

Definisjon av nødvendig tannhelsehjelp og nødvendig tannregulering

Først publisert: 12. juni 2026

Siste faglige endring: 12. juni 2026

Innhold

1. <u>Sammendrag</u>	3
2. <u>Om oppdraget og prosess</u>	5
3. <u>Dagens tannhelsetjeneste</u>	8
4. <u>Gjeldende rett</u>	10
5. <u>Prioritering og normering på tannhelsefeltet</u>	21
6. <u>Helsedirektoratets vurdering av nødvendige tannhelsetjenester og nødvendig tannhelsehjelp</u>	29
7. <u>Helsedirektoratets vurdering av nødvendig tannregulering</u> ...	46
8. <u>Hvordan nødvendig tannhelsehjelp skal forstås i odontologisk praksis</u>	48
9. <u>Økonomiske og administrative konsekvenser</u>	55
10. <u>Vedlegg</u>	57

Sammendrag

Om oppdraget

Helsedirektoratet ble i tildelingsbrevet for 2025 nr. 35 gitt i oppdrag å definere begrepene «nødvendige tannhelsetjenester/nødvendig tannhelsehjelp» og «nødvendig tannregulering». Hovedformålet er å finne definisjoner som kan brukes til å gi nye eller utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Oppdraget ba også om nærmere retningslinjer for hvordan begrepene bør forstås og praktiseres i odontologisk praksis.

Oppdraget må sees i sammenheng med oppfølging av NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar, som foreslår en reform som skal sikre likeverdig tilgang til nødvendige tannhelsetjenester for hele befolkningen. Videre er det naturlig at oppdraget sees i sammenheng med nedsettelsen av Helsereformutvalget, som blant annet skal vurdere arbeids- og oppgavefordelingen mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt vedtak i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2026 om at regjeringen skal legge frem et høringsnotat med forslag til en helhetlig tannhelsereform høsten 2026.

Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet legger til grunn at begrepene «nødvendige tannhelsetjenester» og «nødvendig tannhelsehjelp» speiler hverandre. Begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» reflekterer hva den enkelte har rett til å få, og «nødvendige tannhelsetjenester» reflekterer hva det offentlige er forpliktet til å yte. Begrepene kan dermed i stor utstrekning brukes om hverandre.

Nødvendig tannhelsehjelp gir den enkelte krav på nødvendig tannhelsefaglig hjelp av en forsvarlig standard, basert på en individuell, tannhelsefaglig vurdering av behov. I hvilket omfang det skal gis tannhelsehjelp og på hvilket nivå tannhelsehjelpen skal være, må vurderes konkret.

Som for andre helse- og omsorgstjenester, mener vi at hva som er nødvendig tannhelsehjelp i det enkelte tilfellet må bero på en avveining av den enkeltes tannhelsefaglige behov på den ene siden og hensynet til fellesskapets behov og ressurser på den andre siden.

Prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet gjelder også for tannhelsetjenesten, og disse kriteriene vil ligge til grunn for vurderinger av hva som er nødvendig tannhelsehjelp overfor den enkelte pasient, men også for styring og planlegging av tjenestetilbudet, som både må skje fra statlige og lokale myndigheter og på den enkelte tannklinikk.

En nærmere definisjon av nødvendig tannhelsehjelp fra Helsedirektoratet gir uttrykk for hvordan vi, som fagmyndighet, forstår begrepet. Det innebærer å utfylle det juridiske begrepet, slik dette er definert i rettskildene, med odontologisk faglig innhold. Vi har tatt utgangspunkt i eksisterende nasjonale retningslinjer og veiledere utarbeidet av Helsedirektoratet, samt WHO's globale strategi på oral helse og definisjoner av oral helse og nødvendig tannhelsehjelp. Innholdet i disse vil være til nytte som utgangspunkt for nivået på omfang og kvalitet på behandlingstilbudet.

Den nærmere definisjonen av begrepene gjelder uavhengig av hvordan den offentlige tannhelsetjenesten organiseres eller finansieres, og uavhengig av hvilke pasientgrupper som skal ha rett til nødvendig tannhelsehjelp.

Tjenester og tilbud som anses omfattet av «nødvendige tannhelsetjenester»/«nødvendig tannhelsehjelp»:

- akutt tannhelsehjelp
- helsefremmende og forebyggende tannhelsehjelp, herunder å fremme evnen til egenomsorg gjennom både befolkningsrettede tiltak og forebyggende tiltak på individnivå.
- tilbud om regelmessige statusundersøkelser med forebyggende formål for voksne: Intervall for statusundersøkelser bør følge nasjonal normering og individuell risikovurdering. Helsedirektoratet anbefaler i dag at intervallet mellom to undersøkelser bør være mellom 12 og 24 måneder, med mulighet for hyppigere oppfølging ved behov.
- regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud med innkalling til statusundersøkelser til barn og unge under 20 år: Barn og unge bør få statusundersøkelse av tenner og munn ved 3, 5, 12, 15 og 18 år og ellers bør intervall mellom statusundersøkelser følge nasjonal normering som er minimum ett (12 mnd.) og maksimum to år (24 mnd.) basert på individuell risikovurdering. Personer med høy risiko for oral sykdom kan ha behov for ekstra oppfølging utenom statusundersøkelsene.
- undersøkelse, diagnostisering og behandling av tann- og munnsykdommer og tilstander: Dette inkluderer blant annet
 - sykdomsbehandling, funksjonsgjenoppretning, særskilte behandlingsmetoder og tiltak for pasienter med spesielle behov.
 - tilrettelegging for behandling, forebygging av tannbehandlingsangst og tilbud om sedasjon med legemidler, lystgass, narkose etter individuell vurdering.
- henvisning for vurdering, diagnose og behandling hos tannlegespesialist, herunder ved behov for tannregulering etter nærmere angitte kriterier.

Forhold som faller utenfor det som kan anses som nødvendig tannhelsehjelp og den offentlige tannhelsetjenestens ansvar:

- behandling uten medisinsk og odontologisk indikasjon, herunder kosmetisk behandling
- daglig ivaretagelse av tann- og munnhelse
- behandling med
 - manglende dokumentert nytte, usikker nytte
 - lav nytte i forhold til ressursbruk, eksempelvis for grundig eller for omfattende behandling.

Nærmere om nødvendig tannregulering

Kriteriene for nødvendig tannregulering i dagens regelverk foreslås i all hovedsak videreført. Helsedirektoratet mener at det på noen punkter er behov for en revisjon av enkelte vilkår, for å avgrense til tilfeller der tannregulering anses som unødvendig. Vi foreslår å inkludere ektopisk frembrudd i fronten som et bittavvik som er nødvendig å behandle, i tillegg til hypoplastisk molar inkluderes tenner med interne og/eller eksterne resorpsjoner med unntak av karies. Samtidig foreslår vi å fjerne undervilkåret om at «Pasienten har store vansker med psykisk og sosial mestring».

Endringer i regelverket skal motvirke overbehandling og for tidlig behandlingsstart, samt legge til rette for effektiv gjennomføring. Formålet er å sikre hensiktsmessig bruk av ressurser, både når det gjelder tid og kostnader, samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas.

Om oppdraget og prosess

Oppdraget og bakgrunnen for det

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2025 fått følgende oppdrag:

«Helsedirektoratet bes om å definere begrepene «nødvendige tannhelsetjenester/nødvendig tannhelsehjelp» og «nødvendig tannregulering». Hovedformålet er å finne definisjoner som kan brukes til å gi nye eller utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Direktoratet bes også om å gi nærmere retningslinjer for hvordan begrepene bør forstås og praktiseres i odontologisk praksis. Oppdraget er et resultat av Tannhelseutvalgets forslag om å innføre en universell rett til nødvendige tannhelsetjenester, samt rett for barn og unge til nødvendig tannregulering. Det vises til dessuten til budsjettavtale mellom regjeringspartiene og SV på Stortinget i november 2024. Frist: 1. april 2026»

Oppdraget er en oppfølging av to anmodningsvedtak fra Stortinget^[1]:

- Anmodningsvedtak nr. 84, 5. desember 2024

«Stortinget ber regjeringen innen 1. juni 2025 starte arbeidet med å definere hva som skal regnes som «nødvendige tannhelsetjenester». Definisjonen skal leveres til Stortinget senest innen 1. juni 2026.» Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 2 S (2024–2025).»

