

# Vedlegg 1: Eksempel på prioriteringsveileder for den offentlige tannhelsetjenesten, utarbeidet av Agder, Vestland og Rogaland fylkeskommune

## Prioriteringsveileder for den offentlige tannhelsetjenesten

---

Utarbeidet av representanter fra tannhelsetjenesten i Agder, Vestland og Rogaland

### Innholdsfortegnelse

1. Formål og når veilederen tas i bruk
2. Grunnprinsipper for prioritering
3. Prioritetsnivåer med anbefalt recall og kliniske eksempler
4. Spesifikke tilstander – anbefalt vurdering og oppfølging
5. Operative grep ved ressursknapphet
6. Journalføring og kommunikasjon
7. Hurtigversjon for klinisk bruk
9. Referanser

### 1. Formål og når veilederen tas i bruk

Veilederen støtter klinisk og operativ prioritering når det er knapphet på behandlerressurser. Den bygger på prinsippene nytte, alvorlighet, ressursbruk og mestring eller etterlevelse, og angir hvem som prioriteres først, hva som kan utsettes, og hvordan oppfølging styres.

Klinikkleder/leder iverksetter veilederen ved ressursknapphet, og sikrer at journalføring, pasientkommunikasjon og pasientsikkerhet ivaretas.

## 2. Grunnprinsipper for prioritering

Prioritering skal baseres på:

- **Nytte:** Tiltak som gir størst helsegevinst og forebygger tap av funksjon eller smerte prioriteres.  
Kliniske eksempler:
  - Høy nytte: Kontroll og behandling av aktiv karies hos barn med høy risiko.
  - Moderat nytte: Oppfølging av fissurforseglinger uten tegn til karies.
  - Lav nytte: Tilvenningstimer uten behandlingsmål eller klinisk indikasjon.
- **Alvorlighet:** Jo mer alvorlig tilstanden er (akutt smerte, infeksjon, rask progresjon og medisinsk risiko), desto høyere prioritet.  
Kliniske eksempler:
  - Høy alvorlighet: MIH med smerte og funksjonstap.
  - Moderat alvorlighet: Åpent bitt hos små barn med påvirket tyggefunksjon.
  - Lav alvorlighet: Småfrakturer på melketenner uten symptomer.
- **Ressursbruk** må vurderes opp mot nytte og alvorlighet. Tiltak med lav ressursbruk og høy nytte prioriteres. Tiltak med høy ressursbruk og lav nytte utsettes ved knapphet på ressurser.  
Kliniske eksempler:
  - Lav ressurs – høy nytte: Kontroll av aktiv sykdom med enkel behandling.
  - Moderat ressurs – moderat nytte: Rutinekontroller av pasienter med tidligere behandling uten ny sykdomsutvikling, men følger ikke opp egenomsorg/kostråd.
  - Høy ressurs – lav nytte: Rutinekontroller av pasienter i lavrisikogruppe uten faglig begrunnelse.
- **Mestring og etterlevelse:** Prioriter tiltak som pasienten realistisk kan etterleve, og som gir reell effekt.
- **God klinisk praksis** sier at akseptabel oral helse er at pasienten:
  - ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
  - har tilfredsstillende tyggefunksjon
  - kan kommunisere og ha sosial omgang uten problem som skyldes tennene
- **Recallintervall på 24 måneder** skal vurderes når barnet er ferdigbehandlet, har lav risiko, og det ikke foreligger traumer eller sykdommer som krever oppfølging. Dette skal dokumenteres og vurderes **ved hver statusundersøkelse**.  
Bruk risikovurderingsskjema i Tannbarn: [Risikovurdering-og-undersokelsesintervall.pdf](#)

**Oppfølging av egen tannhelse:** Pasienter og foresatte har et sentralt ansvar for oppfølging av tannhelsen mellom kontroller i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette innebærer daglig

tannpuss med fluortannkrem, et kosthold som forebygger karies, og å følge råd og tiltak gitt av tannhelsepersonell. Ved endringer i tannhelsen, som smerter, traumer eller tegn til sykdom, skal tannhelsetjenesten kontaktes. God egenomsorg er avgjørende for å opprettholde oral helse, og kan bidra til lengre undersøkelsesintervall og redusert behov for behandling.

### Anbefalte recall-intervaller

Kombinasjon av kriterier	Anbefalt recall
Høy alvorlighet + høy nytte	6–12 måneder
Moderat alvorlighet + moderat nytte	12–18 måneder
Lav alvorlighet + lav nytte	18–24 måneder
Stabil tilstand uten risikofaktorer	24 måneder (standard)

### 3. Prioritetsnivåer med anbefalt recall og kliniske eksempler

Tabellen kombinerer prioritetsnivå, eksempler på typiske tilstander og anbefalt recall-intervall.

Prioritetsnivå	Typiske tilstander	Anbefalt recall
Nivå 1 – Akutt eller svært høy prioritet	Akutt tannverk og/eller hevelse og infeksjon, traumer som truer permanente tenner, perikoronitt med funksjonsnedsettelse eller systemiske tegn, akutt periodontal abscess, temporomandibulær dysfunksjon med låsing eller sterke smerter, kritisk protetisk svikt hos sårbare pasienter, medisinsk risikopasient med oral infeksjon.	3–6 måneder (traumer følger egne protokoller (Dental trauma guide etc.) i starten).
Nivå 2 – Høy prioritet	Aktiv kariessykdom hos barn og unge med høy risiko, erosjoner med progresjon og begynnende eksponering av dentin, dype kaviteter uten akutte symptomer med sannsynlig pulpaaffeksjon, periodontitt med tegn til progresjon, frambrudds komplikasjoner i kritiske vinduer, gravide med behandlingskrevende tilstander, barn og unge med spesielle behov.	6–12 måneder.
Nivå 3 – Moderat prioritet	Åpent bitt med begynnende funksjonspåvirkning tidligere traumer uten patologiske funn, molar-inc. hypomineralisasjon uten symptomer, fissurforseglinger uten karies hos moderat risiko, stabil periodontitt etter	12–18 måneder.

