen blev, at de intet havde på [klageren] før 2012. Det undre mig, at man nu pludselig kan fremskaffe papiret (se vedhæftet dokument fra Gjensidige Forsikring '...', 1 anerkendelse' liggende under 'dokumenter'), hvor at dette dokument er dateret til d. 31.12.2010. Det kan undre mig, at man først fortæller, at man intet har fra før 2012 og pludselig kan man fremskaffe noget fra 2010, hvor de anerkender skaden. Dette giver anledning til tvivl til Gjensidige Forsikring, som jeg gerne ser belyst nærmere under behandling af sagen."

Selskabet har i brev af 2/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har noteret os den seneste udtalelse fra klagers tandlæge, som er fremsendt til Ankenævnet og samtidig sendt direkte til den eksterne tandlægekonsulent.

Vi ønsker at understrege, at vores vurdering i sagen er baseret på både vores interne tandlægekonsulents faglige vurdering og en uvildig vurdering fra en ekstern tandlæge med særlig ekspertise på området.

Begge vurderinger konkluderer entydigt, at der ikke er årsagssammenhæng mellem ulykken i 2001 og det behandlingsbehov, der er opstået i 2023.

Den eksterne tandlægekonsulent står fuldt ud inde for sin vurdering, som er udarbejdet på et fagligt og objektivt grundlag og kan også underbygge den videnskabeligt. Vi har efterfølgende modtaget supplerende forklaring og vurdering fra den eksterne tandlægekonsulent, som vi samtidig vedhæfter. Tandlægen fastholder sin vurdering.

Forsikredes [familiemedlem] er efterfølgende kommet med en kommentar til sagen den 7. august 2025. Vi har ikke nogen telefonnotater fra 26. januar 2024, men har modtaget en mail fra forsikredes [familiemedlem] den 28. januar 2024 om den anmeldte skade fra 2001. Vi kan ikke umiddelbart svare på, hvorfor vi måske i forbindelse med vores samtale ikke har kunnet finde frem til sagen, men vi kan se, at tandlægens to mails fra den 25. januar 2024 er lagt ind på sagen den 26. januar 2024.

Blot til orientering skal vi oplyse, at anerkendelses-brevet retteligt er sendt den 13. juli 2001, selvom der står 31. december 2010. Den forkerte dato i brevet skyldes konvertering til nyt IT-system for år tilbage.

...

Afslutningsvis finder vi det i øvrigt beklageligt, at tonen i den seneste udtalelse fra klagers tandlæge er præget af en personlig og konfronterende tilgang, som efter vores opfattelse ikke hører hjemme i en saglig og faglig behandling af sagen. Det er vigtigt for os, at alle parter i en sag behandles med respekt, og vi ønsker ikke at bidrage til en eskalerende dialog.

Vi henholder os til de fremlagte faglige vurderinger og afventer Ankenævnets behandling af sagen."

Klagerens repræsentant har i brev¹ af 21/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg noterer mig, at Gjensidige Forsikring udtaler sig om, at der ingen notater er fra d. 26/1-2024, at Gjensidige forsikrings arbejdsgang er, at når man ringer til dem er, at man kan trykke 1 eller 2 om man vil have samtalen optaget til brug i undervisning eller om man ikke ønsker samtaler optaget. At Gjensidige forsikring ønsker at deres arbejdsgang skal være sådan, er på ingen måde mit problem. Vi lever i et frit land og kan selv vælge hvilken knap vi skal trykke på, hvad Gjensidige Forsikringer også indikere ved frit valg og her har jeg trykket på 2'eren, hvor jeg ikke ønsker samtalen optaget, og så vil de automatisk ikke have en optagelse af samtalen, hvilket siger sig selv.

Jeg synes det er dybt problematisk, at Gjensidige Forsikring først nu efter vi har påtalt det for jer, kan finde en masse papirer frem. Gjensidige Forsikring siger, at der intet var på [klageren] før 2012, selvom jeg påtaler det i et brev d. 28.1.2024 (se vedhæftet billede i dette dokument på næste side).

Ankenævnet for Forsikring

7.

103702

At de fusionere med [andet forsikringsselskab] i 2006 og hvordan de håndtere det, er det på ingen måde kundens ansvar. At de så bagefter pludselig kan finde datoer og papirer, når vi påtaler det for Ankenævnet, skaber for mig mistillid til Gjensidige forsikring.

Når vi påtaler til Ankenævnet, at Gjensidige Forsikring ikke har kunne finde noget før 2012, kommer der pludselig det frem, at Gjensidige Forsikring kan finde et anerkendelsesbrev d. 31/12-2010, hvor Gjensidige Forsikring ikke kan forklare, hvorfor der står d. 31/12-2010 i stedet for d. 13/7-2001. Dette undskylder de (i brevet sendt d. 2/9 2025) med, at de har fået et nyt IT system for år tilbage. Det har Gjensidige Forsikring næsten haft 2 år til at finde ud af dette. Det synes jeg igen er dybt problematisk, at de først når rebet strammes og at jeg påtaler det for Ankenævnet, kan finde papirerne frem.

Det kan igen få mig til at tænke på troværdigheden til Gjensidige Forsikring er sat på prøve. Det beviser de yderligere igen."

Klagerens repræsentant har i brev2 af 21/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Hvad der under mig er, at [tandlæge2] omtaler et tandtraume, i udtalelsen d. 2/8- 2025, fra [klageren] da han var 8 år gammel, hvilket vil svare til at der i tandlægejournalerne fra [skole] skulle være omtalt noget fra 2003. Hvis man nærstudere disse journaler fra tandplejen på [skole] (se nedenstående billede i dette dokumentet), vil man kunne læse, at der ikke er sket et traume på tanden 1+ i 2003, det omtaler derimod en hvid plet på tanden, som de ikke mener stammer fra tandtraumet i 2001, da kronen på det tidspunkt var næsten fremme (den permanente tandkim). Vi må gå ud fra, at [skole]s tandpleje henviser til traumet i 2001, da der ikke et sket yderligere tandtraumer mellem 2001-2003.

Dette understøtter igen [tandlæge1] forklaring på, at alt energien/slaget fra traumet i 2001 på 1+ mælketand, forplantede sig i den blivende tand 1+ og har forårsaget den skade som [klageren] står med i dag, hvilket vil resultere i, at [klageren] mister sin tand.

Vil Ankenævnet venligst tjekke disse datoer i [klageren]s tandlægejournal fra [skole], som er vedhæftet i dette dokument?

Igen kommer der et udsagn fra [tandlæge2], som ikke er sandt, hvilket kan have en negativ påvirkning på udfaldet i sagen. Dette synes jeg er dybt problematisk.

Derudover påtænker vi, at sende en klage til Styrelsen for Patientklager ang. [tandlæge2]s vurdering og udtalelser, som kan skade [klageren] sag negativt, da vi igennem [klageren]s tandlæge[2], kan modbevise hendes udtalelser."

Selskabet har i brev af 10/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Som svar på [klagerens repræsentant]s bemærkninger skal vi oplyse, at vi ikke har fundet en masse papirer frem efter klagen til Ankenævnet for Forsikring. Vi har anerkendelses-brevet, som er sendt den 13. juli 2001. Derudover er der en note i sagen fra samme dag, hvor hændelsen er beskrevet. Disse oplysninger ligger på sagen. Som oplyst i vores forrige svar kan vi ikke umiddelbart svare på, hvorfor vi i første omgang ikke kunne finde frem til sagen.

Den 26. januar 2024 er de to mails dateret 25. januar 2024 fra tandlægen lagt ind på sagen.

Den 28. januar 2024 modtager vi en mail fra [klagerens repræsentant], og den lægges ind på sagen.

Den 30. januar 2024 sender vi sagen til vores tandlægekonsulent.

At vi umiddelbart ikke kunne finde frem til sagen i første omgang, har derfor ikke haft nogen betydning for vores vurdering og afgørelse af sagen.

Den eksterne [tandlæge2] har oplyst, at man nu har indgivet en klage over hende til Styrelsen for Patientklager. Hun oplyser, at hun har givet sin faglige vurdering og ikke har yderligere at tilføje, og hun ønsker derfor ikke længere at bistå i sagen.

Både vores tandlægekonsulent og den eksterne tandlæge har vurderet, at der ikke er årsagssammenhæng mellem traumet i 2001 og det nu opståede behandlingsbehov. Begge har fastholdt deres vurdering af sagen.

Vi fastholder derfor vores afgørelse og mener, at sagen er klar til nævnsforelæggelse."

Klagerens repræsentant har i brev af 31/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg beder Ankenævnet vurdere/undre sig over hvorfor [tandlæge2] pludselig trækker sig fra en sag (sagen omkring [klageren]s fortand 1+) hvis hun er så skråsikker i sin vurdering, hvorfor trækker hun sig så, fordi der bliver klaget til Styrelsen for Patientklager?

Hvis hendes faglige og objektive vurdering er saglig og skråsikker, har hun jo intet at frygte. Jeg beder igen Ankenævnet gennemlæse [tandlæge2]s første udtagelse af 8.7.25 igennem. Derefter udtagelse fra [tandlæge1] af 13.7.25 og derefter anden udtagelse fra [tandlæge2] 2.8.25.

Det er ret tydeligt, at ved første udtagelse kommer hun med et svar, og da [tandlæge1] kommer med et modsvar, ændrer hun sin udtagelse og giver [tandlæge1] ret i brevet fra d. 2.8.25. Det indikerer for mig allerede, at det første svar ikke har været fagligt korrekt, og at det kun er for at hjælpe Gjensidige forsikring. At hun melder, at hun ikke ønsker at bistå i sagen længere, fordi der blive klaget til Styrelsen for patientklager, indikerer også at hendes udtagelse heller ikke tåler at blive gennemlæst af andre myndigheder.