- Anmodningsvedtak nr. 83, 5. desember 2024

«Stortinget ber regjeringen innen 1. februar 2025 starte arbeidet med å definere hva som skal regnes som «nødvendig tannregulering» for barn og unge. Definisjonen skal leveres til Stortinget senest innen statsbudsjettet for 2026.» Vedtaket ble truffet i forbindelse med behandling av Prop. 1 S (2024–2025), jf. Innst. 2 S (2024–2025).»

Tannhelseutvalget hadde i oppdrag å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet, og la i september 2024 frem NOU 2024: 18 En universell tannhelsetjeneste – Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar. Utvalget foreslår en reform som skal sikre likeverdig tilgang 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.

De siste årene har flere nye pasientgrupper fått lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp i tannhelsetjenesteloven, jf. tannhelsetjenesteloven (tannhl.) § 1-3 første ledd d til f. I forslag til statsbudsjett for 2026 vises det til at «Regjeringen ønsker en gradvis utvidelse av den offentlige tannhelsetjenesten og å sikre at tilbudet til pasienter som allerede har rett til tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten skal styrkes.» ^[2] Ved vedtakelsen av statsbudsjettet ble det fattet vedtak om at regjeringen skal legge frem et høringsnotat med forslag til en helhetlig tannhelsereform høsten 2026.^[3] Denne oppdragsbesvarelsen kan sees som et ledd i det pågående arbeidet med en tannhelsereform.

Helsereformutvalget, som ble satt ned høsten 2025, skal blant annet vurdere arbeids- og oppgavefordelingen mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsereformutvalgets mandat omfatter dermed også den offentlige tannhelsetjenesten. Utvalget skal levere sin rapport innen 1. november 2026.

Prosess og involvering

Helsedirektoratet har utført oppdraget ved en intern arbeidsgruppe med representanter fra avdelingene helserett, helserefusjoner og kompetanse. Helfo har bidratt i arbeidet med å definere nødvendig tannregulering og hvordan det kan forstås og praktiseres.

Helsedirektoratet har presentert oppdraget i møter med ulike tannhelseaktører ved flere anledninger. Det har blitt gjennomført et innspillsmøte med oppnevnte deltagere fra Den norske tannlegeforening, Norsk Tannpleierforening, Tannhelsesekretærenes Forbund, Norges Tannteknikerforbund, Fagkollegiet for den offentlige tannhelsetjenesten, Regionale odontologiske kompetansesentre, Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, UiT Norges arktiske universitet, TOO styringsgruppe og NIOM. De samme aktørene fikk anledning til å gi skriftlige innspill, som flertallet benyttet seg av. Enkelte innspill fra innspillsmøtet er tatt med i drøftelsen i kapittel 5.

Oppdragsforståelse og avgrensninger

Det offentliges ansvar for tannhelsetjenester er i dag delt mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, som yter tannhelsehjelp vederlagsfritt eller mot fastsatt betaling til enkelte grupper pasienter, jf. tannhl. § 1-3, og folketrygden, som yter stønad til tannbehandling for enkelte typer tilstander, jf. folketrygdloven (ftl.) § 5-6 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom (forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling). Samlet kan dette omtales som offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Vi finner igjen begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» i tannhl. § 2-1, som gir pasienter omtalt i lovens § 1-3 en rett til nødvendig tannhelsehjelp. For folketrygdens del, benytter forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for sykdom begrepet «nødvendig og forsvarlig tannbehandling» som en terskel for hvilken hjelp som skal gi grunnlag for dekning av utgifter, jf. forskriften § 1 tredje ledd.

Det kommer frem av oppdragsteksten at hovedformålet med oppdraget er å foreslå definisjoner av nødvendig tannhelsehjelp og nødvendig tannregulering som kan brukes til å gi nye eller utvidede rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Helsedirektoratet forstår oppdraget dithen at en definisjon av «nødvendige tannhelsetjenester/nødvendig tannhelsehjelp» i hovedsak vil være rettet mot hva som skal anses å være det offentliges ansvar knyttet til tannhelsetjenester, uavhengig av hvordan tjenesten er organisert.

Oppdraget omhandler i utgangspunktet ikke hva som skal anses som «nødvendig tannhelsehjelp» i den helprivate delen av tjenesten, men definisjonen vil likevel være relevant å se hen til. I den helprivate delen av tjenesten, ytes tannbehandling mot full betaling til personer som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og ikke rett til stønad til dekning av utgifter etter folketrygdloven og forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling.

Hvilken tannhelsehjelp som skal gis i det private markedet skal være innenfor rammene av helsepersonelloven (hpl.) § 6, som pålegger helsepersonell å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift, samt innenfor rammene av forsvarlighetskravet i hpl. § 4. Den norske tannlegeforeningen gir også råd for å unngå undersøkelser og behandlinger som er unødvendige. [4] Det er viktig å påpeke at mye av tannhelsetjenestene som ytes i det private markedet i dag også vil omfattes av definisjonen av nødvendige tannhelsetjenester/nødvendig tannhelsehjelp.

Oppdraget ber om en vurdering av definisjoner på «nødvendig tannhelsehjelp» og «nødvendig tannregulering». Vi legger til grunn at «nødvendig tannregulering» anses som en del av «nødvendig tannhelsehjelp».

En definisjon av nødvendig tannhelsehjelp gjelder i utgangspunktet uavhengig av hvilke pasienter som skal motta tannhelsehjelpen. I oppdragsbesvarelsen tar vi ikke stilling til hvilke grupper som bør være blant de pasientene som skal ha rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten eller som skal ha rett til å få stønad til tannbehandling fra folketrygden. Besvarelsen vil heller ikke si noe om hvordan eller i hvilken grad det offentlige skal finansiere tannhelsetjenester som inngår i definisjonen.

[1] [Meld. St. 4 \(2025–2026\) \(regjeringen.no\)](#)

[2] [Prop. 1 S \(2025–2026\) \(regjeringen.no\)](#)

[3] [Finansinnstillingen - nasjonalbudsjettet og statsbudsjettet 2026 \(stortinget.no\)](#)

[4] [Gjør kloke valg kampanjen \(tannlegeforeningen.no\)](#)

Dagens tannhelsetjeneste

Dagens pasientpopulasjon

Personer som er nevnt i tannhl. § 1-3 første ledd bokstav a til g, har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten, jf. tannhl. § 2-1. Fylkeskommunens ansvar er som følge av dette begrenset til bestemte pasientgrupper. Personer som ikke har rettigheter i tannhelsetjenesteloven, må som hovedregel oppsøke tannhelsehjelp på egen hånd. Dette gjelder i hovedsak voksne fra og med 29 år. I enkelte situasjoner og ved bestemte tilstander, yter folketrygden stønad til tannbehandling, jf. ftrl. § 5-6 og tilhørende forskrift. Personer som verken har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller mottar stønad fra folketrygden, må selv betale for tannhelsehjelp.

Det fremheves i NOU 2024:18 at egenbetaling fra pasienter utgjorde om lag 73 prosent av utgiftene i tannhelsetjenesten i 2022.^[1] Omtrent 15 prosent av utgiftene tilskrives den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, mens om lag 12 prosent ble betalt av folketrygden.

De aller fleste som oppsøker tannhelsetjenesten i dag, har som følge av dette ikke rett til offentlig finansiert tannhelsehjelp. Personer som helt eller delvis får dekket sine utgifter til tannbehandling, må oppfylle kriterier i tannhelsetjenesteloven eller folketrygdloven. Disse reglene beskrives nærmere i det følgende.

Organisering

Den offentlige tannhelsetjenestens ansvar er ifølge tannhl. § 1-1 å sørge for tannhelsetjenester.

Fylkeskommunens ansvar omfatter både allmenntannhelsetjenester og spesialisttannhelsetjenester. Dette følger av tannhl. § 1-1. Dette gjør at den offentlige tannhelsetjenesten skiller seg fra organiseringen i den øvrige helse- og omsorgstjenesten, hvor ansvarsområdet er delt mellom kommunen og staten ved de regionale helseforetakene.

Videre er den offentlige tannhelsetjenesten i dag den eneste helse- og omsorgstjenesten som tilhører fylkeskommunen som forvaltningsorgan.

Som nevnt ovenfor, må personer som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven som utgangspunkt oppsøke tannhelsehjelp på egen hånd. Som følge av dette er det i stor utstrekning private tilbydere av tannhelsetjenester, særlig i sentrale strøk.^[2] I 2023 jobbet omtrent 70 prosent av landets tannleger i privat praksis, mens omtrent 30 prosent var tilknyttet den offentlige tannhelsetjenesten.^[3] Videre arbeidet om lag 85 prosent av tannlegespesialistene i privat sektor, og omtrent 97 prosent av spesialistene arbeidet innenfor kjeveortopedi. I områder hvor det ikke er private tilbydere av tannhelsetjenester, har den offentlige tannhelsetjenesten et ansvar for å tilby tannhelsetjenester, jf. tannhl. § 1-1 første ledd og § 1-3 andre ledd.