	grunnbehandling, temporomandibulære plager uten røde flagg med respons på konservativ behandling.	
Nivå 4 – Lav prioritet	Erosjoner uten progresjon og uten symptomer, asymptomatiske tredjemolarer, estetiske tiltak uten funksjonell betydning.	18–24 måneder.
Nivå 5 – Utsett eller ikke prioritert i offentlig kapasitet ved ressursknapphet	Tilvenningstimer uten tydelig behandlingsmål eller progresjon, rutinekontroller i nøkkelårskull uten risikofaktorer, betalende voksne ved kapasitetspress (tilby utsatt recall eller privat alternativ, journalfør avtalen). Gr. D og V med svært lav risiko (ingen karieserfaring, god hygiene og stabil livsstil), pasienter som ikke ønsker hyppige kontroller. Erstatning av tapte tenner som ikke har betydning for estetikk eller tyggefunksjon (10 okkluderende tannpar anses som tilstrekkelig for å ha tilfredsstillende tyggefunksjon). Endobehandling av 7ere med påfølgende behov for protetisk restaurering.	24 måneder eller utsatt inntil videre med tydelig plan.

\* Utsettes pasienter utover 24 mnd.: Dokumenter grundig i journal, og beslutningen er basert på faglig skjønn og individuell vurdering.

#### 4. Spesifikke tilstander – anbefalt vurdering og oppfølging

Tilstand eller situasjon	Anbefalt vurdering eller tiltak	Forslag til recall eller kontroll
Molar-incisiv hypomineralisering uten symptomer	Forebygging, desensibilisering og minimal invasiv restaurering ved behov.	18–24 måneder (kortere ved stor affeksjon).
Molar-incisiv hypomineralisering med smerte eller funksjonstap	Smertelindring, beskyttende restaureringer (for eksempel stålkroner), vurder endodontisk behandling eller ekstraksjon ut fra prognose.	6–12 måneder og behandlingkontroller.
Tidligere traumer uten patologiske funn	Kontroll etter traumeprotokoll,	24 måneder når protokoll er fullført, og tilstanden er stabil.

## TB2025-35 Nødvendig tannhelsehjelp og nødvendig tannregulering

	radiologisk oppfølging ved behov.	
Nye traumer (utslått tann, luksasjon, intrusjon, fraktur med eksponert pulpa)	Akuttbehandling etter traumeprotokoll (replantasjon og stabilisering, pulpa- eller endodontiske tiltak).	Kontroller iht. protokoll. Deretter 24 mnd.
Fissurforseglinger uten karies	Vedlikehold og observasjon.	24 måneder.
Erosjoner uten progresjon	Kost- og hygieneveiledning, fluorprofylakse og observasjon.	18–24 måneder.
Erosjoner med progresjon eller sensitivitet	Intensiv profylakse og minimal invasiv restaurering.	6–12 måneder.
Dype kaviteter uten akutt smerte	Trinnvis / selektiv ekskavering og tett midlertidig / permanent forsegling.	6–12 måneder.
Aktiv kariessykdom hos barn og unge med høy risiko	Sølvdiaminfluorid, atraumatisk restaurativ behandling og forsegling, fissurforsegling, fluor, kost- og atferds veiledning.	6–12 måneder (ofte kortere).
Periodontitt med tegn til progresjon	Infeksjonskontroll, instrumentering og rotplanering, egenomsorg og målrettet vedlikehold.	6–12 måneder.
Stabil periodontitt etter grunnbehandling	Vedlikeholdsprogram uten tegn til progresjon.	12–18 måneder.
Perikoronitt med systemiske tegn eller funksjonsnedsettelse	Akutt sanering, hygieneinstruksjon og vurdering av ekstraksjon når det er forsvarlig.	6–12 måneder.
Asymptomatiske visdomstenner	Observasjon.	18–24 måneder (kan forlenges).
Åpent bitt uten funksjonspåvirkning	Observasjon og vanestyring; vurder kjeveortopedisk tiltak ved endring.	18–24 måneder.
Hjørnetann i frembrudd (ni til elleve år) eller ektopi	Tidlig vurdering eller henvisning for interseptiv behandling.	6–12 måneder eller etter kjeveortopedisk plan.
Agenesi eller retinerte tenner med betydning for plan	Tverrfaglig planlegging; ikke akutt, men tidssensitiv av hensyn til vekst og utvikling.	12–18 måneder.

Akutt temporomandibulær dysfunksjon med låsning eller sterke smerter	Akutt avlastning, farmakologisk støtte og henvisning ved behov.	6–12 måneder.
Kritisk protetisk svikt hos sårbare pasienter	Midlertidig reparasjon eller ny basis for å sikre ernæring.	6–12 måneder etter funksjonsstabilisering.

## 5. Operative grep ved ressursknapphet

### 5.1 Innkalling og kapasitet

- 1) Gå gjennom pasientlister og prioriter pasienter med symptomer, høy sykdomsaktivitet eller medisinsk risiko.
- 2) Forleng individuelle recall-intervaller for pasienter med lav risiko og stabile tilstander.
- 3) Unngå å innkalle hele nøkkelårskull automatisk; bruk individuell risikovurdering.
- 4) Tilby betalende voksne utsatt recall eller informasjon om privat alternativ når kapasitet er begrenset, og journalfør avtalen.