Tankevækkende.

En tilføjelse til et andet emne:

Vi har nu to gange bedt Gjensidige Forsikring om at tilsende os brevet/mailen, som [tandlæge2] har meddelt til Gjensidige Forsikring omhandlende, at hun ikke længere ønsker at bistå i sagen. Vi undrer os over, at vi flere gange skal bede Gjensidige Forsikring om at få ovenstående tilsendt, som omhandler [klageren]s tandsag 1+."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af vurdering af 9/3 2025 fra selskabets tandlægekonsulent fremgår bl.a.:

"Det afgørende i denne sag er hvorvidt et traume den 23. maj 2001 og/eller et traume den 15. december 2005 og/eller andre forhold (grundlidelse) er årsag til en række behandlingskrævende forhold om tanden 1+. Forhold der registreres ved en undersøgelse den 27. oktober 2023.

I forlængelse af ulykken i 2001 noterer tandlægen den 27. august 2003 at en lille hvid plet på tanden 1+ ikke har årsag i det tidligere traume. Der noteres desuden plak (bakterier) på fortænderne.

Ved en ny undersøgelse den 29. januar 2004 ses fortænderne igen med plak og normale relationer. Der er ingen bemærkninger om unormale forhold ved 1+.

Ved endnu en undersøgelse den 30. maj 2005 (4 år efter traumet) er der fortsat ingen notater om behandlingskrævende forhold ved tanden 1+.

Den 15. december 2005 skete et nyt traume der påvirker overlæben og tanden +1. I den forbindelse optages røntgen og der noteres ingen sygdomsforhold omkring tanden 1+.

Der noteres et slid gennem emaljen på tanden 1+ den 24. august 2020.

Indstilling:

Jeg vil rigtig gerne hjælpe, og jeg har med interesse læst indlægget fra tandlæge [tandlæge1], men der er fortsat ikke tilvejebragt den nødvendige dokumentation for at ulykken i 2001 har medført negative konsekvenser. Ved den vurdering lægges der fortsat vægt på:

- Ved undersøgelser i 2003, 2004 og 2005 er der ingen notater om komplikationer med tanden 1+
- Ved yderligere en undersøgelse og en kontrolundersøgelse efter et nyt traume i december 2005 optages røntgen og det noteres specifikt i journalen at der ingen sygdom ses omkring tænderne 1+, +1

Der er således 4 års opfølgning på traumet der påvirkede mælketanden 01+, uden der i perioden 2001 til 2004 er notater om komplikationer, og tillige røntgen fra december 2005.

Skadelidte er [født i 1990'erne], og ved røntgenoptagelsen i december 2005 var skadelidte mere end 11 år.

Den blivende tand 1+ er normalt færdigdannet i 10-11 års alderen, og dermed ville fejl i roddannelsen og eller andre komplikationer være registreret senest ved undersøgelsen den 15. december 2005 eller ved kontrolundersøgelsen den 21. december 2005.

Erstatning afvises."

Af vurdering af 4/7 2025 fra tandlæge2 indhentet af selskabet fremgår bl.a.:

"Angående vurdering af årsagssammenhæng mellem nuværende behandlingsbehov 1+ og ulykkestilfælde fra 2001. Skadelidte: [klageren]

I 2001 var skadelidte 6 år gammel og de blivende tænder endnu ikke frembrudt. Hvis der på det tidspunkt sker et traume som overføres til den blivende tands tandanlæg, så kan det medføre rodafbøjning eller standset roddannelse svarende til præcis det udviklingsstadium som tanden havde på det pågældende tidspunkt. Når jeg ser på rodens længde på røntgenbilledet fra 2023 så svarer det ikke til det forventede roddannelsesstadium i 6 års alderen. En blivende tand bryder frem når

halvdelen af roden er dannet. Dvs. på traumetidspunktet i 2001 er det forventeligt at mindre end halvdelen af roden var dannet da den blivende tand ikke var brudt frem i munden endnu. På røntgenbilledet fra 2023 ses $\frac{3}{4}$ rodlængde på 1+. Dertil kommer at Tandlægen i journalen fra 2005 skriver intet abnormt ved beskrivelsen af røntgenbilledet af 1+1. Det ville absolut være et abnormt fund hvis roddannelsen var standset eller på anden måde afvigende. Desværre er røntgenbilledet fra 2005 ikke tilgængeligt.

Pulpa obliteration (PCO) er et fænomen man ser når en tand har været udsat for et traume. Det skyldes at kar og nerveforsyningen til tanden er blevet helt eller delvis beskadiget. Reguleringen af odontoblasterne i den vitale pulpa bliver påvirket således at der sker en overproduktion af dentin. En oblittereret tand har forøget risiko for at udvikle pulpanekrose på sigt. Det er **ikke** en komplikation som ses i forbindelse med overførte skader fra mælketænder, men udelukkende som en helingskomplikation af den direkte traumatiserede tand. Det er derfor min vurdering at PCO ikke er en følge af mælketaandstraumet i 2001, men må skyldes en påvirkning af den blivende tand efter frembrud.

På den baggrund konkluderer jeg at der ikke er årsagssammenhæng mellem nuværende behandlingsbehov og traumet i 2001.

Jeg mener ikke at det drejer sig om en tand med standset roddannelse. Jeg mener at den korte rod skyldes apikal rodresorption som er opstået efter at tanden er fuldt dannet. Rodresorptionen er en følge af en kronisk infektion i tandens nerve og omkring rodspidsen.

Hvis 1+ på et tidspunkt i den unge mands liv har fået et mindre traume, (som måske ikke er registreret hos tandlægen) kan der opstå PCO i forbindelse med helingen. I rodslukkede tænder kan det ske ved selv milde traumer som concussion og subluxation. Hvis der sekundært er kommet pulpanekrose i den oblitterede tand kan skadelidte have gået med en apikal infektion over længere tid med resorption af rodspidsen til følge."

Af vurdering af 13/7 2025 fra tandlæge1 indhentet af klageren fremgår bl.a.:

"[klageren] har en tand med infektion omkring rodspidsen som skyldes en tilstand hvor tandnerven progressivt lukkes til ved dannelse af stadig mere mineraliseret væv på væggene i det rum i tanden hvor nerven sidder. Processen kaldes Pulp Chamber Obliteration (PCO) og er altid en følge af et traume. Så langt er der enighed mellem undertegnede og [tandlæge2], og jeg henleder særlig opmærksomhed på dette forhold.

På grund af aflukning af nerverummet er det umuligt at behandle 1+ med rodbehandling (det er forsøgt i mikroskop), og en specialtandlæge vurderer at prognosen ved en kirurgisk behandling er usikker. [klageren] er derfor anbefalet fjernelse af tanden og genopbygning af en ny fortand med et implantat.

Udvikling af infektion i tænder med aflukning af nerverummet (PCO) er ikke en uundgåelig hændelse. Det sker for nogle tænder, men ikke for alle og når det sker, så er det senfølge der oftest først optræder mange år senere. Derfor er [klageren] ikke blevet behandlet tidligere. Gjensidige har givet tilsagn om at dække skaden ind i voksenlivet, bl a fordi senfølger er en biologisk sædvanlig hændelse når det drejer sig om tandtraumer, da mange processer i og omkring tænder foregår meget langsomt.

Desværre har Gjensidige ikke ønsket at holde deres løfte til [klageren] og dække senskader på 1+, og dermed leve op til deres erstatningsudbetalingsforpligtelse og løfte. Gjensidige har betjent sig af en tandlægekonsulent og [tandlæge2], som har speciale i tandtraumer. Som vi skal se anvender de desværre begge usaglige argumenter for at Gjensidige kan afvise erstatningsudbetaling.

Tandlægekonsulenten argumenterer med at

1. Skaden på 1+ er opstået ved et traume i 2005.

2. Anmeldelsen gælder mælketanden, der sad på 1+ plads før 1+ brød frem i munden hvorfor 1+ ikke skulle være dækket.

[tandlæge2] har følgende argumenter

A. At hvis der sker standsning af roddannelsen, som følge af et traume så sker det præcist svarende til det udviklingsstadium som tanden havde på tidspunktet for traumat sv t mindre end halvdelen af længden, hvor længden af roden på 1+ er 3/4.

B. At PCO 'ikke (er) en komplikation som ses i forbindelse med overførte skader fra mælketænder', og at 'PCO ikke er en følge af mælketandstraumat i 2001, men må skyldes en påvirkning af den blivende tand efter frembrud'

C. At et røntgenbillede optaget 15/12 2005 er således beskrevet i journalen: 'rtg 1+1 i.a.' og at der med i.a. menes 'intet abnormt'

D. At der ikke er tale om standset roddannelse, men at den korte rod skyldes senere nedbrydning af roden grundet betændelsen

E. Slutteligt indfører [tandlæge2] et fiktivt, opdigtet traume grebet ud af den blå luft for at kunne forklare hvordan tanden 1+ fik PCO, når nu PCO kun opstår ved traumer.

Ang pkt 1.

Jeg har adresseret dette argument udførligt i et brev til Gjensidige af 15/2 2025. De væsentligste argumenter er at slaget ikke ramte den for denne sag aktuelle tand 1+, og samtidigt fagligt blev anset for at være et meget mildt traume.

[tandlæge2] nævner heller ikke dette traume som en årsag til skaderne på 1+, selvom hun mangler et traume at henvise til

Ang pkt 2.

Gjensidige har for det første selv implicit erkendt at erstatningsudbetalingsforpligtelsen rækker ud over skaderne på mælketanden 01+, ved at nævne at han er dækket 'ind i voksenlivet', hvor mælketanden er tabt for længst.