Den offentlige tannhelsetjenesten kan ifølge tannhl. § 4-1 inngå avtale med privatpraktiserende tannlege om tannhelsetilbud til de prioriterte pasientgruppene. Ved inngåelse av slik avtale, vil fylkeskommunen fremdeles ha det overordnede ansvaret, jf. tannhl. § 1-1 tredje ledd.

Fylkeskommunene opplyser på sine nettsider om at det er ventetid og ventelister for tilgang til nødvendig tannhelsehjelp, særlig for 21–28 åringer. Noen fylkeskommuner har inngått avtaler med private tannleger, slik at den offentlige tannhelsetjenesten benytter seg av muligheten til å inngå avtale med private tilbydere av tannhelsetjenester, i større utstrekning enn tidligere. Dette ble også bekreftet under innspillsmøtet med

representanter fra tannhelsetjenesten og relevante fagmiljøer, samtidig som det ble påpekt at det er regionale utfordringer med å rekruttere og beholde alle typer tannhelsepersonell.

Finansiering og egenbetaling

Det følger av tannhl. § 5-1, at fylkeskommunen skal dekke utgiftene ved den offentlige tannhelsetjenesten. Utgangspunktet er dermed at fylkeskommunen er finansielt ansvarlig for tannhelsetjenestene som tilbys i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette gjelder enten tannhelsetjenestene er ytt av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som har avtale med fylkeskommunen, jf. tannhl. § 5-1 andre ledd.

Fylkeskommunen kan likevel kreve betaling for tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten, når det følger av forskrift, jf. tannhl. § 2-2 første ledd. For pasienter i tannhelsetjenestelovens gruppe a, b, c, e og f, kan det imidlertid ikke kreves vederlag for annen tannhelsehjelp enn kjeveortopedisk behandling, jf. tannhl. § 2-2 andre ledd. Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten (vederlagsforskriften) inneholder nærmere vilkår for når tannhjelpen til disse gruppene er gratis. Forskriften regulerer også fylkeskommunens adgang til å kreve betaling fra personer i gruppe d og gruppe g. Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter ifølge tannhl. § 2-2 fjerde ledd, takster for tannbehandling. Betaling for tannhelsehjelp til tannhelsetjenestelovens prioriterte grupper i den offentlige tannhelsetjenesten, beregnes ut ifra departementets fastsatte takster, jf. vederlagsforskriften § 1.

Som utgangspunkt er det imidlertid fri prisfastsetting for tannhelsetjenester i Norge. Dette gjelder for private tilbydere av tannhelsetjenester og for den offentlige tannhelsetjenesten, når tannhelsetjenester ytes til personer uten rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Fri prisfastsetting innebærer at det ikke er standardiserte eller regulerte priser for tannhelsehjelpen som ytes. Pris for tannbehandling kan derfor fastsettes av tannlegen, tannlegekontoret eller virksomhetskjeden, ut ifra kostnader, etterspørsel og konkurransesituasjon i lokale markeder, og uten hensyn til hva det offentlige finansierer i henhold til departementets fastsatte takster for tannbehandling. Som følge av dette kan prisen for tannhelsehjelp til personer som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, variere.

Dersom prioriterte grupper i tannhelsetjenesteloven mottar tannhelsehjelp fra privatpraktiserende tannleger etter avtale med den offentlige tannhelsetjenesten, er fylkeskommunen ansvarlig for å dekke differansen mellom hva det offentlige finansierer etter departementets fastsatte takster for tannbehandling og hva tannlegen krever i betaling i tråd med inngått avtale, jf. tannhl. § 5-1 andre ledd.

Som nevnt ovenfor, må personer som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, som hovedregel betale for tannhelsehjelp selv. Utgangspunktet om fri prisfastsetting for tannhelsetjenester, innebærer at tannhelsehjelp kan være kostbart for personer som ikke har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Ved bestemte tilstander og i enkelte tilfeller, yter imidlertid folketrygden stønad til tannbehandling for sykdom, jf. ftrl. §§ 5-6 og 5-6 og tilhørende forskrift. I 2025 utbetalte folketrygden i overkant av 3,2 milliarder kroner i refusjon for tannbehandling. Slik stønad ytes ut ifra Helse- og omsorgsdepartementets fastsatte takster for tannbehandling, som er nevnt ovenfor, men for pasientene kan det påløpe egenandeler og i tillegg betydelig egenbetaling grunnet fri prissetting.

[1] NOU 2024:18 punkt 3.1.2, figur 3.2

[2] NOU 2024:18 punkt 12.3

[3] [11774: Årsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste, etter personellgruppe og sektor \(F\) \(avslutta serie\) 2015-2023 \(ssb.no\)](#)

Gjeldende rett

Tannhelsetjenestelovens oppbygning

Den offentlige tannhelsetjenesten reguleres av tannhelsetjenesteloven. Tannhelsetjenesteloven er i liten grad endret eller oppdatert siden den ble vedtatt i 1983. Til sammenligning har det vært flere lovendringer i den øvrige helse- og omsorgstjenesten, samt endringer når det gjelder organisering av tjenestene. Som følge av dette er tannhelsetjenesteloven på noen områder forskjellig fra de øvrige helse- og omsorgslovene, og loven kan i noen sammenhenger fremstå som utdatert.

Som vi gjør nærmere rede for i det følgende, regulerer tannhelsetjenesteloven både pasientens rett til nødvendig tannhelsehjelp og fylkeskommunens ansvar. Dette er forskjellig fra hvordan rettigheter og ansvar er regulert i den øvrige helse- og omsorgstjenesten, hvor pasienter og brukeres rettigheter følger av pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.), mens den offentlige helse- og omsorgstjenestens ansvar i hovedsak er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) og spesialisthelsetjenesteloven (sphl.).

Tannhelsetjenesteloven er imidlertid ikke uttømmende når det gjelder pasientens rettigheter. Pasient- og brukerrettighetslovens prosessuelle rettigheter gjelder også for pasienter som mottar tannhelsehjelp.^[1] Dette omfatter for eksempel rett til medvirkning og informasjon, informasjon til pårørende og regler om samtykke.

Bakgrunnen for dette er at tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester inngår i definisjonen av begrepet helse- og omsorgstjenesten, i pbrl. § 1-3 bokstav d. De prosessuelle reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kommer derfor til anvendelse for pasienter som mottar tannhelsehjelp – uavhengig av om tannhelsehjelpen ytes av den offentlige tannhelsetjenesten eller av private tjenesteytere. Som følge av dette kommer også pasient- og brukerrettighetslovens klagerregler til anvendelse når det gjelder prosessuelle rettigheter for pasienter som mottar tannhelsehjelp.

Klage over tannhelsehjelpen som er ytt, reguleres derimot i tannhl. § 2-3. Disse reglene gjelder kun for pasienter som har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten.

^[1] Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.21.1.1

Fylkeskommunens ansvar

Fylkeskommunen har ifølge tannhl. § 1-1 andre ledd ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenestens ansvar gjelder overfor personer som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket, jf. tannhl. § 1-1 første ledd og § 1-3 første ledd, jf. § 2-1. Tannhelsetjenestelovens regler bygger dermed på oppholdsprinsippet. Det betyr at fylkeskommunen som utgangspunkt ikke har ansvar for personer som oppholder seg utenfor fylket.

Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter ifølge tannhl. § 1-1 tredje ledd, tannhelsetjenester som utføres av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen etter tannhl. § 4-1. Bakgrunnen for dette er at fylkeskommunen kan inngå avtale med private tjenesteytere for å oppfylle sitt ansvar etter tannhelsetjenesteloven. Det er nærmere regler for

inngåelse av en slik avtale i tannhl. § 4-2. Fylkeskommunen har det overordnede ansvaret for å sørge et nødvendig og forsvarlig tannhelsetilbud, uavhengig av om fylkeskommunen yter tjenestene selv eller om tjenestene etter avtale ytes av privatpraktiserende tannlege.^[1] Dette følger også av fylkeskommunens overordnede ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten etter tannhl. § 1-1 andre ledd.