### 5.2 Behandlingsvalg

- Velg tiltak med lav ressursbruk og høy nytte: sølvdiaminfluorid, atraumatisk restaurativ behandling og forsegling, preformede stålkroner, trinnvis- og selektiv ekskavering og midlertidige reparasjoner.
- Ved endodontiske problemstillinger: prioriter smertelindring og drenering; fullfør rotbehandling når kapasiteten tillater det.
- Periodontal behandling: infeksjonskontroll, instruksjon i egenomsorg og målrettet instrumentering og rotplanering.

### 5.3 Traumekontroller

- Følg sjekklistene for kontrollintervaller (hyppige kontroller i starten; gå gradvis over til vanlig recall når tilstanden er stabil). NB! Gjelder permanente tenner.
- Melketanntraumer behøver ingen kontroll. Unntak: Hvis det er fare for permanent tannanlegg. Informer foreldre om komplikasjoner og journalfør.

### 5.4 Kommunikasjon og dokumentasjon

- Gi skriftlige egenomsorgsråd og faresignaler ved utsatt behandling.
- Journalfør prioriteringsnivå, begrunnelse, hva som utsettes, plan og recall.

### 5.5 Tidsbruk og tilvenning

- Avklar behandlingsmål før tilvenning. Dersom ingen progresjon og ingen behandlingsnødvendighet, utsett og gi hjemmetrening og/eller veiledning til foresatte.

## 6. Journalføring og kommunikasjon

Journalen skal dokumentere prioritetsnivå og begrunnelse, utførte tiltak og hva som er utsatt med plan, recall-intervall og risikokategori, samt informasjon og samtykke.

## 7. Hurtigversjon for klinisk bruk

Prioriter i denne rekkefølgen:

1. Smerte, infeksjon, traume (permanent tann) og funksjonstap.
2. Aktiv sykdom med høy risiko (barn og unge, medisinsk risikopasient, gravide).
3. Utviklingskritiske vinduer (første og andre permanente molarer i frembrudd, hjørnetenner i ni til elleve års alder, agenese).
4. Stabil sykdom – bruk lengre recall.
5. Lav nytte og høy ressursbruk – utsett når det er forsvarlig.

Utsett når det er forsvarlig: asymptomatiske tredjemolærer, kjeveortopediske ekstraksjoner uten hast, tilvenning uten mål og kosmetiske tiltak uten funksjonsgevinst.

## 9. Referanser

[God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – Veileder \(fullversjon\).pdf](#)

[Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år - Helsedirektoratet](#)

[Nytte, ressurs og alvorlighet - Helsedirektoratet](#)

[NOU 2024: 18 - regjeringen.no](#)

[Anbefalinger | Gjør kloke valg](#)

[Informasjonsbrosjyre: Sølvdiaminfluorid | Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland](#)

## Vedlegg 2: Konsekvenser for personell- og kompetansebehov av nye og utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven

### Bakgrunn

Krav til personell- og kompetansebehov følger av helselovgivningen som blant annet regulerer virksomhetsleders plikt til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse og forsvarlige tjenester jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1](#), plikten til å sørge for nødvendig opplæring, etterutdanning og videreutdanning jf. [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 8](#), pliktene utdypes i [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#), og om helsepersonellets plikt til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig, jf. [helsepersonelloven § 4](#) om forsvarlighet.

I tildelingsbrevet 2025, ber HOD Helsedirektoratet om at "Personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor HOD sitt sektoransvar."

Vurderinger som blant annet må gjøres er:

1. Kan dette faglige rådet/tiltaket gjennomføres uten konsekvenser for bruk av personellressurser?
2. Hvis nei, finnes kompenserende tiltak for å unngå økt personellbehov?
3. Hvis nei, hva vil konsekvensene være?
4. Er konsekvensene verdt den faglige merverdien anbefalingen vil gi?

### Helsedirektoratets prosess for utredning og vurdering av personell- og kompetansebehov<sup>1</sup>:

#### Utgangspunkt

Tiltaket er nye eller utvidete rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp og nødvendig tannregulering i tannhelsetjenesteloven, det vil si i offentlig tannhelsetjeneste.

#### 1. Kan nye eller utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven til nødvendig tannhelsehjelp-nødvendig tannregulering, gjennomføres uten konsekvenser for bruk av personellressurser?

Nei, ikke med dagens tilgjengelige tannhelsepersonell i offentlig tannhelsetjeneste.

Det er i hovedsak tilstrekkelig tannhelsepersonell nasjonalt til å gi nødvendig tannhelsehjelp og nødvendig tannregulering, men tannhelsepersonellet er ulikt fordelt mellom offentlig og privat

---

<sup>1</sup> [Personell- og kompetansebehov - hvordan vurdere og normere? - Retningslinjeprosess og metode - Confluence](#)

tannhelsetjeneste grunnet dagens organisering og finansiering av tannhelsetjenester i Norge.

Det er også regionale forskjeller i tilstrekkelig tannhelsepersonell og tilgjengelighet til alle typer tannhelsehjelp, offentlig og privat. Det gjelder også for tannlegespesialister i de ulike fagområdene.

**Tabell 1: Tannhelsepersonell Avtalte årsverk i pasient- og brukerrettet tjeneste<sup>2</sup>**

Offentlig sektor	2021	2022	2023	2024	Økning 2021-2024
<b>Tannhelsesekretærer*</b>	1 325	1 355	1 357	1 372	
<b>Tannpleiere</b>	551	578	615	617	66
<b>Tannleger uten spes.</b>	1 140	1 145	1 200	1 197	57
<b>Tannleger med spes.</b>	73	84	85	84	11
<b>Kjeveortoped</b>	13	14	16	14	
<b>Privat sektor</b>					
<b>Tannhelsesekretærer*</b>	1 370	1 378	1 358	1 347	
<b>Tannpleiere</b>	488	501	489	504	16
<b>Tannleger uten spes.</b>	3 032	3 053	3 065	3 064	32
<b>Tannleger med spes.</b>	466	460	463	475	9
<b>Kjeveortoped**</b>				176	

\*Tallet viser autoriserte tannhelsesekretærer.