For det andet er der tale om et meget voldsomt traume i 2001, hvor [klageren] falder ned fra en ... og rammer kanten af kassen med fortænderne. Et sådant traume er ikke begrænset i sin virkning til en tand, fordi energien fra et højenergetisk traume fordeles ud i det omgivende væv - ikke mindst fordi roden af mælketanden i den alder [klageren] havde i 2001 kun er nogle få mm lang (ca 1-3mm) fordi roden stort set er blevet fjernet som forberedelse til at den blivende tand skal komme frem netop i samme alder (6år)

I det følgende gennemgås argumentationen i [tandlæge2]s udtalelse, der er central for Gjensidiges sag. Argumenterne holdes op mod den videnskabelige litteratur. Jeg har med rødt fremhævet de mest væsentlige passager.

Ang pkt A.

[tandlæge2] skriver at hvis der sker standsning af roddannelsen, som følge af et traume, så sker det præcist svarende til det udviklingsstadium som tanden havde på tidspunktet for traumet, men det synspunkt er bare ikke i overensstemmelse med den videnskabelige litteratur. I den følgende undersøgelse konkluderes det at roddannelsen kan standse helt eller *delvist*. [tandlæge2]s udsagn er falsk fordi der netop ikke er dokumentation for den automatik som hun hævder:

'The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors

I. A clinical and histologic study of 117 injured permanent teeth

J. O. ANDREASEN, B. SUNDSTRÖM, J. J. RAVN

abstract – A material of 207 permanent teeth (including 90 cases collected from the literature), traumatized during development by injuries to primary teeth, has been analyzed in a clinical, radiographic, histologic, microradiographic, and electron microscopic study. It appears from this examination that such developmental disturbances may be classified into distinct clinico-pathologic entities, i.e. — (1) white or yellow-brown discoloration of enamel, (2) white or yellow-brown discoloration of enamel and horizontal enamel hypoplasia, (3) crown dilaceration, (4) odontome-like malformation, (5) root duplication, (6) vestibular root angulation, (7) lateral root angulation or dilaceration, (8) partial or complete arrest of root formation, (9) sequestration of entire tooth germ, and (10) ectopic, premature, or delayed eruption or impaction.'¹ <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.1971.tb02013.x>

Ang pkt B.

[tandlæge2] skriver at PCO 'ikke' (er) en komplikation som ses i forbindelse med overførte skader fra mælketænder, og at 'PCO ikke er en følge af mælketandstraumet i 2001, men må skyldes en påvirkning af den blivende tand efter frembrud' Fremhævelsen af 'ikke' er [tandlæge2]s egen. Det tog mig 15 minutter at søge et dokumenteret eksempel frem fra litteraturen som viser at [tandlæge2] **ikke** har ret, og at PCO i en permanent tand kan opstå efter et traume på en mælketand: 'Patient 39 represents the nontrauma phenomenon, namely, damage to a permanent successor of a primary tooth which was adjacent to a traumatized primary incisor. The patient was a 4V4-year-old girl who presented to the Oral Surgery Department 2 days after having fallen at home. Clinical examination revealed intrusion of B_ and soft tissue lacerations. The maxillary primary central incisors had extensive carious lesions. Periapical radiographs taken at this time (Figs 3A, B) confirmed the clinical diagnosis and showed pathologic root resorption of A|A accompanied by periapical bone destruction. The maxillary permanent central and lateral incisors appeared to be normal and were at developmental stage 6. The 2 primary central and the right lateral incisors then were extracted. At age 10 years no enamel mineralization defects were observed in the permanent central incisors. However, a periapical radiograph (Fig 3C) revealed, in addition to mesial caries of 1|, dilaceration of the middle one-third of the root of J_| and an obliteration of its pulp chamber. Its periodontal ligament was also wider when compared to its contralateral.'² PEDIATRIC DENTISTRY/Copyright © 1986 by The American Academy of Pediatric Dentistry Volume 8 Number 4

...

Det skal bemærkes at antallet af videnskabelige artikler om traumeramte mælketænder med follow-up i årevis er stærkt begrænset. Hændelserne er sjældne og individuelle omstændigheder varierer. Videnskabelige artikler om dem er sjældnere. [tandlæge2] hævder dog at noget er umuligt, at der ikke findes sorte svaner og at min forklaring på udseendet af [klageren]s tand er en sort svane som **ikke** findes, MEN her er en anden sort svane, som er veldokumenteret i litteraturen. Omstændighederne er parallelle. Tandtypen er parallel. [tandlæge2]s udsagn har dermed ingen gyldighed.

I [klageren]s tilfælde er der desuden den meget reelle mulighed for at tanden 1+ har siddet så yderligt, fordi den stod umiddelbart foran at bryde frem, at den faktisk er påvirket direkte ved traumet. 'However, other variables rather than the type of injury affecting the primary teeth can influence the damage sustained by the permanent tooth germs. These factors relate to the history of trauma and the age of the child at the time of injury, the force of the impact, and the presence of a fracture of the alveolar process. Sometimes, a hit of high impact may cause severe damage to the developing teeth without affecting the primary incisors (Figure 5A). It is essential to keep in mind that all anterior teeth will absorb a blow over the mouth, even if only 1 or 2 primary incisors are severely displaced. Therefore, clinical and radiographic follow-up is required when expecting severe disturbances after oral trauma of a high impact.'³ Flores MT, Onetto JE. How does orofacial trauma in children affect the developing dentition? Long-term treatment and associated complications. Dent Traumatol. 2019; 35: 312–323.

Ang pkt C.

Det er vanskeligt at gisne om hvad et røntgenbillede, som vi ikke har længere, måtte vise. I den ideelle verden ville hver eneste lille detalje blive beskrevet og diskuteret, det er egentligt det som loven lægger op til. Man kan sige noget om den omhu billedet er blevet studeret med ud fra hvor omfattende tandlægen er i sin beskrivelse. Her står der 'i.a.' Det er ikke voldsomt detaljeret og et sikkert udtryk for at tandlægen har kigget efter nogle få ting som betændelse omkring rodspidsen. At gisne om hvad billedet viste, og betragte det som fakta er usagligt.

Ang pkt D.

[tandlæge2] giver ingen argumenter til begrundelse for sin vurdering af at den korte længde på roden skyldes en senere nedbrydning snarere end en afkortning opstået under roddannelsen 'In older children over 4 years of age, severe impacts to the primary teeth and surrounding bone can result in disturbances affecting the root of the developing permanent tooth.⁶ In general, unless there have been severe tooth displacements, children with injuries to the primary dentition are not diagnosed at the time of injury, and their parents are not aware of the potential sequelae to the developing dentition in the long-term. An interesting systematic review states that the type of injury and the child's age at the time of trauma are the most critical factors to determine the presence of developing disturbances'⁴ Flores MT, Onetto JE. How does orofacial trauma in children affect the developing dentition? Long-term treatment and associated complications. Dent Traumatol. 2019; 35: 312–323.

Og fra en anden artikel

'In contrast, shortened roots as a consequence of impaired or prematurely halted apical growth of HERS constitute the most prevalent radicular dysplasia which occurs due to trauma and unknown reasons as well as in association with dentin disorders.

(...)

The most common true human root malformations can be subdivided into (1) disorders of root development alone and (2) disorders of root development associated with a general tooth dysplasia. Disorders of root development alone comprise:

- Premature arrest of root formation due to an extrinsic adverse effect
- Root dilaceration
- Root malformation associated with a cervical mineralized diaphragm/molar incisor malformation
- Short root anomaly

- Taurodontism

(...)

The same extrinsic adverse effects that entail root resorption can also lead to true developmental disorders, if they affect teeth during root morphogenesis. Most of these disorders are due to a premature arrest of radicular development as a consequence of a direct mechanical dento-periodontal trauma (Andreasen and Flores, 2007), local infection, radiation, or chemotherapy during the period of root morphogenesis (Jaffe et al., 1984; Sonis et al., 1990; Zarina and Nik-Hussein, 2005; Barbería et al., 2008).

A local trauma can also indirectly affect developing permanent teeth when the insult primarily impacts on the primary predecessor. The effects of such indirectly acting traumas usually comprise enamel and (hidden) dentin hypoplasias in the crown, but in severe cases so-called root dilaceration, i.e., a serious root malformation, can ensue (Jafarzadeh and Abbott, 2007; Topouzelis et al., 2010)

(...)

Disorders of Root Development Alone

Premature Arrest of Root Formation

Premature arrest of root formation most frequently results from a direct trauma to a developing tooth (Andreasen and Flores, 2007). If the traumatic insult irreversibly damages the apical periodontal ligament including HERS and the neurovascular supply, these tissues as well as the pulp become necrotic. This occurs particularly in cases of traumatic intrusion and less frequently due to lateral luxations and extrusions (Andreasen and Kahler, 2015). As a consequence root elongation and radicular dentinogenesis stop, leaving a shortened root with thin dentinal walls and a wide open apex. Such teeth are at increased risk of fractures and pose a challenge for the endodontic treatment. Therefore, efforts are made to close the apex using a so-called apexification (Shabahang, 2013) or even pulp revascularization (Wigler et al., 2013; Palit et al., 2014). In fact there is radiographic evidence indicating that root elongation and dentinogenesis can be resumed, forming a complete root with a closed apex (Kottoor and Velmurugan, 2013).⁵

Ang pkt E.

Det væsentligste argument til støtte for at [klageren] skal tilkendes erstatning er, at der som nævnt er faglig enighed om at PCO skyldes traumer alene. [tandlæge2] vælger også at se bort fra traumet på nabotanden +1 når hun skal forklare forekomsten af PCO. Hvis dette traume havde været en sandsynlig årsag til PCO så havde [tandlæge2] nok henvist til det. [tandlæge2] postulerer så i stedet et ikke-eksisterende traume som forklaring. Men man kan ikke træffe en afgørelse på baggrund af fiktive hændelser. 'Det er sandsynligt at politiet ville have fået fotos af tiltalte, hvis der havde været kameraovervågning på gerningsstedet, og med henvisning til disse fotos, der altså sagtens kunne have været optaget på gerningsstedet, kendes tiltalte skyldig' ???