Fylkeskommunen har videre et ansvar for å samordne den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor, jf. tannhl. § 1-4. En del av fylkeskommunens ansvar for å sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester etter tannhl. § 1-1 første ledd, er å ha oversikt over de samlede offentlige og private tannhelseressursene i fylket.^[2]

Det kommunale og fylkeskommunale selvstyret følger av kommuneloven § 2-1 og Grunnloven § 49. Fylkeskommunen er som følge av dette et selvstendig rettssubjekt, som innenfor nasjonale rammer kan ta avgjørelser på eget initiativ og ansvar. Dette er en del av bakgrunnen for at fylkeskommunen selv bestemmer hvordan den offentlige tannhelsetjenesten skal organiseres.

Organisering av den offentlige tannhelsetjenesten er en del av fylkeskommunens ansvar etter tannhl. § 1-1, og innebærer at fylkeskommunen kan velge hvordan de lovpålagte oppgavene skal utføres. Lovgivningen setter rammer for fylkeskommunens organisering og utforming av den offentlige tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesteloven bygger, i likhet med helse- og omsorgstjenesteloven, på prinsippet om frihet til å organisere tjenesten.^[3] På bakgrunn av dette vil det kunne være variasjoner i hvordan de ulike fylkeskommunene organiserer, bygger opp og utformer sin offentlige tannhelsetjeneste og tilbudet om tannhelsetjenester.

Videre følger det av tannhl. § 1-3a at fylkeskommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

^[1] Prop. 60 L (2023-2024) punkt 3.1.1

^[2] Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.4

^[3] Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.4

Formålet med den offentlige tannhelsetjenesten

Det følger av tannhl. § 1-2 at fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. Fylkeskommunen skal videre spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.

Formålsbestemmelsen gir uttrykk for hva tannhelsetjenesten skal gjøre og legge vekt på.^[1] Interessene og verdiene som tannhelsetjenesteloven skal fremme er først og fremst folkehelse og forebygging. Dette kommer også frem av at den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, jf. tannhl. § 1-3 første ledd første punktum.

Formålet om å fremme tannhelse og hensynet til forebyggende behandling er særlig relevant når det gjelder den offentlige tannhelsetjenestens ansvar overfor barn og ungdom. Dette kommer til uttrykk i flere av forarbeidene til tannhelsetjenesteloven, se for eksempel Prop. 71 L (2016-2017).^[2] Hensynet til forebygging ligger også til grunn for at unge voksne har rett til nødvendig tannhelsehjelp etter

tannhelsetjenesteloven. Det er videre bakgrunnen for at tilbudet til unge voksne til og med 24 år ble lovregulert, og at den øvre aldersgrensen for gruppen unge voksne senere ble utvidet til 28 år.^[3]

Ifølge forarbeidene var det flere formål som lå til grunn for tannhelsetjenestelovens regler, da loven ble vedtatt.^[4] Et av formålene med loven var å gi hjelp til vanskeligstilte grupper, ved å sikre bestemte grupper et tilbud om organisert og oppsøkende tannhelsehjelp. Dette kommer til uttrykk i tannhl. § 1-3 første ledd andre punktum og fylkeskommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetjenestetilbud til bestemte grupper i befolkningen. Formålet om å gi hjelp til vanskeligstilte grupper er dermed bakgrunnen for at den offentlige tannhelsetjenestens ansvar er begrenset til nærmere angitte pasientgrupper. Det samme formålet ligger også til grunn for at den offentlige tannhelsetjenesten i 2024 fikk ansvar for flere prioriterte grupper, da tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen ble lovregulert.

Det følger videre av de samme forarbeidene at et formål med loven var å bedre samordningen av og styringen med ressursene som brukes i tannhelsetjenesten. Dette innebar samling av den kommunale skoletannpleien og den fylkeskommunale folketannrøkta, og samordning av offentlig og privat tannhelsetjeneste. Dette kommer til uttrykk i tannhl. § 1-4 om fylkeskommunens ansvar for å samordne den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor. Avtale mellom fylkeskommunen og privatpraktiserende tannlege om ytelse av tannhelsehjelp på vegne av den offentlige tannhelsetjenesten etter tannhl. § 4-1 og § 1-1 (3), kan også knyttes til formålet om samordning mellom offentlig og privat sektor. Videre kan formålet om samordning knyttes til fylkeskommunens samarbeidsplikt etter tannhl. § 1-4a.

Ifølge forarbeidene som er nevnt ovenfor, var et av formålene med tannhelsetjenestelovens regler å gi geografisk spredning av tannleger i hele landet. Dette ligger til grunn for fylkeskommunens overordnede sørge-for-ansvar etter tannhl. § 1-1 første ledd, hvor det fremheves at fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisthelsetjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Geografisk spredning av tannleger er også et av hensynene bak den offentlige tannhelsetjenestens mulighet til å yte tannhelsehjelp til voksne pasienter mot betaling, etter tannhl. § 1-3 andre ledd.

Et annet formål med tannhelsetjenestelovens regler var å fremme tilpasningsdyktighet. Ifølge forarbeidene ble det lagt opp til fleksible løsninger hvor for eksempel innkallingsrutiner og forebyggende tiltak kunne tilpasses ulike behov. Dette kan blant annet knyttes til fylkeskommunens ansvar for at den offentlige tannhelsetjenesten samarbeider med andre tjenesteytere for å gi den enkelte et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, jf. tannhl. § 1-4a. Fleksibilitet og tilpasningsdyktighet er også en del av fylkeskommunens ansvar om å gi de prioriterte gruppene et regelmessig og oppsøkende tannhelsetjenestetilbud etter tannhl. § 1-3 første ledd andre punktum. Fylkeskommunens organisering av den offentlige tannhelsetjenesten etter tannhl. § 1-1 andre ledd bygger også til dels på formålet om tilpasningsdyktighet og fleksibilitet i tannhelsetjenesten.

^[1] Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.6.1.1

^[2] Prop. 71 L (2016-2018) punkt 10.9.3.4

^[3] Prop. 60 L (2023-2024) punkt 4.3.3 og Prop. 124 L (2024-2025) punkt 4.3

^[4] Ot.prp. nr. 49 (1982-1983) punkt 1.2

Nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven

Pasientgruppene som er nevnt i tannhl. § 1-3 første ledd a til g, har ifølge tannhl. § 2-1, rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten. Retten til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhl. § 2-1, gjenspeiler fylkeskommunens plikt til å tilby et regelmessig og oppsøkende tannhelsetjenestetilbud etter tannhl. § 1-3 første ledd andre punktum. Nødvendig tannhelsehjelp er derfor omfanget av hva den enkelte har rett til og hva fylkeskommunen er forpliktet til å yte. I det følgende omtaler vi derfor både den enkeltes rett til nødvendig tannhelsehjelp og fylkeskommunens plikt til å tilby nødvendig tannhelsehjelp.

Ifølge forarbeidene tolkes begrepet nødvendig tannhelsehjelp slik at det gir den enkelte krav på nødvendig hjelp av en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov.^[1] Det dreier seg om en tannhelsefaglig vurdering av den enkeltes behov. I hvilket omfang det skal gis tannhelsehjelp og på hvilket nivå tannhelsehjelpen skal være, må vurderes konkret. Det er tannhelsepersonellet som gjør denne vurderingen, basert på sitt faglige skjønn.

Det fremheves i flere forarbeider til tannhelsetjenesteloven at begrepet nødvendig tannhelsehjelp utgjør en rettslig standard.^[2] Den rettslige standarden definerer nivået på behandlingstilbudet som den enkelte har krav på. En rettslig standard innebærer at rettsregelens innhold ikke er tilknyttet bestemte og entydige kriterier i lovverket, men at det er knyttet til blant annet faglige vurderinger. Hva som regnes for å være nødvendig tannhelsehjelp vil derfor kunne variere over tid, i tråd med for eksempel den tannhelsefaglige utviklingen.

På bakgrunn av dette kan omfanget av og kvaliteten på behandlingstilbudet fastsettes med utgangspunkt blant annet i nasjonale veiledere og retningslinjer, slik som veilederen om God klinisk praksis i tannhelsetjenesten, den nasjonale faglige retningslinjen for tannhelsetjenester til barn og unge og de nasjonale faglige rådene om helsefremmende og forbyggende tiltak til voksne over 20 år. Se nærmere omtale av disse i kapittel 4.