\*\*36 kjeveortopedier i privat sektor i Oslo kommune og 5 i Troms og Finnmark.

Tabellen viser at antall avtalte årsverk nasjonalt er stabilt, men at det er få spesialister i kjeveortopedi i offentlig tannhelsetjeneste. De fleste offentlig ansatte kjeveortopedene er ansatt på de fem regionale odontologiske kompetansesentra.

Det er flere ting som tyder på at dagens personell ressurser i offentlig tannhelsetjeneste ikke er tilstrekkelig for å gi nye og utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven, i hvert fall på kort sikt.<sup>3</sup>

### Nødvendig tannhelsehjelp

Siden 2022 har unge voksne mellom 21- 28 år (drøyt 0,56 mill. personer) fått rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten i det fylket hvor de oppholder seg jf. tannhl. §1-3 første ledd bokstav d. I samme tidsrom er det også gitt lovfestet rett til tannhelsehjelp for andre personer jf. tannhl. §1-3 første ledd bokstav e og f.<sup>4</sup>

Det har medført at det per dags dato er kapasitetsutfordringer i den offentlige tannhelsetjenesten, med noe regional variasjon. Fylkeskommunene opplyser på sine nettsider om at det er ventetid og ventelister for tilgang til nødvendig tannhelsehjelp, særlig for 21-28 åringer. Noen fylkeskommuner

<sup>2</sup> [14529: Årsverk i tannhelsetjenesten, etter utdanning, sektor og stillingstype \(F\) 2015 - 2024. Statistikkbanken](#)

<sup>3</sup> [07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning \(K\) 1986 - 2025. Statistikkbanken](#)

<sup>4</sup> [Lov om tannhelsetjenesten \(tannhelsetjenesteloven\) - Kap. 2. Rett til tannhelsehjelp - Lovdata](#)

har inngått avtaler med private tannleger.

Fylkeskommunenes KOSTRA rapportering viser i tillegg økt etterslep for andre grupper med rettigheter i tannhelsetjenesteloven siden 2022. Eksempelvis har etterslep for barn og unge 3-20 år økt med om lag 30 000 (fra 105 000 til 135 000 personer)<sup>5</sup>.

Skriftlige innspill fra aktørene som deltok på innspillings møtet bekrefter situasjonen beskrevet over:

*Felles bekymringer fra den offentlige tannhelsetjenesten DOT, utdannings-institusjonene og profesjonsforeningene til tiltaket er blant annet:*

- *Økt press på tannhelsetjenesten uten tilstrekkelig personell*
- *Lengre ventetider, lavere tilgjengelighet*
- *Forskyvning fra forebyggende tiltak til akuttbehandling*
- *Økt sårbarhet for kvalitet og pasientsikkerhet*
- *Reduksjon i praksisplasser for studenter (særlig hvis unge pasienter heller går til DOT enn til studentklinikken)*
- *Økt konkurranse mellom fylkeskommunene om personell*
- *Vanskeligheter med lokaler, utstyr og organisering ved rask innføring av nytt ansvar*

### Nødvendig tannregulering

Per. 31.12.2024 var det totalt 190 avtalte årsverk for spesialister i kjeveortopedi som jobbet pasient- og brukerrettet (14 i offentlig og 176 i privat sektor). Tabell<sup>6</sup>.

Dette betyr at den offentlige tannhelsetjenesten ikke har tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse til å gi faglig forsvarlig nødvendig tannregulering til barn og unge ved bruk av egne ansatte.

Helsedirektoratet har ikke oversikt over ventetider for tannregulering i privat eller offentlig sektor, men det antas at det er tilstrekkelig kapasitet i privat sektor, jf. Tabell.

## **2. Hvis nei, finnes kompensierende tiltak for å unngå økt personellbehov?**

## **3. Hvis nei, hva vil konsekvensene være?**

### Nødvendig tannhelsehjelp

Når det gjelder nødvendig tannhelsehjelp så kan fordeling av arbeidsoppgaver mellom tannpleiere og tannleger uten spesialitet vurderes. Det kan også vurderes om tannhelsesekretærer kan få flere oppgaver innenfor kravet til forsvarlig tannhelsehjelp. Samtidig rapporteres det om mangel på autoriserte tannhelsesekretærer og tannpleiere i mange regioner.

Tiltaket vil totalt sett medføre behov for å øke personellressursene i offentlig tannhelsetjeneste, men det tar tid for fylkeskommunen å øke kapasiteten ved å øke antall avtalte årsverk for tannhelsesekretærer, tannpleiere og tannleger uten spesialitet. I offentlig tannhelsetjeneste har det blitt 66 flere avtalte årsverk for tannpleiere og 57 for tannleger i tidsrommet 2021-2024 jf. Tabell 1.

I Kommunesektorens arbeidsgivermonitor for 2025 var det 11 fylkeskommuner som gjorde en

---

<sup>5</sup> [11961: Pasientbehandling i tannhelsetjenesten, etter pasientgruppe \(F\) 2015 - 2024. Statistikkbanken](#)

<sup>6</sup> [14529: Årsverk i tannhelsetjenesten, etter utdanning, sektor og stillingstype \(F\) 2015 - 2024. Statistikkbanken](#)

vurdering av hvor utfordrende det er å rekruttere tannleger, hvor tre vurderer det som meget utfordrende, to som ganske utfordrende og fire som litt utfordrende. De to resterende synes ikke det er utfordrende å rekruttere tannleger.