I mangel af en anden reelt eksisterende og troværdig forklaring på PCO, så må man lægge den årsag som faktisk er dokumenteret og anmeldt til grund for forekomsten af PCO, som samtidigt er den tilstand der udløser behandlingsbehovet for [klageren]s tand 1+. Derfor skal [klageren] tilkendes erstatning."

Af vurdering af 2/8 2025 fra tandlæge2 indhentet af selskabet fremgår bl.a.:

"Angående vurdering af årsagssammenhæng mellem nuværende behandlingsbehov 1+ og ulykkestilfælde fra 2001. Skadelidte: [klageren]

Jeg har med interesse læst tandlæge [tandlæge1]s kommentar til min tidligere vurdering af sagen. [tandlæge1] har vedlagt tre artikler. Artiklerne beskriver de forskellige typer af overførte skader man kan se som følge af traume i det primære tandsæt. Vi er ikke uenige om at der kan ske standset roddannelse hvis der overføres et traume fra den primære tand (mælketanden) til det permanente tandkimpl. Det forekommer ikke særlig hyppigt (1-3%) og det vil afspejle det udviklingsstadium tanden er nået til da der sker en beskadigelse af hertvigs epitheliale rodskede ved den apikale del af tandkimpl.

Det fremgår ligeledes af de vedlagte artikler at PCO ikke i litteraturen er beskrevet som en følge af et overført traume fra en primær tand til permanent tand i henhold til Andreasens klassifikation. Jeg kan yderligere henvise til lærebogskapitlet: Andreasen JO, Flores MT, Lauridsen E. Chapter 23 – Injuries to developing teeth. In Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth, 5th ed. 2018 Oxford: Wiley-Blackwell.

Artiklen fra 1986 af Zilberman et al., fremsendt af [tandlæge1], nævner et enkelt tilfælde hvor der ses irregulært forløb af roddannelsen og obliteration af pulpakammeret, men ikke rodkanalen. Det er efter min mening ikke sammenligneligt med det radiologiske billede af [klageren]s tand hvor der ses jævn obliteration af hele krone- og rod pulpakammer.

PCO er en komplikation der typisk opstår som følge af et traume direkte på tanden (McCabe PS, Dummer PM. Pulp canal obliteration: an endodontic diagnosis and treatment challenge. Int Endod J. 2012 Feb;45(2):177-97). Det skyldes at kar og nerveforsyningen til tanden er blevet helt eller delvis beskadiget. Reguleringen af odontoblasterne i den vitale pulpa bliver påvirket således at der sker en overproduktion af dentin. Her ses udfyldning af både koronalt og radikulært pulpacavum, hvilket svarer til det radiologiske billede af [klageren]s tand.

På baggrund af litteraturen er det altså overvejende sandsynligt at PCO i [klageren]s tand er opstået som en følge af en påvirkning der er sket efter den blivende tands frembrud.

Vi kan se at tanden på røntgen fra 2023 fremstår med kortere rod (ca ¾ rodlængde), obliteration af pulpa (PCO) og en apikal opløring. Den afkortede rod kan skyldes to ting.

1. Standset roddannelse inden tanden var færdigdannet
2. Apikal resorption som følge af en længerevarende infektion omkring rodspidsen.

Vi kan ikke med sikkerhed vide om der er tale om standset roddannelse eller rodresorption som er opstået langt senere pga. persisterende apikal infektion, eller måske begge dele, da vi kun har adgang til røntgen fra 2023 og 2025. Vi kan altså ikke sammenligne med tidligere røntgenbilleder.

Når jeg ser på røntgenbilledet fra 2023 og CBCT scanningen fra 2025 så bemærker jeg at rodlængden svarer til ¾ del af den forventede rodlængde. Det svarer ikke til den forventede rodlængde på en fortand som endnu ikke er frembrudt. Jeg kan henvise til atlas of tooth development and eruption (<https://www.qmul.ac.uk/dentistry/atlas/>) der viser forventet tanddannelse på forskellige alderstrin. Hvis traumet i 6-års alderen havde forårsaget standset roddannelse, så ville det forventes at det svarer til det roddannelsesstadium der var på skadestidspunktet. Rtg viser irregulært forløb af rodspidsen hvilket tyder på resorption i relation til den apikale infektion.

1+ mistes nu på grund af en pulpal og periapikal infektion som det ikke er muligt at behandle på grund af PCO. PCO er altså en afgørende faktor for at tanden nu mistes. Da PCO ikke i henhold til Andreasens klassifikation er beskrevet i litteraturen som en komplikation der opstår som følge af et overført traume fra primær tand til permanent tandkim, og at tandens rodlængde ikke svarer til tanddannelsestadiet i 6-års alderen, så mener jeg at der med overvejende sandsynlighed ikke er årsagssammenhæng mellem tandtab 1+ og traumet på den primære tand i 6-års alderen.

Det fremgår derimod af [tandlæge1]s journalnotat fra d 27/10 2023 at skli. oplyser: 'Oplevede et alvorligt tandtraume på 1+ i 8-års alderen som udløste tandlægeskrækken.' Skli har altså oplyst til tandlægen at der har været et traume i 8 års alderen. Det stemmer fint overens med det radiologiske billede af en oblitereret 1+ med $\frac{3}{4}$ roddannelse. Journal fra børnetandplejen er desværre ikke tilgængelig fra dette tidspunkt."

Af vurdering af 21/9 2025 fra tandlæge1 indhentet af klageren fremgår bl.a.:

"Sektion I: Angående sagens reelle indhold

Min patient [klageren] har fået en behandlingskrævende infektion i sin fortand 1+, som er et resultat af en tilstand Pulp Chamber Obliteration (PCO), og PCO kan alene skyldes et tandtraume. Som tidligere forklaret, er udseendet af tanden 1+ patognomonisk for tilstanden PCO, hvilket på almindelig dansk betyder, at udseendet er entydigt forbundet med tilstanden. Der findes ikke andre årsager til, at PCO opstår, end tandtraumer.

Der er således etableret en kausal årsagssammenhæng mellem et tandtraume og behandlingsbehovet i [klageren]s tand. Der er enighed om dette forhold med Gjensidiges eksterne tandlægekonsulent.

[klageren] oplevede et meget voldsomt tandtraume i 2001, hvor han faldt ned af en ... og blev ramt på munden af kanten af kassen. Dette er det eneste tandtraume, der er registreret på tanden 1+.

Sagens fakta er således faktisk ret enkle, men alligevel forsøger Gjensidige at slippe for at betale, og det gør de desværre ved at henvise til ting, som ikke er fakta.

Gjensidiges egen tandlægekonsulent har afgivet udtalelser, som der ikke er faglig dækning for:

1. **At tanden også blev ramt af et traume i 2005, og at dette traume er den egentlige årsag til behandlingsbehovet.** Gjensidige har afvist [klageren]s anmodning om dækning med henvisning til, at behandlingsbehovet skyldtes traumet i 2005. Når man læser journalen, står der tydeligt, at det ikke var tanden 1+, der blev ramt, men at det var tanden +1, og at traumet var meget mildt. Tanden +1 fejler faktisk heller ingen ting, og det er således svært at forstå, hvordan skaderne på 1+ skulle kunne skyldes dette traume på +1. Gjensidige bringer ingen begrundelse eller forklaring på hvordan, og man må sige, at der absolut ikke er faglig begrundelse for at hævde dette.

2. **At traumet i 2001 alene ramte mælketanden og ikke den blivende tand, som lå umiddelbart under mælketanden tæt på overfladen.** Som jeg har redegjort for tidligere og dokumenteret med videnskabeligt funderede faglige artikler, så forsvinder energien ved et sådant voldsomt traume ikke efter at have ramt en spinkel mælketand med kort rod. Denne tand bliver slået til side, og energien forplantes ud i hele det omkringliggende område på samme måde, som et hoved, der rammes af en tagsten, heller ikke kun får skader på håret, selvom håret rammes først. I en viden-

skabeligt funderet artikel står der det stik modsatte af, hvad Gjensidiges tandlægekonsulenter hævder:

Citat 1

'However, other variables rather than the type of injury affecting the primary teeth can influence the damage sustained by the permanent tooth germs. These factors relate to the history of trauma and the age of the child at the time of injury, **the force of the impact**, and the presence of a fracture of the alveolar process. **Sometimes, a hit of high impact may cause severe damage to the developing teeth without affecting the primary incisors (Figure 5A). It is essential to keep in mind that all anterior teeth will absorb a blow over the mouth, even if only 1 or 2 primary incisors are severely displaced.** Therefore, clinical and radiographic follow-up is required when expecting severe disturbances after oral trauma of a high impact.'¹ Flores MT, Onetto JE. How does orofacial trauma in children affect the developing dentition? Long-term treatment and associated complications. Dent Traumatol. 2019; 35: 312–323.

3. Den blivende tand 1+ var et tandanlæg med roden åben. Her forudsætter tandlægen, at roden på tanden 1+ var aflukket. Men da den skadelidte er født i [1990'erne], og skaden sker på mælketanden 01+ i 2001, er tanden 1+ helt rodåben og ikke påvirkelig for den type senskader. Jeg har udtrykkeligt forklaret det modsatte af, hvad Gjensidiges tandlægekonsulent citerer mig for at sige. Jeg har godtgjort med henvisning til videnskabeligt funderede faglige artikler, at sandsynligheden for, at der udvikles PCO, er langt højere i en rodåben tand, og som Gjensidige selv nævner, er 1+ netop rodåben i 2001, hvorfor det giver god mening, at PCO er opstået på dette tidspunkt, hvor sandsynligheden for denne type skade er størst. Det er særdeles usagligt at fejlcitere mig i disse udtalelser.