Nødvendighetskriteriet betyr at verken fylkeskommunens forpliktelse eller den enkeltes rettskrav er ubegrenset.^[3] Hvor langt fylkeskommunen er forpliktet til å strekke seg for å tilby den enkelte nødvendig tannhelsehjelp, må på generelt grunnlag vurderes konkret i ethvert tilfelle. I denne vurderingen vil også fylkeskommunens økonomiske ressurser blant annet være av betydning. Fylkeskommunen er imidlertid forpliktet til å holde en odontologisk forsvarlig standard på sitt behandlingstilbud i tannhelsetjenesten.

Begrepet nødvendig tannhelsehjelp tilsvare begrepet nødvendig helsehjelp i den øvrige helse- og omsorgstjenesten, og begrepene beskrives blant annet som parallelle i forarbeidene.^[4] På bakgrunn av dette vil redegjørelser og fortolkninger av nødvendighetskriteriet etter hol. § 3-1 og sphl. § 2-1, kunne være relevante for innholdet i nødvendig tannhelsehjelp.

Som følge av dette kan høyesterettsavgjørelsen Fusa-dommen om nødvendig helsehjelp fra kommunen, også anses å være relevant når det gjelder forståelsen av begrepet nødvendig tannhelsehjelp.^[5] Høyesterett legger her til grunn at kommunen må forholde seg til en minstestandard hva gjelder nødvendig helsehjelp, og at kommunen ikke kan gå under denne grensen med henvisning til for eksempel for dårlig økonomi. Denne minstestandarden fastlegges ut ifra kravet om faglig forsvarlighet. Det samme kommer også til uttrykk i forarbeidene til tannhelsetjenesteloven.^[6]

Til tross for at innholdet i nødvendig tannhelsehjelp kan utvikle seg over tid, må det ligge innenfor det som regnes som tannhelsefaglig forsvarlig. Dette er også i tråd med Fusa-dommen, som er nevnt ovenfor. Tannhelsehjelp som etter en odontologisk vurdering er helsefaglig nødvendig for den det gjelder, innebærer at behandlingstilbudet er i tråd med det helserettslige kravet til forsvarlighet.^[7] Som følge av dette er det i forarbeidene til tannhelsetjenesteloven noen generelle holdepunkter for hva nødvendig tannhelsehjelp omfatter. Et tilbud om nødvendig tannhelsehjelp innebærer både undersøkelser, kontroller, diagnostisering og eventuelt henvisninger.^[8]

Videre må tilbudet som minimum inneholde et tilbud om akutthjelp, forebyggende tiltak og behandling. Dette har sammenheng med formålet bak tannhelsetjenesten, som ifølge tannhl. § 1-2 er å fremme tannhelsen i befolkningen og å sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. I tilknytning til dette, fremheves det i forarbeidene at nødvendig tannhelsehjelp også omfatter rutineundersøkelser med forebyggende hensikt.^[9] Rutineundersøkelser og kontroller som en del av nødvendig tannhelsehjelp kan også knyttes til fylkeskommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetjenestetilbud, etter tannhl. § 1-3 første ledd. Retten til nødvendig tannhelsehjelp er samtidig uavhengig av innkallinger fra den offentlige tannhelsetjenesten.^[10] Dette har blant annet sammenheng med at nødvendig tannhelsehjelp som nevnt ovenfor omfatter øyeblikkelig tannhelsehjelp.

Hva som regnes for å være nødvendig tannhelsehjelp beror videre på den offentlige tannhelsetjenestens prioriteringer. Det gjelder både generelle prioriteringer for det samlede tjenestetilbudet og individuelle prioriteringer i vurderingen av hva som er nødvendig tannhelsehjelp overfor den enkelte. Se nærmere omtale i kapittel 4.1 og 5.3.

^[1] Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.21.2.1

^[2] Prop. 60 L (2023-2024) punkt 3.1.3

^[3] Ot.prp. nr. 49 (1982-1983) merknadene til § 2-1

^[4] Prop. 60 L (2023-2024) punkt 4.2.3

^[5] Rt-1990-874

^[6] Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.21.2.1

^[7] Prop. 60 L (2023-2024) punkt 3.1.3

^[8] Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.21.2.1

^[9] Prop. 60 L (2023-2024) punkt 4.2.3

^[10] Prop. 71 L (2023-2024) punkt 10.21.2.1

Nødvendig tannhelsehjelp etter folketrygdloven

Folketrygden yter stønad til dekning av nødvendige utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom, etter ftrl. §§ 5-6 og 5-6a.

Stønadens ytes etter departementets fastsatte takster for tannbehandling. For å få rett til dekning, må pasienten ha én av 15 sykdomstilstander (stønads punkt) som er nærmere fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling.

Det gis bare stønad til utgifter til nødvendig og forsvarlig tannbehandling, og ukomplisert behandling skal benyttes fremfor dyrere og/eller mer kompliserte behandlingsformer der dette er mulig.^[1]

Formålet med bestemmelsene er å gi personer som ikke dekkes etter annen lovgivning, hel eller delvis stønad til nødvendig tannhelsehjelp.

Stønadspunktene kan deles opp i tre grupper:

- Tilfeller der en bakenforliggende sykdom eller medisinsk tilstand eller behandlingen av denne gir store tannhelseproblemer
- Tannregulering
- Tann/kjevesykdommer som inntreffer uavhengig av somatiske eller psykiske sykdommer eller tilstander

Tannbehandlingen som dekkes gjennom folketrygden anser Helsedirektoratet som nødvendig tannbehandling. Når det gjelder stønad til tannbehandling er hovedregelen i Norge at personer over 29 år selv må betale for behandlingen de har behov for. Formålet med bestemmelsene i ftrl. §§ 5-6 og 5-6 a er å gi bestemte grupper som ikke har rettigheter etter andre ordninger hel eller delvis stønad til dekning av utgifter til undersøkelse/behandling. Regelverket er således subsidiært til tannhelsetjenesteloven, men dekker altså ikke stønad til all nødvendig tannhelsehjelp for befolkningen.

[1] R05-05-FOR-1702 Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 – Undersøkelse og behandling hos tannlege eller tannpleier for sykdom

Nødvendig tannregulering

Folketrygden yter stønad til dekning av nødvendige utgifter til tannregulering under stønadspunkt 8 Bittanomalier, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling.

I forskriften er Helsedirektoratet gitt myndighet til å gi utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer for når stønad skal ytes. Rundskriv til ftrl. §§ 5-6, 5-6 a og 5-25 om undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier ved sykdom og skade gir slike regler. Rundskrivet angir hvilke bittavvik som gir rett til stønad til tannregulering.

Bittavvikene som er stønadsberettiget er delt opp i tre grupper (a, b og c), som gir en dekning på mellom 40 til 100 prosent av departementets fastsatte takster. Jo mer alvorlig bittavviket er, jo høyere dekning gis.

Det er en forutsetning for stønad til tannregulering at pasienten har henvisning til kjeveortopedisk behandling fra en tannlege eller tannpleier. Henvisningen må inneholde opplysninger som dokumenterer at henvisende behandler har gjort en selvstendig vurdering av pasientens tilstand og behandlingsbehov. Det er deretter kjeveortopedien som avgjør om pasienten trenger behandling, og i så fall hvilken behandling. For at pasienten skal ha rett til stønad, må behandlingen være påbegynt senest det året pasienten fyller 20 år, dette gjelder ikke de mest alvorlige bittavvikene (gruppe a).

Stønad til tannregulering forutsetter at kjeveortopedien som utfører behandlingen, har avtale om direkte oppgjør med Helfo. Med direkte oppgjør blir stønaden utbetalt direkte til kjeveortopedien, slik at pasienten bare må betale egenandelen. Siden det er fri prissetting for tannhelsetjenester, kan kjeveortopedien ta mer betalt av pasienten enn egenandelen som er oppgitt i departementets fastsatte takster. Egenbetalingen til pasienten kan derfor bli vesentlig.

Stønad til nødvendig tannhelsehjelp som sosialhjelp

Personer som ikke kan sørge for eget livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har ifølge sosialtjenesteloven § 18 krav på økonomisk stønad fra kommunen. Økonomisk hjelp til et forsvarlig livsopphold gis etter en individuell vurdering av behov, når den enkelte ikke har penger til å forsørge seg selv og vedkommende har gjort gjeldende trygderettigheter eller andre økonomiske rettigheter. Et forsvarlig livsopphold omfatter blant annet dekning av utgifter til helsetjenester, herunder tannbehandling som ikke dekkes av andre ordninger.

Se nærmere informasjon om økonomisk sosialhjelp og sosialtjenestelovens øvrige regler i [Arbeids- og velferdsdirektoratets rundskriv R35-00 \(lovdata.no\)](#).