I årsrapportene fra statsforvalter for 2024, vises det til at de fylkeskommunale tannhelsetjenestene har utfordringer med å rekruttere tannleger og flere rapporterer om utfordringer med å rekruttere tannpleiere og tannhelsesekretærer.

Det er mulig for fylkeskommunen å ivareta rett til nødvendig tannhelsehjelp ved å inngå avtaler med privat sektor som et kompenserende tiltak.

Et eksempel er Trøndelag fylkeskommune som har inngått avtaler med de fleste private tannklinikker for pasienter 25-28 år<sup>7</sup>:

*"I store deler av fylket har fylkeskommunen imidlertid ikke kapasitet til å gi et tilstrekkelig godt tilbud til målgruppen selv. I områder med begrenset kapasitet har fylkeskommunen inngått avtale med private tannklinikker om kjøp av tjenester. Private tannklinikker som har inngått avtale med fylkeskommunen, krever inn pasientens egenandel på klinikk og sender faktura på resterende til fylkeskommunen. Liste over avtale klinikker finnes i boksen "Relaterte lenker" nederst."*

Da blir tilgjengeligheten og nærheten til nødvendig tannhelsehjelp god og fylkeskommunen unngår krevende anbudsprosedyrer.

Felles bekymringer til tiltaket fra DOT, utdanningsinstitusjonene og profesjonsforeningene i innspills møtet var:

- Den offentlige tannhelsetjenesten opplever betydelige og økende utfordringer med å rekruttere og beholde personell i alle yrkesgrupper, tannleger (spesielt i distriktene), tannpleiere og tannhelsesekretærer (hvor flere fylker rapporterer kritisk mangel)
- Nyutdannede blir 6–18 måneder før de slutter (særlig i distriktene), det er høy alder blant ansatte samtidig som nyrekruttering er vanskelig og det fører til lav kontinuitet, høy opplæringsbelastning, lavere produktivitet og sårbarhet for kvalitet og pasientsikkerhet
- Mangel på private aktører i enkelte regioner forsterker presset på den offentlige tannhelsetjenesten.

### Nødvendig tannregulering

Tannhelseutvalget viser til at reduksjon av kostnader til tannregulering kan skje dersom den offentlige tannhelsetjenesten gjennomfører tidligere og enklere behandling enn det som er vanlig praksis hos private spesialister i kjeveortopedi i dag. Utvalget mener også at dette er sannsynlig og tidligere var vanlig praksis i den offentlige tannhelsetjenesten.

Helsedirektoratet vil påpeke faktorer som taler imot at dette vil kunne skje:

a) En tidligere innstramming av kriteriene for hva som er innenfor definisjonen av nødvendig tannregulering og Helsedirektoratets forslag til justerte kriterier i dette oppdraget, gjør at det nå er de alvorligste bittavvikene med behov for mer omfattende og komplisert behandling som vurderes som nødvendig.

Dette bør utføres av spesialister i kjeveortopedi for å oppfylle kravet til faglig forsvarlighet Jf.

---

<sup>7</sup> [Dine rettigheter - Trøndelag fylkeskommune](#)

Forskrift om stønad til dekning til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom §3 Tannlegens eller tannpleierens kompetanse, som sier at behandlingen må utføres av kjeveortoped eller av tannlege under spesialistutdanning i kjeveortopedi<sup>8</sup>.

b) Masterutdanningen for tannleger har mindre omfang av undervisning i kjeveortopedi og andre kunnskaps- og ferdighetsmål i dette faget enn tidligere. Eksempelvis forholder studieplanen seg til følgende ved UiO<sup>9</sup>, som også samsvarer med beskrivelse av læringsutbytte i emnet kjeveortopedi ved UiB<sup>10</sup>:

- Helse- og omsorgsdepartementet har nedfelt regler som innebærer at det skal foreligge henvisning fra allmenntannlege/tannpleier for at kjeveortopedisk behandling utført av spesialist kan utløse offentlig stønad.
- Dette innebærer at hovedmålene i grunnutdanningen blant annet er, å opparbeide evne til å diagnostisere malokklusjoner (feilstilling av tenner/kjeve) og vurdere behovet for behandling, samt anslå passende tidspunkt for å henvise pasienter som trenger omfattende behandling.
- Studenten skal i tillegg kunne kontrollere retensjonsapparat og identifisere problemer, samt utføre enkel (interseptiv) behandling for å korrigere single-trait anomalies, som inverterte incisiver og posteriore kryssbitt med tvangsføring.

I tillegg til utilstrekkelig personell og kompetanse på kjeveortopedisk behandling, tyder også kapasitetsutfordringene i DOT jf. punkt 1, på at allmenn- tannleger ansatt i offentlig tannhelsetjeneste ikke kan utføre tannregulering jf. kriterier for nødvendig tannregulering.

Det er mulig for fylkeskommunen å ivareta rett til nødvendig tannregulering for barn og unge i tannhelsetjenesteloven ved å inngå avtaler med kjeveortopeder i privat sektor, som et kompenserende tiltak. Dette ble også påpekt i innspillmøtet.

Helsedirektoratet påpeker noen utfordringer relatert til å inngå avtaler i rapporten jf. Kap.8.

### Prioritering

Det kan også vurderes om det er mulig å foreta prioriteringer i nødvendig tannhelsehjelp og Helsedirektoratets viser til foreslått definisjon for nødvendig tannhelsehjelp Jf.Kap 5 og handlingsrommet for prioritering og normering innenfor rammen av faglig forsvarlighet. Jf.Kap 4.