Man kan ikke som tandlæge hævde disse ting i god tro. Selv efter at være blevet gjort opmærksom

på, at traumet i 2005 ramte en anden tand, fortsætter Gjensidige med at insinuere, at det kunne være årsagen, bl.a. ved at skrive, at 'fortænderne' blev ramt ved traumet. Der foreligger ingen oplysninger om, at 1+ blev ramt.

Samtidig har Gjensidige været i stand til at finde oplysninger om sagen, som de først havde hævdet, at de slet ikke lå inde med længere, når de åbenbart mente, de selv havde gavn af disse oplysninger.

Sagen burde være afsluttet her ved, at Gjensidige anerkendte, at der ikke findes reelle og saglige argumenter for, at skaderne på [klageren]s 1+ skyldes andet end det eneste registrerede og meget alvorlige traume i 2001.

Men Gjensidige vil ikke betale og finder nu en ekstern tandlægekonsulent [tandlæge2], som er ... med speciale i tandtraumer, med den hensigt at udelukke, at traumet i 2001 kunne være årsag til den PCO, som er årsag til infektionen, for kun dermed slipper Gjensidige for at udbetale en erstatning.

Det er en snedig strategi, som fjerner fokus fra sagens egentlige fakta og erstatter diskussionen om fakta med en meget teoretisk diskussion, som er vanskelig at forstå for lægmænd og kan fortættes ad absurdum ved hele tiden at kaste nye postulater ind i diskussionen, som det er kræven-
de og omfangsrigt at tilbagevise. Det er dog også ulovligt.

Autorisationslovens § 20 lyder sådan:

Erklæringer

§ 20. En autoriseret sundhedsperson skal ved udfærdigelse af erklæringer, som vedkommende afgiver i sin egenskab af autoriseret sundhedsperson, udvise omhu og uhildethed.

Grunden til, at det [tandlæge2] foretager sig, er ulovligt, er, at patienter helst ikke skulle stå i en situation som den, [klageren] står i, hvor han er helt afhængig af at have en tandlæge, der kan og vil hjælpe ham med at føre denne sag, hvor et forsikringsselskab behændigt dribler sig ud af et erstatningsansvar ved at anvende en købt konsulent, som er villig til at sælge erklæringer, som passer til forsikringsselskabets behov, og hvor autorisation og fagligt renommé skal stå til sikkerhed for seriøsiteten i erklæringen. Erklæringer, som i hvert fald er egnede til at trække en ellers ligefrem sag ned i et mudret morads af højt sofistikerede og specielle faglige argumenter, som ingen lægmænd eller almindelige tandlæger rigtigt har en egentlig primær indsigt i, og hvor de så eventuelt føler sig betryggede af konsulentens autorisation og renommé og træffer den afgørelse, forsikringsselskabet ønsker.

Man ser, hvor tendentiøs og usaglig [tandlæge2]s udtalelser er, når hun misrepræsenterer mit journalnotat fra [klageren]s første besøg, hvor vi talte om årsagen til hans tandlægeangst, og han fortæller om traumet, som han ikke husker den præcise dato for, hvilket vel er ret naturligt, da han var ca. ... år gammel og ikke havde adgang til journalmaterialet under sit tandlægebesøg hos mig. [klageren] anede faktisk ikke noget om, at hans tand var syg, da han mødte op. Der har aldrig været symptomer fra infektionen.

Jeg har anbefalet [klageren] at klage over [tandlæge2] til Styrelsen for Patientklager. Vi er nødt til at have prøvet, om det, vi har set i denne sag, er lovligt, og det afgøres af Styrelsen for Patientklager. Sådan er loven i dette land, og enhver borger har ret til at få sin sag prøvet. Det er på ingen måde beklageligt – det er sådan, et retssamfund fungerer, hvor borgerne netop ikke er prisgivet den stærkes ret.

Sektion II: Angående [tandlæge2]s vildledende erklæringer, som indfører fiktive hændelser

[tandlæge2] nævner fire forhold (A-D), som giver hende anledning til at postulere et fiktivt tandtraume, som er frit opfundet til lejligheden (E), og som løser Gjensidiges problem med, hvordan PCO så opstod, hvis det ikke skyldtes det eneste registrerede traume i 2001, da der er enighed om, at PCO kun opstår ved tandtraumer:

A. At hvis der sker standsning af roddannelsen som følge af et traume, så sker det præcist svarende til det udviklingsstadium, som tanden havde på tidspunktet for traumet, svarende til mindre end halvdelen af længden, hvor længden af roden på 1+ er 3/4.

B. At PCO 'ikke (er) en komplikation, som ses i forbindelse med overførte skader fra mælketænder', og at 'PCO ikke er en følge af mælketandstraumet i 2001, men må skyldes en påvirkning af den blivende tand efter frembrud'.

C. At et røntgenbillede optaget 15/12 2005 er således beskrevet i journalen: 'rtg 1+1 i.a.' og at der med i.a. menes 'intet abnormt'.

D. At der ikke er tale om standset roddannelse, men at den korte rod skyldes senere nedbrydning af roden grundet betændelsen.

E. Slutteligt indfører [tandlæge2] et fiktivt, opdigtet traume grebet ud af den blå luft for at kunne forklare, hvordan tanden 1+ fik PCO, når nu PCO kun opstår ved traumer.

Som jeg gør opmærksom på i min kommentar til [tandlæge2]s udtalelse, så er [tandlæge2] enig i, at PCO kun opstår efter tandtraumer, og Gjensidige slipper derfor kun for at betale, hvis det kan bevises, at traumet i 2001 ikke kunne være årsag til PCO, da der ikke er oplysninger om andre reelle traumer på tanden 1+.

Ang. pkt. B

[tandlæge2] konkluderer derfor meget definitivt under punkt B, at PCO '**ikke**' (hendes fremhævning) kan opstå som en overført skade fra mælketænder. Alligevel kan jeg efter få minutters søgning finde et veldokumenteret eksempel fra litteraturen. Dette er væsentligt, fordi [tandlæge2]s udtalelse ikke kan fungere som bevis for, at traumet i 2001 ikke kunne forårsage PCO, hvis der ikke er faglig dækning for hendes udtalelse, og det er netop tilfældet, når der er andre veldokumenterede tilfælde i litteraturen.

Hvis traumet i 2001 i litteraturen kan vises at give skader magen til dem, [klageren]s 1+ har, ja så er der ingen dækning for [tandlæge2]s udtalelse:

Det er, som allerede nævnt, en **falsk præmis**, at traumet i 2001 kun ramte mælketanden.

Som nævnt og dokumenteret ovenfor (Citat 1), så stopper udbredelse af energien ikke ved, at kanten af ... rammer mælketanden. Der er tale om en kant, som rammer en løsnet tand og blødt tandkød, og den kan meget vel fortsætte den millimeter eller to ind i tandkødet på [klageren], hvor hans blivende tand 1+ ligger under overfladen og **derved selv forårsage et direkte traume på tandkimen af 1+.** Det er langt det mest sandsynlige hændelsesforløb. [tandlæge2] skylder at forklare, hvordan så voldsomt et slag kun rammer mælketanden. Når [tandlæge2] forbigår denne meget sandsynlige forklaring og årsag til PCO i tanden, så er det direkte vildledende. Hun har heller ikke i sin nye kommentar adresseret dette forhold eller kommenteret på Citat 1.

I sin nye udtalelse fastholder [tandlæge2] sine udtalelser, og igen gøres der meget ud af, at traumet ramte mælketanden, og at:

'Det fremgår ligeledes af de vedlagte artikler, at PCO ikke i litteraturen er beskrevet som en følge af et overført traume fra en primær tand til permanent tand i henhold til Andreasens klassifikation. Jeg kan yderligere henvise til lærebogskapitlet: Andreasen JO, Flores MT, Lauridsen E. Chapter 23 – Injuries to developing teeth. In Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth, 5th ed. 2018 Oxford: Wiley-Blackwell.

Artiklen fra 1986 af Zilberman et al., fremsendt af [tandlæge1], nævner et enkelt tilfælde, hvor der ses irregulært forløb af roddannelsen og obliteration af pulpakammeret, men ikke rodkanalen. Det er efter min mening ikke sammenligneligt med det radiologiske billede af [klageren]s tand, hvor der ses jævn obliteration af hele krone- og rod pulpakammer.'

Til hvilket der er at sige, at:

Det er direkte vildledende, når [tandlæge2] skriver, at det fremgår af de artikler, jeg har vedlagt, at PCO ikke ses som en følge af et traume på en mælketand. Citat 1 nævner udtrykkeligt, at der kan ske alvorlige skader på tænder under udvikling efter slag, som rammer mælketænder, og artiklen fra Zilberman viser et dokumenteret eksempel.

For så vidt angår hendes nye udtalelse om, at

'Artiklen fra 1986 af Zilberman et al., fremsendt af [tandlæge1], nævner et enkelt tilfælde, hvor der ses irregulært forløb af roddannelsen og obliteration af pulpakammeret, men ikke rodkanalen.

Det er efter min mening ikke sammenligneligt med det radiologiske billede af [klageren]s tand, hvor der ses jævn obliteration af hele krone- og rod-pulpakammer.'