Nødvendig helsehjelp i andre deler av helse- og omsorgstjenesten

Nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen

Det følger av pbrl. § 2-1 andre ledd, at pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Den enkeltes rettighet gjenspeiles i kommunens ansvar etter hol. § 3-1 første ledd.

Kommunens ansvar gjelder for alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne, jf. hol. § 3-1 andre ledd. Det betyr at enhver person har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen vedkommende oppholder seg i.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er ifølge forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven negativt avgrenset til tjenester som ikke er en del av statlige spesialisthelsetjenester eller fylkeskommunale tannhelsetjenester.^[1] Ressurshensyn tilsier at visse tjenester ikke omfattes av kommunens plikt til å yte eller tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar avgrenses derfor mot det som må anses for å være den enkeltes ansvar for egen helse og velferd.

Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen skal forstås slik at den enkelte har krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og sosialfaglig vurdering av behov.^[2] Hva som er nødvendig hjelp er vanskelig å angi presist på et overordnet nivå, slik at omfang og nivå på hjelpen må fastsettes etter en konkret vurdering.

Det er forskjellige momenter tilknyttet den enkeltes situasjon som vil være relevante i denne vurderingen. Kommunens ressurser og prioriteringer kan også være relevante momenter i denne vurderingen. Det er imidlertid en minstandard av hva som kan forventes, som kommunen ikke kan gå under på grunn av økonomi. I Fusa-dommen legger Høyesterett til grunn at rett til nødvendige tjenester fra kommunen innebærer en rett til et forsvarlig minstenivå av nødvendig hjelp og at kommunens økonomi ikke kan tillegges vekt ved fastleggelse av dette minstenivået.

Hva som anses som nødvendige helse- og omsorgstjenester, må som følge av dette sees i sammenheng med kravet til forsvarlige tjenester.^[3] Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal ifølge hol. § 4-1 være forsvarlige. Dette innebærer at tjenestene skal være av et visst nivå, og stiller krav til hvordan kommunen tilrettelegger helse- og omsorgstjenestene.

Nødvendighetsbegrepet og forsvarlighetskravet er såkalte rettslige standarder. Det betyr at rettsreglenes innhold ikke følger av loven, men av normer innenfor fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnetiske normer. Hva som er nødvendig og forsvarlig vil derfor kunne endre seg over tid. Som følge av dette fungerer forsvarlighetskravet som en rettesnor for hvordan tjenestene bør være og hva som regnes som god praksis. Forsvarlighetskravet utgjør samtidig en grense mot hva som er uforsvarlig.

Videre er det i utgangspunktet kommunen som vurderer og tar stilling til hva slags hjelp og tilbud den enkelte skal tilbys. Den enkeltes rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, gir som hovedregel derfor ikke rett på en bestemt helse- og omsorgstjeneste fra kommunen. Tjenester som ofte regnes for å være nødvendige helse- og omsorgstjenester og som kommunen blant annet er forpliktet til å tilby, er listet opp i hol. § 3-2. I likhet med de øvrige tjenestene som er nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3, vil disse tjenestene være veiledende for hva den enkelte kan forvente av helse- og omsorgstjenestetilbud i kommunen.

Selv om retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen etter loven ikke er begrenset ut ifra ressurser eller prioriteringer, må slike begrensninger ifølge forarbeidene som er nevnt ovenfor innfortolkes i pbrl. § 2-1 og den kommunale helse- og omsorgstjenestens forpliktelse. I sin vurdering kan kommunen derfor legge vekt på ressurs hensyn og prioriteringer når det gjelder tjenestenivå og -omfang. Dette er en del av kommunens vurdering om hva som er nødvendige helse- og omsorgstjenester for den enkelte.

Prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet bidrar til at kommunens ressurser brukes på personer som trenger dem mest og der ressursene gir størst nytte. Det er gitt nærmere anbefalinger for prioriteringer i kommunen i [nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester](#). Se også omtalen av prioriteringskriteriene i kapittel 4.1.

Pasient og bruker har videre rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. pbrl. § 2-1 første ledd. Dette gjenspeiles i kommunens ansvar for å straks tilby og yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at slik hjelp er påtrengende nødvendig etter hol. § 3-5 og helsepersonells plikt til å yte øyeblikkelig hjelp etter hpl. § 7. Kommunens ansvar etter hol. § 3-5 er mer objektivt formulert, sammenlignet med den rettslige standarden om nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, herunder øyeblikkelig hjelp, er nærmere beskrevet i [Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven, under omtalen av § 2-1](#). Kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen er nærmere beskrevet i [Helsedirektoratets rundskriv til helse- og omsorgstjenesteloven, under omtalen av § 3-1 og § 3-2](#).

Nødvendige spesialisthelsetjenester

Pasienten har ifølge pbrl. § 2-2 andre ledd, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, når vedkommende har forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

Det følger av pbrl. § 1-3 bokstav c, at helsehjelp omfatter handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål. Nødvendig helsehjelp skal ifølge forarbeidene tolkes slik at det gir den enkelte krav på nødvendig helsehjelp av en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig vurdering av behov.^[4] Det er vanskelig å generelt angi innholdet i nødvendig helsehjelp på en presis måte. Det må baseres på en konkret vurdering av i hvilket omfang det skal gis helsehjelp og hvilket nivå helsehjelpen skal ha.

Begrepet nødvendig helsehjelp er en rettslig standard. Det er ovenfor gjort rede for hva en rettslig standard er. Nødvendig helsehjelp skal videre forstås slik at den enkelte har rett på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig vurdering av behov. Omfanget og nivået på helsehjelpen må som følge av dette vurderes konkret. I likhet med nødvendige helse- og omsorgstjenester i kommunen, må kravet om nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten sees i sammenheng med kravet om faglig forsvarlighet.

Retten til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er videre begrenset til de tjenestene som spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for. Spesialisthelsetjenesten er som utgangspunkt en samlebetegnelse for den typen helsetjenester det ikke er funnet hensiktsmessig å legge ansvaret for i kommunen.^[5] Det følger av splh. § 2-1 at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester, i tråd med prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighetsgrad, jf. splh. § 2-1a første og andre ledd.

Det er sykehuset som vurderer og i utgangspunktet beslutter hva slags helsehjelp den enkelte skal tilbys. Den enkeltes rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innebærer derfor ikke rett til en bestemt form for helsehjelp eller en bestemt type tjeneste.

Vurderingen av hva som er å anse som nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, innebærer også en kost- og nyttevurdering. Vilklårene om forventet nytte av helsehjelpen og forventet ressursbruk er nærmere presisert i forskrift om prioritering av helsetjenester (prioriteringsforskriften). Se nærmere informasjon i [veilederen om prioritering i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften](#). Det er i tillegg utarbeidet egne [prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten](#), hvor det gis anbefalinger om rettigheter på gruppenivå innenfor bestemte fagområder i spesialisthelsetjenesten. Disse prioriteringsveilederne skal bidra til økt forståelse og lik praktisering av prioriteringskriteriene, ved at de brukes som beslutningsstøtte i vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp til den enkelte.

Pasienten har også rett til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. pbrl. § 2-2 første ledd. Dette har sammenheng med spesialisthelsetjenestens plikt til å yte helsehjelp som er påtrengende nødvendig, etter splh. § 3-1, og helsepersonells plikt til å yte øyeblikkelig hjelp etter hpl. § 7. Rettigheten er ubetinget i den forstand at den ikke er tilknyttet prioriteringskriterier, slik retten til nødvendig helsehjelp etter pbrl. § 2-2 andre ledd er. Retten til øyeblikkelig hjelp gjelder avverging av akutt fare for liv, alvorlig helseskade eller alvorlig smertetilstand. Helsehjelpens art og situasjonens karakter innebærer derfor en form for prioritering av hva den enkelte har rett til.

Retten til nødvendig helsehjelp, herunder øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, er nærmere beskrevet i [Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven, under omtalen av § 2-2](#).

[1] Prop. 91 L (2010-2011) punkt 14.3

[2] Prop. 91 L (2010-2011) punkt 29.5.2

[3] Prop. 91 L (2010-2011) punkt 14.3

[4] Prop. 55 L (2018-2019) punkt 5.2.2

[5] Ot.prp. nr. 10 (1998-1999) punkt 1.2.4.1

Forsvarlighetskravet

Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. Kravet om faglig forsvarlighet gjelder både for det enkelte helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp. Det gjelder videre på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, i både offentlig og privat sektor.