Helsedirektoratet viser også til definisjon av nødvendig tannregulering og kriterier for hvilke tilstander/ diagnoser som er nødvendige å behandle. Definisjonen bygger på tidligere vurderinger i lys av prioriteringskriteriene og ytterligere justeringer. Jf.Kap 6.

Agder, Vestland og Rogaland har utarbeidet Prioriteringsveileder for den offentlige tannhelsetjenesten. Veilederen støtter klinisk og operativ prioritering når det er knapphet på behandlerressurser. Den bygger på prinsippene nytte, alvorlighet, ressursbruk og mestring eller etterlevelse, og angir hvem som prioriteres først, hva som kan utsettes, og hvordan oppfølging styres. I tillegg bygger den på nasjonale veiledere og retningslinjer.

Blant annet Vestland har prioriteringer i sin strategiske plan, [Temaplan for Vestland](#)

---

<sup>8</sup> [Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom - Lovdata](#)

<sup>9</sup> [Oppbygging og gjennomføring – Odontologi \(master\) – Universitetet i Oslo](#)

<sup>10</sup> [Kjeveortopedi | UiB](#)

[tannhelseteneste 2024-2036.](#)

#### 4. Er konsekvensene verdt den faglige merverdien anbefalingen vil gi?

Oppdraget er et resultat av Tannhelseutvalgets forslag om å innføre en universell rett til nødvendige tannhelsetjenester for hele befolkningen. Utvalget har blant annet foreslått at alle skal ha rett til nødvendig tannhelsehjelp og at nødvendig tannregulering for barn og unge skal være gratis som en del av den offentlige tannhelsetjenesten.

##### Nødvendig tannhelsehjelp

Helsedirektoratet vurderer at når det gjelder universell rett til nødvendig tannhelsehjelp for deler av eller hele befolkningen, så må det tas forbehold om konsekvensene er verdt det jf. omtalen i pkt.1-3. Tiltaket krever ytterligere utredning av organisatoriske, administrative og økonomiske konsekvenser.

Helsedirektoratet ba om skriftlige innspill fra aktørene som deltok på innspills møtet 29.1. 2026, til personellmessige konsekvenser ved nye eller utvidede rettigheter i tannhelsetjenesteloven.

Hoved innspillene bekrefter det som Helsedirektoratet omtaler under pkt. 1- 3:

*Nye eller utvidede rettigheter i offentlig tannhelsetjeneste vil uten kompenserende tiltak medføre:*

- *økt press på den offentlige tannhelsetjenesten*
- *lengre ventetider*
- *risiko for redusert kvalitet og forsvarlighet*
- *svekket utdanningskapasitet, herunder ekstern praksis for tannleger og tannpleiere*
- *forsterket mangel på personell i offentlig tannhelsetjeneste*

##### Nødvendig tannregulering

Helsedirektoratet vurderer at konsekvensene er verdt verdien tiltaket vil gi, da målet er å utjevne sosiale forskjeller i tilgang til nødvendig tannregulering siden barn og unge er avhengige av foreldrenes økonomi og livssituasjon.

Helsedirektoratet har tidligere blant annet vist til at:

- tannregulering foretas i praksis standardisert og med en relativt lik ressursbruk uavhengig av type bittfeil.
- alle bittavvik den vederlagsfrie nødvendige tannreguleringen skal omfatte, overføres samtidig.
- de administrative endringene ved en overføring av nødvendig tannregulering til offentlig tannhelsetjeneste vil være begrenset, og er knyttet til hvordan fylkeskommunene vil inngå ev. avtaler mht. kjøp av tjenester fra private aktører.

*Aktørenes skriftlige innspill etter innspills møtet viser et annet bilde, blant annet til at overføring*

*av nødvendig tannregulering til tannhelsetjenesteloven vurderes som **særlig krevende**, og påpeker konsekvenser og forbehold som*

- *Økt press på offentlig tannhelsetjeneste*
- *Redusert kvalitet og større variasjon i praksis*
- *Økt bruk av private – krever bedre regulering og like retningslinjer*

## Vedlegg 3: Forslag til nytt regelverk for kjeveortopedi

### Stønadspunkt 8 Bittanomalier

Forslag til tillegg til regelverket er understrøket

Forslag om å ta ut av regelverket er overstrøket

Gruppe b9 er strøket og flyttet til gruppe a

Forslag om nytt punkt c16 «Ektopisk frembrudd i fronten (fortenner og hjørnetenner)»

Det kan gis stønad til tannregulering ved bittanomalier. De bittanomaliene som er stønadsberettigede, er delt opp i tre grupper: a, b og c. \*

Opplistingen i gruppene gir en uttømmende oversikt over de tilfellene der det gis stønad til kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier.

I de ulike gruppene gis følgende stønadssats:

- Gruppe a: 100 prosent dekning etter honorartakstene
- Gruppe b: 75 prosent dekning etter honorartakstene
- Gruppe c: 40 prosent dekning etter honorartakstene

Ved tilstander som er nevnt under bokstavene b og c, må behandlingen være påbegynt senest det året pasienten fyller 20 år.

#### Gruppe a

- leppe-kjeve-ganespalte
- medfødt og ervervet kraniofacial lidelse
- bittavvik som er så alvorlig at pasienten må ha ortognatisk-kirurgisk behandling
- multiple agenesier. Ageneser av to eller flere tenner i samme sidesegment, 3. molar (visdomstenner) unntatt

Nødvendig bittrehabilitering for å stabilisere behandlingsresultatet ved ortognatisk kirurgi kan dekkes når tenner mangler, uavhengig av årsaken til tanntapet.

Utgiftene dekkes med 100 prosent etter honorartakstene.