Så vil jeg gøre ankenævnet opmærksom på, at a) [tandlæge2] modificerer sin vurdering til, at det handler om hendes egen 'mening' og ikke veldokumenterede fakta, og b) at det ikke er mærkeligt, at hun skriver sådan, fordi det faktisk er veldokumenteret, at forkalkningsprocessen oftest starter øverst i tandkronen i pulpakammeret for så med tiden at forkalke rodkanalen i retning oppefra og ned mod spidsen af roden. Forskellen mellem Zilbermans tilfælde i artiklen og [klageren]s tand er alene, at processen er løbet til ende i [klageren]s tand, fordi han er ældre, og processen har fået tid til at løbe til ende. Der er med andre ord ikke nogen grund til, at [tandlæge2] skriver, at det ikke er sammenligneligt. Dette er veldokumenteret i den videnskabelige litteratur:

Citat 2

'Physiopathology of PCO after TDI

Accelerated hard tissue formation within the pulp cavity in the first year after trauma is usually diagnosed in imaging exams. A reduction in the size of the coronal pulp chamber is **initially** observed, and **is followed** by the gradual narrowing of the entire root canal, not rarely leading to complete obliteration, although a narrow root canal space always persists histologically.^{17,28} (...)

Since obliteration progresses in a corono-apical direction, partial PCO usually affects the pulp chamber and the coronal part of the canal, whereas the radicular part remains visible, albeit markedly narrowed (Figure 1).^{6,18,27} There are also clinical reports of partial PCO affecting only the apical third of the root canal (Figure 2).^{40,41} Total PCO is diagnosed when both aspects of the pulp cavity are hardly discernible, or not at all visible (Figure 3).'² Bastos JV, Côrtes MIS. Pulp canal obliteration after traumatic injuries in permanent teeth - scientific fact or fiction? Braz Oral Res. 2018 Oct 18;32(suppl 1):e75.

Det er fuldstændigt uacceptabelt og grotesk, at [tandlæge2] fører Ankenævnet bag lyset på denne måde, og det er grunden til, at jeg har anbefalet [klageren] at klage over [tandlæge2]s nye udtalelse også.

Ang. pkt. A + D

Man har vidst siden 1969, at roddannelsen kan fortsætte efter et traume:

Citat 3

'It is believed that normal root development and odontoblastic differentiation would cease upon the destruction of HERS. However, some studies reported continued root formation after trauma and sometimes even after infection⁴⁻⁹). In other reports, a separately growing root tip was observed in the apical area of the main root end after trauma to an immature tooth, as SCAP and HERS can easily be detached by an external force due to their loose attachment to the apex⁵⁻⁹).'³ Lee, Ju-Eun & Kim, Young-Jin & Kim, Hyun-Jung & Nam, Soon-Hyeun. (2013). CONTINUED ROOT DEVELOPMENT AFTER AVULSION OF IMMATURE TEETH. THE JOURNAL OF THE KOREAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. 40. 10.5933/JKAPD.2013.40.2.127.

4. Jeg vedlægger referencerne 4-9, som der henvises til i artiklen:

Andreasen JO, Borum MK, Andreasen FM: Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 3.

Factors related to root growth. Endod Dent Traumatol, 11:69-75, 1995.

5. Gibson AC: Continued root development after traumatic avulsion of partly-formed permanent incisor. Br Dent J, 126:356-7, 1969.
6. Barker BC, Mayne JR: Some unusual cases of apexification subsequent to trauma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 39:144-50, 1975.
7. Burley MA, Reece RD: Root formation following traumatic loss of an immature incisor: a case report. Br Dent J, 141:315-6, 1976.
8. Smith BE, Thaler MN: Detached root apexogenesis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 73:129, 1992.
9. Welbury R, Walton AG: Continued apexogenesis of immature permanent incisors following trauma. Br Dent J, 187:643-4, 1999.

Det er derfor vildledende at blive ved med at tale om længden på roden, som et bevis på, at PCO opstod senere, da roden har 3/4 af den normale længde. Som citat 3 og referencerne 4-9 viser så er en spontan genoptagelse af roddannelsen en helt reel mulighed. Man kan derfor ikke konkludere at rodlængden beviser at traumet der udløste PCO må være sket senere, og ikke kan være traumet i 2001.

På samme måde er der ikke skyggen af bevis for, at formen på roden skulle indikere en senere afkortning. Inflammatorisk betinget rodresorption efterlader ikke en jævn konveksitet af rodens overflade, men skaber et 'afgnavet' udseende som når en larve har spist af et blad fra kanten og ind mod midten.

Det er i øvrigt selvmodsigende at hævde begge dele: at roden dels er standset i vækst af et senere traume efter 2001 OG at der er tydelige tegn på, at roden er afkortet senere pga. betændelse (inflammationsbetinget resorption).

Således er det klart dokumenteret med videnskabeligt funderede artikler, at der ikke er faglig dækning for [tandlæge]s postulater, og at det er aldeles useriøst at postulere et fiktivt traume til at forklare forekomsten af PCO. Det er klart et udtryk for at skabe et alibi til Gjensidige for at nægte at udbetale erstatning til [klageren]. Der er intet fagligt belæg for at gøre dette, som det er vist, og yderligere diskussion omkring dette tjener næppe noget andet formål end at trække sagen i langdrag."

Af mail af 7/10 2025 fra selskabets tandlæge til selskabet fremgår bl.a.:

"Jeg ønsker ikke at fortsætte diskussionen med [tandlæge1]. Jeg har givet min faglige vurdering og har ikke yderligere at tilføje. Ankenævnet må tage stilling ud fra det materiale der foreligger eller bede om en vurdering fra en anden specialist."

Nævnet udtaler:

Klagerens familiemedlem anmeldte den 23/5 2001, at klageren, der dengang var 6 år, var faldet og havde slået tænderne 01+01. Selskabet anerkendte skaden. I januar 2024 fremsendte klageren behandlingsoverslag vedrørende tanden 1+. Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at der ikke er årsagssammenhæng mellem skaden i 2001, og det nu opståede behandlingsbehov. Klageren ønsker dækning.

Klageren har anført, at den blivende fortand 1+ er skadet, hvilket er bekræftet som en følge af den tidligere skade på mælketanden 01+. Klageren har anført, at tandlæge1 har vurderet, at der er en direkte årsagssammenhæng. Klageren har anført, at "det er ret tydeligt, at ved første udtalelse kommer [tandlæge2] med et svar, og da [tandlæge1] kommer med et modsvar, ændrer [tandlæge2] sin udtalelse og giver [tandlæge1] ret i brevet fra d. 2.8.25. Det indikerer for mig allerede, at det første svar ikke har været fagligt korrekt, og at det kun er for at hjælpe [selskabet]. At hun melder, at hun ikke ønsker at bistå i sagen længere, fordi der blive klaget til Styrelsen for patientklager, indikerer også at hendes udtalelse heller ikke tåler at blive gennemlæst af andre myndigheder". Klageren har anført, at "[tandlæge2] omtaler et tandtraume, i udtalelsen d. 2/8-2025, fra [klageren] da han var 8 år gammel, hvilket vil svare til at der i tandlægejournalerne fra [skole] skulle være omtalt noget fra 2003. Hvis man nærstudere disse journaler fra tandplejen på [skole] ... vil man kunne læse, at der ikke er sket et traume på tanden 1+ i 2003, det omtaler derimod en hvid plet på tanden, som de ikke mener stammer fra tandtraumet i 2001, da kronen på det tidspunkt var næsten fremme (den permanente tandkim). Vi må gå ud fra, at [skole]s tandpleje henviser til traumet i 2001, da der ikke et sket yderligere tandtraumer mellem 2001-2003. Dette understøtter igen [tandlæge1]s forklaring på, at alt energien/slaget fra traumet i 2001 på 1+ mælketand, forplantede sig i den blivende tand 1+ og har forårsaget den skade som [klageren] står med i dag, hvilket vil resultere i, at [klageren] mister sin tand". Klageren har anført, at "det er dybt problematisk, at [selskabet] først nu efter vi har påtalt det for [nævnet], kan finde en masse papirer frem [før 2012] ... At de fusionere med [andet forsikringsselskab] i 2006 og hvordan de håndtere det, er det på ingen måde kundens ansvar. At de så bagefter pludselig kan finde datoer og papirer, når vi påtaler det for Ankenævnet, skaber for mig mistillid til [selskabet]".

Selskabet har anført, at den blivende tand 1+ på skadetidspunktet var et tandanlæg og med helt åben rod, og tanden var derfor ikke påvirkelig for den type senskader efter en luksation/et traume. Selskabet har anført, at den blivende tand 1+ normalt er færdigdannet i 10-11 årsalderen og dermed ville fejl i roddannelsen og/eller andre komplikationer være registreret senest ved undersøgelsen den 15/12 2005 eller ved kontrolundersøgelsen 21/12 2005. Selskabet har anført, at PCO (pulpa obliteration) ikke er en komplikation, som ses i forbindelse med overførte skader fra mælketænder, men udelukkende som en helingskomplikation af den direkte traumatiserede tand. Selskabet har anført, at både selskabets tandlægekonsulent og en kompetent ekstern tandlæge har vurderet, at der ikke er årsagssammenhæng mellem traumet i 2001 mod mælketanden 1+ og det nu opståede behandlingsbehov.