Det følger av hpl. § 4 første ledd at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra vedkommendes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse er tett tilknyttet helse- og omsorgstjenestens plikt til forsvarlig virksomhet.

Fylkeskommunens plikt til å tilby eller yte forsvarlige tannhelsetjenester kommer ikke direkte til uttrykk i en egen bestemmelse i tannhelsetjenesteloven, slik kommunens og spesialisthelsetjenestens plikt til sammenligning fremgår av henholdsvis hol. § 4-1 og sphl. § 2-2. Kravet om faglig forsvarlighet i tannhelsetjenesten kommer imidlertid indirekte til uttrykk i fylkeskommunens plikt etter tannhl. § 1-3a, og i Statens helsetilsyns ansvar etter tannhl. § 6-2. Det følger videre av hpl. § 16 at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard. Som nevnt ovenfor, betyr dette at rettsregelens innhold ikke er tilknyttet bestemte og entydige kriterier, men at innholdet baseres på både lov, etikk, fag og forholdsmessighetsvurderinger.

Det følger av forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven at forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.^[1] Hva som regnes for å være faglig forsvarlig kan derfor variere over tid, i tråd med utviklingen av fagkunnskap, endringer i verdioppfatninger og liknende. Anerkjent fagkunnskap kan for eksempel komme til uttrykk i nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer, faglitteratur og ved utdanningen av tannhelsepersonell. Kravet om faglig forsvarlighet fungerer videre som en rettesnor for tjenesten, som beskriver hvordan tjenestene bør være og hva som kan beskrives som god praksis.

Dette danner samtidig et utgangspunkt for å fastslå hva som regnes som uforsvarlig og som dermed utgjør den nedre grensen for helsehjelp og den enkeltes rettighet. Den nedre grensen for forsvarlighet beskrives også som en minstestandard. Faglig forsvarlig helsehjelp omfatter som følge av dette all helsehjelp over minstestandarden. Dette gir rom for prioriteringer, ulike behandlingsformer, samt god og best tilgjengelige praksis. Se figuren i kapittel 5.5 nedenfor, som illustrerer rammene for nødvendig og forsvarlig tannhelsehjelp. Forsvarlighetskravet innebærer videre at tjenester må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Helsepersonells krav til faglig forsvarlig yrkesutøvelse beror på hva som kan forventes ut ifra vedkommendes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Se nærmere redegjørelse av helsepersonells krav til faglig forsvarlighet i [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven, under omtalen av § 4](#), og i forarbeidene til helsepersonelloven.^[2]

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal ifølge hpl. § 16 og tannhl. § 1-3a organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Bestemmelsene gjelder virksomhetenes organisering og innebærer at helsepersonell skal sikres arbeidsforhold som gjør at de kan overholde plikter som følger av lov eller forskrift, som for eksempel det å yte faglig forsvarlig tannhelsehjelp. Som følge av dette skal virksomheten sørge for at det blant annet er tilstrekkelig med kvalifisert personell, tilstrekkelig og adekvat utstyr, samt tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, i tillegg til nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer.

Kravet om faglig forsvarlighet og organisering av virksomheter, har sammenheng med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften skal blant annet bidra til faglig forsvarlige

helse- og omsorgstjenester gjennom systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Det følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 2, at den blant annet gjelder for virksomheter innenfor den offentlige tannhelsetjenesten, jf. tannhl. § 1-3a. I [Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) er det gjort nærmere rede for hvordan forskriften skal forstås.

[1] Prop. 91 L (2010-2011) punkt 20.5

[2] Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) merknad til § 4

Prioritering og normering på tannhelsefeltet

Prioriteringskriteriene

Det er en utfordring i helse- og omsorgstjenesten at muligheter og ønsker overstiger ressurser. Prinsipper for prioritering skal bidra til at helse- og omsorgstjenestens ressurser brukes der de gir størst nytte og på dem som trenger det mest. Ved behandlingen av Meld. St. 38 (2020-2021), vedtok Stortinget at prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet skal gjelde i hele helse- og omsorgstjenesten, inkludert offentlig finansierte tannhelsetjenester.^[1] Dette ligger også til grunn for Meld. St. 21 (2024-2025), som skal bidra til et samlet rammeverk for prioritering i helse- og omsorgstjenesten.^[2]

Å prioritere innebærer å sette noe fremfor noe annet. Å prioritere ut ifra nytte, innebærer at behandling som har forventet nytte, prioriteres. Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut ifra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet, gjennom å gi økt sannsynlighet for overlevelse, forbedring eller redusert tap av mestring, fysisk eller psykisk funksjon, og reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

Ressurskriteriet handler om hvor stor andel av fellesskapets ressurser som skal anvendes. Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet innebærer at et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. Dette vurderes ut ifra risiko for død eller tap av mestring og funksjon, grad av tap av mestring, fysisk eller psykisk funksjon, samt smerter, fysisk eller psykisk ubehag. Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige leveår har betydning for grad av alvorlighet. Alvorlighetsgraden øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Prinsippene for prioritering vurderes ikke hver for seg, men samlet.

Det er ikke utarbeidet nasjonal veiledning for prioritering i tannhelsetjenesten. Tannhelseutvalget anbefaler i NOU 2024:18 at det utarbeides nasjonal faglig veiledning basert på prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet.^[3] Ifølge Meld. St. 21 (2024-2025) kommer regjeringen tilbake til hvordan tannhelseutvalgets anbefalinger skal følges opp, herunder om det er behov for veiledningsmateriale.^[4]

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor det gis anbefalinger til prosesser for beslutninger om prioriteringer.^[5] Det er en prosessveileder, hvis hensikt er å bidra til mer systematisk og kunnskapsbasert prioriteringsarbeid. Veilederen kan derfor ha en viss overføringsverdi til den offentlige tannhelsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er det til sammenligning utviklet prioriteringsveiledere for bestemte fagområder, hvor det gis anbefalinger om rettigheter på gruppenivå.^[6] Disse prioriteringsveilederne fungerer som beslutningsstøtte for vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. I disse veilederne gis det ikke nærmere anbefalinger om hvilken behandling den enkelte skal tilbys.

^[1] [Meld. St. 38 \(2020-2021\) nytte, ressurs og alvorlighet, prioritering i helse- og omsorgstjenesten \(regjeringen.no\)](#) og Innst. 221 S (2021-2022)

[2] [Meld. St. 21 \(2024-2025\) helse for alle. rettferdig prioritering i vår falles helsetjeneste \(regjeringen.no\)](#) og Innst. 461 S (2024-2025)

[3] NOU 2024:18 punkt 14.4.3

[4] Meld. St. 21 (2023-2025) punkt 5.3

[5] Nasjonal veileder om [prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester](#)

[6] [Prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten](#)

Helsedirektoratets normerende produkter

Normerende produkter på tannhelsefeltet

Som nevnt i kapittel 3.4, bidrar nasjonale anbefalinger i retningslinjer, faglige råd og andre normerende produkter til å definere hva som anses som nødvendig tannhelsehjelp.

Helsedirektoratet har ansvar for å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer, råd og veiledere. Det er utgitt flere slike normerende produkter på tannhelsefeltet,[1] som vil være til god hjelp for tjenesten for å vurdere og prioritere hva som er nødvendig tannhelsehjelp i odontologisk praksis og med kunnskapsbaserte anbefalinger og råd til hvordan det bør utøves.

Formålet med nasjonal normering er å gi anbefalinger eller råd som skal

- hjelpe helsepersonell og pasienter til å ta gode beslutninger,
- bidra til å hindre uønsket variasjon,
- sikre riktige prioriteringer og
- fremme god kvalitet og samhandling.

I det følgende vil vi særskilt redegjøre for Nasjonal veileder God klinisk praksis, Nasjonale faglige råd Helsefremmende og forbyggende tiltak for voksne og Nasjonal faglig retningslinje Tannhelsetjenester til barn og unge. Disse gir blant annet anbefalinger for helsefremmende og forebyggende tiltak på populasjons-, gruppe- og individnivå, tiltak for sårbare personer, tilrettelegging for å motta tannhelsehjelp og anbefalinger for behandling av ulike typer tilstander og sykdommer i tenner og munnhule.