#### Gruppe b

##### 1. Horisontalt overbitt som er 9 mm eller mer

Horisontalt overbitt måles fra incisalkanten på den mest prominente overkjeveincisiv langs okklusjonsplanet til labialflaten av motsvarende underkjeveincisiv.

##### 2. Enkelttidig kryss- eller saksebitt som omfatter tre eller flere tannpar, og medfører tvangsføring og/eller asymmetrier

I blandingstannsett kan denne gruppeplasseringen benyttes selv om ikke mange nok permanente tenner er frembrutt til at det kan registreres kryss- eller saksebitt på tre tannpar. Det må være overveiende sannsynlig at tre eller flere permanente tenner vil bryte frem i kryss-/saksebitt uten tidligbehandling. Kravet til tvangsføring opprettholdes.

### **3. Åpent bitt hvor det bare er okklusjonskontakt på molarene**

Hvis premolarene ikke er fullt frembrutt, forutsettes det at disse overveiende sannsynlig ikke vil kunne nå okklusjonskontakt uten behandling. Utgangspunktet er okklusjon bare på de permanente molarene. Hvis det er kontakt mellom melkemolarer, kvalifiserer dette ikke til gruppe b.

### **4. Retinerte fortenner, hjørnetenner og premolarer hvor det er nødvendig med aktiv fremføring**

Dette gjelder tenner som ikke bryter frem til normal frembruddstid, og som trenger aktiv fremføring med feste av kirurgisk sleper.

### **5. Underbitt som omfatter alle fire tre eller fire incisiver med eller uten tvangsføring**

Inverterte sentraler, der en må regne det som sikkert at også lateralene vil bli invertert, anses som likeverdig avvik. Det samme gjelder. Det kan også ytes stønad etter dette punkt ved kant-i-kantbitt av alle fire incisiver.

### **6. Ageneser eller tanntap i fronten (fortenner og hjørnetenner) med manglende naturlig korreksjon**

En tann i fronten som ikke kan trekkes frem, anses likeverdig med tanntap i fronten.

Med manglende naturlig korreksjon menes gjenstående større plassoverskudd i fronten på 6mm eller mer<sup>1</sup>.

### **7. Dypt bitt med buccal eller palatinal påbiting av slimhinnen med to eller flere tenner**

~~Påbitingen må være palatinal for antagonistens anatomiske kroner (slik at det senere ikke blir kontakt med cingulum). Påbiting av gingiva som dekker cingulum, eller kontakt med papilla incisiva alene, kvalifiserer ikke for gruppering under stønad etter dette punkt. Påbitingen må medføre tydelig irritasjon/impressjon i slimhinnen.~~

Hvis personen ikke har buccal/palatinal påbiting, kan stønad likevel gis ved dypt bitt kombinert med retroklinerte incisiver og manglende vertikal støtte i fronten, som med stor sannsynlighet senere vil medføre påbiting av slimhinnen. ~~Typisk vil være Angle klasse II, div. 2. Dette gjelder bare pasienter som har startet behandling etter 1. januar 2020.~~

Stønad kan også gis ved dypt bitt kombinert med retroklinerte incisiver og alvorlig patologisk tap av tannsubstans som følge av dette<sup>2</sup>. Med alvorlig menes her tilstander som er av vesentlig betydning for både funksjon og estetikk.

---

<sup>1</sup> Fra dagens 8c14

<sup>2</sup> Fra dagens stønadspunkt 9

**8. Dobbeltsidig saksebitt som omfatter to eller flere tannpar på hver side**

**9. Ageneser av to eller flere tenner i samme sidesegment, 3. molarer (visdomstenner) unntatt**

**10. Ageneser av enkelttenner i sidesegmentene (hvis luker lukkes) og/eller ved hypoplastisk molar**

Det er et vilkår for stønad etter dette punkt at det utføres kjeveortopedisk lukelukking

Utgiftene dekkes med 75 prosent etter honorartakstene.

### Gruppe c

I gruppe c stilles det krav om at

- tilstanden innfrir de odontologiske vilkårene angitt i gruppe c11, c12, c13, c14 eller c15, samtidig som
- pasienten har funksjonelle avvik (og/eller store vansker med psykisk og sosial mestring) og/eller
- pasienten har kombinasjon av tilstand c11 og c12, eller kombinasjon av tilstand c12 og c13

Funksjonelle avvik defineres i dette regelverket som

- økt risiko for traume ved utstående fortenner og/eller manglende leppelukking
- fare for skader ved inverteringer<sup>3</sup>
- trangstillinger med fare for skade på nabotennenes røtter

Store vansker med psykisk og sosial mestring defineres i dette regelverket som at pasientens bittavvik er sterkt hemmende for psykisk og sosial mestring.<sup>4</sup>

#### **c11: Horisontalt overbitt 6-9 mm**

Horisontalt overbitt måles fra incisalkanten på den mest prominente overkjeveincisiv langs okklusjonsplanet til labialflaten av motsvarende underkjeveincisiv.

c11 a) Pasienten har dokumenterte funksjonelle avvik.

~~e11 b) Pasienten har store vansker med psykisk og sosial mestring.~~

c11 c) Bittavviket er kombinert med c12.

---

<sup>3</sup> Dette punkt sier etter vårt syn intet konkret. Forslag om at behandlingsbehovet knyttes til kombinasjonen plassmangel/invertering, og at resten dekkes etter 8b5.

<sup>4</sup> Foreslått fjernet, da det kan stilles spørsmål ved tannlegers kompetanse til å vurdere. Mange i denne gruppen vil inntas i nytt punkt om ektopisk frembrudd eller omfattes av plassmangelgruppen.

**c12: Stor plassmangel i overkjeve fronten som er 4 mm eller mer og/eller stor plassmangel i underkjeve front som er 6mm eller mer. og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm**

c12 a) Pasienten har dokumenterte funksjonelle avvik.