Det fremgår af vurdering af 9/3 2025 fra selskabets tandlægekonsulent, at "Det afgørende i denne sag er, hvorvidt et traume den 23. maj 2001 og/eller et traume den 15. december 2005 og/eller andre forhold (grundlidelse) er årsag til en række behandlingskrævende forhold om tanden 1+. Forhold der registreres ved en undersøgelse den 27. oktober 2023. I forlængelse af ulykken i 2001 noterer tandlægen den 27. august 2003 at en lille hvid plet på tanden 1+ ikke har årsag i det tidligere traume. Der noteres desuden plak (bakterier) på fortænderne. Ved en ny undersøgelse den 29. januar 2004 ses fortænderne igen med plak og normale relationer. Der er ingen bemærkninger om unormale forhold ved 1+. Ved endnu en undersøgelse den 30. maj 2005 (4 år efter traumet) er der fortsat ingen notater om behandlingskrævende forhold ved tanden 1+. Den 15. december 2005 skete et nyt traume der påvirker overlæben og tanden +1. I den forbindelse optages røntgen og der noteres ingen sygdomsforhold omkring tanden 1+. Der noteres et slid gennem emaljen på tanden 1+ den 24. august 2020. Indstilling: Jeg vil rigtig gerne hjælpe, og jeg har med interesse læst indlægget fra tandlæge[1], men der er fortsat ikke tilvejebragt den nødvendige dokumentation for at ulykken i 2001 har medført negative konsekvenser. Ved den vurdering lægges der fortsat vægt på: - Ved undersøgelser i 2003, 2004 og 2005 er der ingen notater om komplikationer med tanden 1+ - Ved yderligere en undersøgelse og en kontrolundersøgelse efter et nyt traume i december 2005 optages røntgen og det noteres specifikt i journalen at der ingen sygdom ses omkring tænderne 1+, +1. Der er således 4 års

opfølgning på traumet der påvirkede mælketanden 01+, uden der i perioden 2001 til 2004 er notater om komplikationer, og tillige røntgen fra december 2005. Skadelidte er [født i 1990'erne], og ved røntgenoptagelsen i december 2005 var skadelidte mere end 11 år. Den blivende tand 1+ er normalt færdigdannet i 10-11 års alderen, og dermed ville fejl i roddannelsen og eller andre komplikationer være registreret senest ved undersøgelsen den 15. december 2005 eller ved kontrolundersøgelsen den 21. december 2005".

Det fremgår af vurdering af 4/7 2025 fra tandlæge2 indhentet af selskabet, at "Angående vurdering af årsagssammenhæng mellem nuværende behandlingsbehov 1+ og ulykkestilfælde fra 2001 ... I 2001 var skadelidte [født i 1990'erne] gammel og de blivende tænder endnu ikke frembrudt. Hvis der på det tidspunkt sker et traume som overføres til den blivende tands tandanlæg, så kan det medføre rodafbøjning eller standset roddannelse svarende til præcis det udviklingsstadium som tanden havde på det pågældende tidspunkt. Når jeg ser på rodens længde på røntgenbilledet fra 2023 så svarer det ikke til det forventede roddannelsesstadium i 6 års alderen. En blivende tand bryder frem når halvdelen af roden er dannet. Dvs. på traumetidspunktet i 2001 er det forventeligt at mindre end halvdelen af roden var dannet da den blivende tand ikke var brudt frem i munden endnu. På røntgenbilledet fra 2023 ses $\frac{3}{4}$ rod længde på 1+. Dertil kommer at Tandlægen i journalen fra 2005 skriver intet abnormt ved beskrivelsen af røntgenbilledet af 1+1. Det ville absolut være et abnormt fund hvis roddannelsen var standset eller på anden måde afvigende. Desværre er røntgenbilledet fra 2005 ikke tilgængeligt. Pulpaobliteration (PCO) er et fænomen man ser når en tand har været udsat for et traume. Det skyldes at kar og nerveforsyningen til tanden er blevet helt eller delvis beskadiget. Reguleringen af odontoblasterne i den vitale pulpa bliver påvirket således at der sker en overproduktion af dentin. En oblittereret tand har forøget risiko for at udvikle pulpanekrose på sigt. Det er **ikke** en komplikation som ses i forbindelse med overførte skader fra mælketænder, men udelukkende som en helingskomplikation af den direkte traumatiserede tand. Det er derfor min vurdering at PCO ikke er en følge af mælketandstraumet i 2001, men må skyldes en påvirkning af den blivende tand efter frembrud. På den baggrund konkluderer jeg at der ikke er årsagssammenhæng mellem nuværende behandlingsbehov og traumet i 2001. Jeg mener ikke at det drejer sig om en

tand med standset roddannelse. Jeg mener at den korte rod skyldes apikal rodresorption som er opstået efter at tanden er fuldt dannet. Rodresorptionen er en følge af en kronisk infektion i tandens nerve og omkring rodspidsen. Hvis 1+ på et tidspunkt i den unge mands liv har fået et mindre traume, (som måske ikke er registreret hos tandlægen) kan der opstå PCO i forbindelse med helingen. I rodslukkede tænder kan det ske ved selv milde traumer som concussion og subluxation. Hvis der sekundært er kommet pulpanekrose i den oblitterede tand kan skadelidte have gået med en apikal infektion over længere tid med resorption af rodspidsen til følge".

Det fremgår af selskabets brev af 7/7 2025 til nævnet, at "Vores tandlægekonsulent ... fastholder sin vurdering. Han oplyser følgende: *Tandlægen[1] forudsætter i sin argumentation at tanden 1+ blev påvirket ved ulykken. Men det er jo ikke tilfældet. Det var mælketanden der blev påvirket! Tandlægen[1] beskriver en luksation (traume) af den skadede tand (1+), men tand blev ikke påvirket med en luksation ved ulykken – det gjorde mælketanden 01+. Den blivende tand 1+ var et tandanlæg og med roden åben. Her forudsætter tandlægen at roden på tanden 1+ var aflukket. Men da skadelidte [født i 1990'erne] og skaden sker på mælketanden 01+ i 2001 er tanden 1+ helt rodåben og ikke påvirkelig for den type senskader. Der er sammenfattende ikke tilvejebragt dokumentation for at en skade på mælketanden 01+ i 2001 har påvirket den blivende tand 1+.*"

Det fremgår af vurdering af 13/7 2025 fra tandlæge1 indhentet af klageren, at "[tandlæge2] skriver at PCO 'ikke (er) en komplikation som ses i forbindelse med overførte skader fra mælketænder', og at 'PCO ikke er en følge af mælketandstraumet i 2001, men må skyldes en påvirkning af den blivende tand efter frembrud' ... Det tog mig 15 minutter at søge et dokumenteret eksempel frem fra litteraturen som viser at [tandlæge2] ikke har ret, og at PCO i en permanent tand kan opstå efter et traume på en mælketand: ... Det skal bemærkes at antallet af videnskabelige artikler om traumeramte mælketænder med follow-up i årevis er stærkt begrænset. Hændelserne er sjældne og individuelle omstændigheder varierer ... I [klageren]s tilfælde er der desuden den meget reelle mulighed for at tanden 1+ har siddet så yderligt, fordi den stod umiddelbart foran at bryde frem, at den faktisk er påvirket direkte ved traumet ... [tandlæge2]

giver ingen argumenter til begrundelse for sin vurdering af at den korte længde på roden skyldes en senere nedbrydning snarere end en afkortning opstået under roddannelsen ... Det væsentligste argument til støtte for at [klageren] skal tilkendes erstatning er, at der som nævnt er faglig enighed om at PCO skyldes traumer alene ... I mangel af en anden reelt eksisterende og troværdig forklaring på PCO, så må man lægge den årsag som faktisk er dokumenteret og anmeldt til grund for forekomsten af PCO, som samtidigt er den tilstand der udløser behandlingsbehovet for [klageren]s tand 1+".

Det fremgår af vurdering af 2/8 2025 fra tandlæge2 indhentet af selskabet, at "[tandlæge1] har vedlagt tre artikler. Artiklerne beskriver de forskellige typer af overførte skader man kan se som følge af traume i det primære tandsæt. Vi er ikke uenige om at der kan ske standset roddannelse hvis der overføres et traume fra den primære tand (mælketanden) til det permanente tandkim. Det forekommer ikke særlig hyppigt (1-3%) og det vil afspejle det udviklingsstadium tanden er nået til da der sker en beskadigelse af hertvigs epitheliale rodskede ved den apikale del af tandkimet. Det fremgår ligeledes af de vedlagte artikler at PCO ikke i litteraturen er beskrevet som en følge af et overført traume fra en primær tand til permanent tand i henhold til Andreasens klassifikation ... Artiklen fra 1986 af Zilberman et al., fremsendt af [tandlæge1], nævner et enkelt tilfælde hvor der ses irregulært forløb af roddannelsen og obliteration af pulpakammeret, men ikke rodkanalen. Det er efter min mening ikke sammenligneligt med det radiologiske billede af i [klageren]s tand hvor der ses jævn obliteration af hele krone- og rod pulpakammer. PCO er en komplikation der typisk opstår som følge af et traume direkte på tanden ... Det skyldes at kar og nerveforsyningen til tanden er blevet helt eller delvis beskadiget. Reguleringen af odontoblasterne i den vitale pulpa bliver påvirket således at der sker en overproduktion af dentin. Her ses udfyldning af både koronalt og radikulært pulpacavum, hvilket svarer til det radiologiske billede af i [klageren]s tand. På baggrund af litteraturen er det altså overvejende sandsynligt at PCO i [klageren]s tand er opstået som en følge af en påvirkning der er sket efter den blivende tands frembrud. Vi kan se at tanden på røntgen fra 2023 fremstår med kortere rod (ca ¾ rodlængde), obliteration af pulpa (PCO) og en apikal opklaring. Den afkortede rod kan skyldes to ting. 1. Standset roddannelse inden tanden var færdigdannet 2. Apikal resorption som følge

af en længerevarende infektion omkring rodspidsen. Vi kan ikke med sikkerhed vide om der er tale om standset roddannelse eller rodresorption som er opstået langt senere pga. persisterende apikal infektion, eller måske begge dele, da vi kun har adgang til røntgen fra 2023 og 2025. Vi kan altså ikke sammenligne med tidligere røntgenbilleder. Når jeg ser på røntgenbilledet fra 2023 og CBCT scanningen fra 2025 så bemærker jeg at rodlængden svarer til $\frac{3}{4}$ del af den forventede rodlængde. Det svarer ikke til den forventede rodlængde på en fortand som endnu ikke er frembrudt ... Hvis traumet i 6-års alderen havde forårsaget standset roddannelse, så ville det forventes at det svarer til det roddannelsesstadium der var på skadestidspunktet. Rtg viser irregulært forløb af rodspidsen hvilket tyder på resorption i relation til den apikale infektion. 1+ mistes nu på grund af en pulpal og periapikal infektion som det ikke er muligt at behandle på grund af PCO. PCO er altså en afgørende faktor for at tanden nu mistes. Da PCO ikke i henhold til Andreasens klassifikation er beskrevet i litteraturen som en komplikation der opstår som følge af et overført traume fra primær tand til permanent tandkime, og at tandens rodlængde ikke svarer til tanddannelsesstadiet i 6-års alderen, så mener jeg at der med overvejende sandsynlighed ikke er årsagssammenhæng mellem tandtab 1+ og traumet på den primære tand i 6-års alderen. Det fremgår derimod af [tandlæge1]s journalnotat fra d 27/10 2023 at skli. oplyser: 'Oplevede et alvorligt tandtraume på 1+ i 8-års alderen som udløste tandlægeskrækken.' Skli har altså oplyst til tandlægen at der har været et traume i 8 års alderen. Det stemmer fint overens med det radiologiske billede af en oblittereret 1+ med $\frac{3}{4}$ roddannelse".

Det fremgår af vurdering af 21/9 2025 fra tandlæge1 indhentet af klageren, at "[klageren] har fået en behandlingskrævende infektion i sin fortand 1+, som er et resultat af en tilstand Pulp Chamber Obliteration (PCO), og PCO kan alene skyldes et tand-traume. Som tidligere forklaret, er udseendet af tanden 1+ patognomonisk for tilstanden PCO, hvilket på almindelig dansk betyder, at udseendet er entydigt forbundet med tilstanden. Der findes ikke andre årsager til, at PCO opstår, end tandtraumer. Der er således etableret en kausal årsagssammenhæng mellem et tandtraume og behandlingsbehovet i [klageren]s tand. Der er enighed om dette forhold med Gjensidiges eksterne tandlægekonsulent. [klageren] oplevede et meget voldsomt tandtraume i 2001, hvor han faldt ned ... og blev ramt på munden af kanten af kassen. Dette er det eneste

tandtraume, der er registreret på tanden 1+ ... Som jeg har redegjort for tidligere og dokumenteret med videnskabeligt funderede faglige artikler, så forsvinder energien ved et sådant voldsomt traume ikke efter at have ramt en spinkel mælketand med kort rod. Denne tand bliver slået til side, og energien forplantes ud i hele det omkringliggende område ... Jeg har godtgjort med henvisning til videnskabeligt funderede faglige artikler, at sandsynligheden for, at der udvikles PCO, er langt højere i en rodåben tand, og som Gjensidige selv nævner, er 1+ netop rodåben i 2001, hvorfor det giver god mening, at PCO er opstået på dette tidspunkt, hvor sandsynligheden for denne type skade er størst ... Der er tale om en kant, som rammer en løsnet tand og blødt tandkød, og den kan meget vel fortsætte den millimeter eller to ind i tandkødet på [klageren], hvor hans blivende tand 1+ ligger under overfladen og derved selv forårsage et direkte traume på tandkimen af 1+. Det er langt det mest sandsynlige hændelsesforløb ... der kan ske alvorlige skader på tænder under udvikling efter slag, som rammer mælketænder, og artiklen fra Zilberman viser et dokumenteret eksempel ... Forskellen mellem Zilbermans tilfælde i artiklen og [klageren]s tand er alene, at processen er løbet til ende i [klageren]s tand, fordi han er ældre, og processen har fået tid til at løbe til ende. Der er med andre ord ikke nogen grund til, at [tandlæge2] skriver, at det ikke er sammenligneligt. Dette er veldokumenteret i den videnskabelige litteratur ... Man har vidst siden 1969, at roddannelsen kan fortsætte efter et traume ... Det er derfor vildledende at blive ved med at tale om længden på roden, som et bevis på, at PCO opstod senere, da roden har 3/4 af den normale længde ... Man kan derfor ikke konkludere at rodlængden beviser at traumet der udløste PCO må være sket senere, og ikke kan være traumet i 2001. På samme måde er der ikke skyggen af bevis for, at formen på roden skulle indikere en senere afkortning. Inflammatorisk betinget rodresorption efterlader ikke en jævn konveksitet af rodens overflade, men skaber et 'afgnavet' udseende ... Det er i øvrigt selvmodsigende at hævde begge dele: at roden dels er standset i vækst af et senere traume efter 2001 OG at der er tydelige tegn på, at roden er afkortet senere pga. betændelse (inflammationsbetinget resorption). Således er det klart dokumenteret med videnskabeligt funderede artikler, at der ikke er faglig dækning for [tandlæge]s postulater, og at det er aldeles useriøst at postulere et fiktivt traume til at forklare forekomsten af PCO".

Nævnet bemærker, at det er klageren, som har bevisbyrden for, at der er årsagssammenhæng mellem ulykken og behandlingsbehovet.

Nævnets flertal udtaler:

Efter en gennemgang af sagen finder nævnets flertal, at klageren ikke har bevist, at der er årsagssammenhæng mellem skaden den 23/5 2001 og det opståede behandlingsbehov i 2023. Flertallet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

Flertallet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af erklæringen, som selskabet har indhentet fra tandlæge2, at "der ikke er årsagssammenhæng mellem nuværende behandlingsbehov og traumet i 2001". Det fremgår blandt andet af vurderingen af 4/7 2025 udfærdiget af tandlæge2, at "Tandlægen i journalen fra 2005 skriver intet abnormt ved beskrivelsen af røntgenbilledet af 1+1. Det ville absolut være et abnormt fund hvis roddannelsen var standset eller på anden måde afvigende. ... Pulpa obliteration (PCO) er et fænomen man ser når en tand har været udsat for et traume. Det skyldes at kar og nerve-forsyningen til tanden er blevet helt eller delvis beskadiget. Reguleringen af odontoblasterne i den vitale pulpa bliver påvirket således at der sker en overproduktion af dentin. En oblitereret tand har forøget risiko for at udvikle pulpanekrose på sigt. Det er ikke en komplikation som ses i forbindelse med overførte skader fra mælketænder, men udelukkende som en helingskomplikation af den direkte traumatiserede tand. Det er derfor min vurdering at PCO ikke er en følge af mælketandstraumet i 2001, men må skyldes en påvirkning af den blivende tand efter frembrud". Det fremgår af vurdering af 2/8 2025, at "Når jeg ser på røntgenbilledet fra 2023 og CBCT scanningen fra 2025 så bemærker jeg at rodlængden svarer til $\frac{3}{4}$ del af den forventede rodlængde. Det svarer ikke til den forventede rod-længde på en fortand som endnu ikke er frembrudt ... Hvis traumet i 6-års alderen havde forårsaget standset roddannelse, så ville det forventes at det svarer til det roddannelsesstadiet der var på skadestidspunktet. Rtg viser irregulært forløb af rodspidsen hvilket tyder på resorption i relation til den apikale infektion. 1+ mistes nu på grund af en pulpal og periapikal infektion som det ikke er muligt at behandle på grund af PCO. PCO er altså en afgørende faktor for at tanden nu mistes. Da PCO ikke i henhold til Andreasens klassifikation er beskrevet i litteraturen

som en komplikation der opstår som følge af et overført traume fra primær tand til permanent tandkim, og at tandens rod længde ikke svarer til tanddannelsesstadiet i 6-års alderen, så mener jeg at der med overvejende sandsynlighed ikke er årsagssammenhæng mellem tandtab 1+ og traumet på den primære tand i 6-års alderen".

Flertallet har også lagt vægt på, at selskabets tandlægekonsulent har vurderet, at der ikke er årsagssammenhæng. Det fremgår blandt andet af vurdering af 9/3 2025, at "der er således 4 års opfølgning på traumet der påvirkede mælketanden 01+, uden der i perioden 2001 til 2004 er notater om komplikationer, og tillige røntgen fra december 2005", og at "Den blivende tand 1+ er normalt færdigdannet i 10-11 års alderen, og dermed ville fejl i roddannelsen og eller andre komplikationer være registreret senest ved undersøgelsen den 15. december 2005 eller ved kontrolundersøgelsen den 21. december 2005". Det fremgår af vurdering af 7/7 2025, at "da skadelidte [født i 1990'erne] og skaden sker på mælketanden 01+ i 2001 er tanden 1+ helt rodåben og ikke påvirkelig for den type senskader".

Flertallet har desuden lagt vægt på, at tandlæge2 har ekspertise inden for børnetandskader, hvorfor der efter nævnets flertals opfattelse må lægges afgørende vægt på denne tandlæges vurdering.

Det kan heroverfor ikke føre til andet resultat, at klagerens tandlæge1 meget udførligt har oppejlet mod selskabets tandlægekonsulents og tandlæge2's vurderinger, og at tandlæge1 har argumenteret for, at der er årsagssammenhæng mellem skaden den 23/5 2001 og det opståede behandlingsbehov i 2023.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Nævnets mindretal udtaler:

Efter en gennemgang af sagen finder nævnets mindretal, at der til brug for sagens afgørelse kræves en nærmere bevisførelse. En sådan bevisførelse – herunder eventuel indhentelse af

Ankenævnet *for* Forsikring

31.

103702

tandlægefaglig vurdering – kan ikke finde sted for nævnet, men bør i givet fald ske ved domstolene.

Der træffes afgørelse efter stemmeflertallet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Ankenævnet *for* Forsikring

32.

103702

Klageren får ikke medhold.



Hans-Jørgen Nymark Beck