~~e12 b) Pasienten har store vansker med psykisk og sosial mestring.~~

c12 c) Bittavviket er kombinert med c11 eller c13.

**c13: Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner)**

~~e13 a) Pasienten har dokumenterte funksjonelle avvik.~~

~~e13 b) Pasienten har store vansker med psykisk og sosial mestring.~~

c13 c) Bittavviket er kombinert med c12.

**c14: Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)**

Med markert plassoverskudd for stønadsberettiget ytelse menes minst 6 mm.

c14 a) Pasienten har dokumenterte funksjonelle avvik.

~~e14 b) Pasienten har store vansker med psykisk og sosial mestring.~~

**c15: Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar**

c15 a) Pasienten har dokumenterte funksjonelle avvik.

~~e15 b) Pasienten har store vansker med psykisk og sosial mestring.~~

Utgiftene dekkes med 40 prosent etter honorartakstene.

**c16: Ektopisk frembrudd i fronten (fortenner og hjørnetenner)**

Det ytes stønad ved stor og iøynefallende feilstilling av tenner i overkjevens front som ikke omfattes av 8c12. Tilstanden skal være av vesentlig betydning for funksjon og estetikk samt medføre subjektive plager

Utgiftene dekkes med 40 prosent etter honorartakstene.

## **Generelle merknader til stønadspunkt 8**

### **Henvising til kjeveortoped**

[Endret 01/24]

Det er en forutsetning for stønad at pasienten har *en korrekt utfylt* henvising fra en tannlege eller tannpleier. Henvisingen må inneholde alle de opplysningene som er nødvendige for å dokumentere at den henvisende behandleren har gjort en selvstendig vurdering av pasientens tilstand og behandlingsbehov. *Den henvisende tannlege/tannpleier skal bruke det til enhver tid gjeldende skjemaet «Henvising til kjeveortopedisk behandling 05-06.10 – bokmål (PDF)» / «Tilvising til kjeveortopedisk behandling 05-06.10 – nynorsk (PDF)».*

En henvising for personer omfattet av gruppene b og c gjelder i 24 måneder fra henvisningsdato. I de tilfellene det er behov for en ny vurdering av behandlingsbehovet, må pasienten få en ny henvising, jf. forskriftens § 3 andre ledd.

Den behandlende kjeveortopeden skal oppbevare det utfylte henvisningsskjemaet.

Utgifter til rebehandling dekkes bare når det foreligger ny henvisning og tilstanden fortsatt faller inn under vilkårene for stønad i henhold til forskriftens § 1 punkt 8.

## Forundersøkelse

Stønad til undersøkelse før oppstart av kjeveortopedisk behandling (inkludert nødvendige laboratorieprøver og røntgenundersøkelser) gis etter honorartakst for gruppe a og etter refusjonstakst for gruppene b og c.

Takst 3 kan ikke brukes ved undersøkelse forut for oppstart av kjeveortopedisk behandling, med unntak av behandling i gruppe a.

## Takstbruk ved kjeveortopedisk behandling

For kjeveortopediske tilstander i gruppe a kan takst 703 brukes ved behov. ~~Ved kjeveortopedisk behandling i gruppe b og c kan takst 703 bare benyttes ved oppstart av behandlingen.~~<sup>5</sup>

### 1.1.1.1 Etterkontroller

Det gis bare stønad til etterkontroller for tilstander i gruppe c der selve behandlingen er startet før 1. januar 2020.<sup>6</sup>

## Utvidet stønad til utgifter til kjeveortopedisk behandling

Ordningen med utvidet stønad til utgifter til kjeveortopedisk behandling gjelder familier der flere barn enn ett barn har behov for slik behandling. Utvidet stønad gjelder fra det neste barnet (med behov for tannregulering) og de påfølgende søsken. Helsøsken, halvsøsken og fostersøsken defineres som søsken. Stesøsken er ikke definert som søsken i denne sammenhengen.

For at utvidet stønad fra og med det neste barnet skal gjelde, er det et vilkår at det kan dokumenteres at behandlingen av det første barnet har påført familien faktiske utgifter.

Med faktiske utgifter forstås i denne sammenheng differansen mellom honorartakst og det beløpet som tidligere er refundert for stønadsberettiget kjeveortopedisk behandling. Der familien har betalt et mellomlegg i form av differansen mellom honorartakstene og tannlegens pris, regnes ikke denne differansen som en faktisk utgift, jf. forskriftens § 2 siste ledd.

I familier med to eller flere søsken som har behov for kjeveortopedisk behandling av bittavvik under gruppe b eller c, økes stønaden i gruppe b fra 75 prosent til 90 prosent og i gruppe c fra 40 prosent til 60 prosent fra og med det andre barnet.

## Påbegynt behandling før 1. januar 2020 – overgangsregler for gruppe c

---

<sup>5</sup> Vi anser at for gruppe b og c inngår alle "records" (foto/røntgen/modeller) i takst 601.

<sup>6</sup> Vi anser at det bør være opp til tannlegen å vurdere behovet for etterkontroller etter en vurdering av nødvendighet, og foreslår å fjerne dette punktet.

Ved behandling som er startet før 1. januar 2020, har personer i gruppe c rett til stønad etter tidligere vilkår fram til behandlingen er avsluttet. Følgende tre vilkår må da være oppfylt:

- Nødvendige undersøkelser og prøver skal være gjennomført i 2019 eller tidligere.
- Pasienten skal ha mottatt en behandlingsplan innen 31. desember 2019.
- Kjeveortopeden skal ha fremsatt krav om refusjon for takst 601 (behandlingsplanlegging) innen Helfos frister.