Det foreligger flere andre nasjonale normerende produkter som også vil være til hjelp for å vurdere hva som er nødvendig tannhelsehjelp i odontologisk praksis.[2]

På fagområder der det ikke finnes nasjonale veiledere og retningslinjer, må vurderingen av hva som er nødvendig tannhelsehjelp gjøres i samsvar med klinisk og faglig skjønn basert på det som er dagens kunnskapsgrunnlag, den konsensus som gjelder i fagfeltet og om tannhelsetjenesten har egne faglige veiledere.

God klinisk praksis i tannhelsetjenesten

Prosessveilederen [God klinisk praksis fra 2011](#), har som formål å veilede i god individuell behandlingsplanlegging, uavhengig av detaljerte behandlingsmetoder og er i henhold til det som anses som god klinisk praksis ved lærestedene i Norge.

Veilederen legger til grunn at hva som er god klinisk praksis i tannhelsetjenesten, er uavhengig av om pasienten betaler selv eller en annen part bidrar økonomisk til behandlingen.

Veilederen tar utgangspunkt i Helsedirektoratets definisjoner av begrepene «akseptabel oral helse» og «nødvendig tannbehandling»:

- Akseptabel oral helse innebærer at brukeren
 - ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
 - har tilfredsstillende tyggefunksjon
 - kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene
- Nødvendig tannbehandling er den informasjon og behandling som skal til for at enkeltpersoner kan oppnå og selv bidra til å opprettholde akseptabel oral helse.

Veilederen understreker at:

- forebygging må være prioritert før all inngripende behandling og rehabilitering.
- hovedregelen er at behandlingen skal være så lite inngripende som mulig. Ethvert irreversibelt inngrep i tannvev legger et grunnlag for revisjoner i pasientens videre livsløp.
- hva som hos den enkelte er å anse som optimal behandling, avhenger av pasientens helsetilstand, evne til å ta vare på tannhelsen og opplevde behov for behandling

På bakgrunn av dette regnes det som god klinisk praksis med trinnvis tilnærming i nødvendig tannbehandling:

1. akutt behandling etter foreløpig undersøkelse og diagnose
2. undersøkelse, diagnose, diskusjon om behandlingsalternativer
3. informasjon og råd om forebygging av skader i tenner og munnhule
4. begrensnings av skadeutvikling og opplæring i egenomsorg
5. behandling av patologiske tilstander i tenner, kjeve og munnhule:
 - erstatning av skadet tannsubstans
 - tannkjøttbehandling
 - rotbehandling
6. erstatning av tapte tenner

Helsefremmende og forebyggende tiltak til voksne over 20 år

[Disse nasjonale faglige rådene](#) skal forstås i lys av de helserettslige grunnprinsippene om forsvarlig tjenesteyting, omsorgsfull hjelp, pasientens og brukerens rett til medvirkning og informasjon, kommunikasjon tilpasset mottakerens forutsetninger (alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn) og samtykke til helsehjelp.

De nasjonale rådene gjelder blant annet:

Helsefremmende og forebyggende tiltak til voksne

- Voksne pasienter i tannhelsetjenesten bør få kostholdsveiledning

- Voksne bør pusse tennene to ganger daglig med fluortannkrem
- Primærforebyggende tannhelsetiltak som behandler bør vurdere

Forebyggende tiltak, behandling og oppfølging for personer med langvarige helseutfordringer

Personer med langvarige helseutfordringer bør få

- tilrettelagte tjenester og god oppfølging i tannhelsetjenesten,
- forebyggende tiltak, behandling og oppfølging på basis av en individuell vurdering av pasientens behov. Mange av pasientene har behov for tett oppfølging.

Statusundersøkelser og innkallingsintervall

Tannlege eller tannpleier bør fastsette tiden for neste statusundersøkelse etter en vurdering av pasientens risiko for utvikling av karies, periodontitt eller andre orale sykdommer.

- Intervallet mellom to statusundersøkelser bør ikke være kortere enn 12 måneder og ikke lenger enn 24 måneder.
- Personer med høy oral sykdomsrisiko kan ha behov for ekstra oppfølging utenom statusundersøkelser for å få utført forebyggende tiltak eller ikke-operativ kariesbehandling.

Tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år

Den nasjonale faglige retningslinjen [Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år](#) inneholder anbefalinger om tannhelsetjenester innenfor forebygging, diagnostikk, behandling, organisering og tverrfaglig samarbeid rettet mot barn og unge.

Målet er at anbefalingene bidrar til

- optimal tannhelse for barn og unge 0–20 år og reduksjon av tannhelseforskjeller
- faglig forsvarlige tannhelsetjenester av god kvalitet til barn og unge uavhengig av bosted, kjønn, diagnose og sosial bakgrunn
- mindre uønsket variasjon i tannhelsetjenestetilbudet til barn og unge
- riktige prioriteringer ved at barn og unge får virksomme forebyggende tiltak og de tannhelsetjenestene de har behov for
- at barn og unge med sammensatte behov opplever et trygt og helhetlig helsetilbud

Videre er det et mål å bidra til at tannhelsepersonell ivaretar sin opplysningsplikt til barnevernet og melder fra når det er grunn til å tro at barn utsettes for vold eller omsorgssvikt.

Retningslinjen har blant annet anbefalinger for:

Helsefremmende og forebyggende tiltak til barn og unge

Her finner du mer informasjon om [Helsefremmende og forebyggende tannhelsetjenester til alle barn og unge](#).

- Helsefremmende og forebyggende tannhelsetjenester til alle barn og unge barn med risiko for tannsykdom.
- [Tann- og munnundersøkelser av barn og unge](#)
- [Forebyggende tannhelsetjenester og oppfølging av barn med risiko for tannsykdom](#)

- [Tannhelsepersonell skal gi barn og unge med særlige behov tilpassede helsefremmende og forebyggende tannhelsetjenester](#)

Statusundersøkelser og innkallingsintervall

Barn og unge bør få statusundersøkelse av tenner og munn ved 3, 5, 12, 15 og 18 år og ellers fastsette intervall mellom statusundersøkelser til minimum ett og maksimum to år etter individuell vurdering. Her finner du anbefalingen om [tann- og munnundersøkelser av barn og unge](#).

Risikovurdering

For både barn, unge og voksne bør intervall for statusundersøkelse fastsettes etter en [individuell risikovurdering](#), men samtidig være innenfor normerte anbefalinger for statusundersøkelser og for individuell oppfølging utover dette.

Tannlege eller tannpleier bør

- fastsette intervall mellom statusundersøkelser til minimum ett og maksimum to år
- være varsom med å sette langt undersøkelsesintervall
- innkalle barn og ungdom mellom statusundersøkelser hvis de har behov for ekstra forebygging, non-operativ kariesbehandling[3] eller annen oppfølging

Tannbehandling

Retningslinjen har anbefalinger for

- [non-operativ behandling av emaljekaries hos barn og unge](#)
- [operativ behandling av karies hos barn og unge](#), herunder dyp karies i melke- og permanente tannsett og fyllingsmaterialer
- tannskader, utviklingsforstyrrelser i emaljen, syreskader og TMD (temporomandibulær dysfunksjon) hos barn og unge[4]

Røntgen av barn og unge

Tannhelsepersonell bør ta bitewing tannrøntgen (BW)[5] av barn og unge over 4 år ved statusundersøkelse hvis det er nødvendig for å diagnostisere karies, periodontitt og agenesier.[6] BW kan være uberettiget hvis

- kariesdiagnose kan stilles uten røntgen
- det er kort tid siden BW er tatt og disse bildene kan benyttes til diagnostisk formål ved statusundersøkelsen
- barnet er under 5 år

Tannbehandlingsangst

Retningslinjen har anbefalinger om å forebygge tannbehandlingsangst og ulike tiltak for tilrettelegging.

Tannbehandling og sedasjon med legemidler eller lystgass

Tannlege bør tilby sedasjon med legemidler eller lystgass til barn og unge med behov for tannbehandling og som ikke mestrer dette til tross for psykologisk tilvenning og skånsom bruk av lokalanestesi og smertelindring.[7]

Tannbehandling i narkose

Tannlege bør henvise barn og unge til tannbehandling i narkose[8] ved

- akutt behov for tannbehandling[9] og den ikke kan utføres uten narkose
 - ved akutte tilstander som ikke kan vente, jf. [anbefaling om avtaler om narkosetjenester](#), bør tannlegen kontakte virksomheten det er inngått avtale med
- behandlingsbehov som ikke blir fullført i løpet av tre seanser med sedasjon med legemidler eller lystgass og som overstiger barn og unges mestringssevne i våken tilstand

Spesialisttannbehandling for barn og unge

Nasjonale anbefalinger for blant annet

- barn og unge med særlige behov[10]
- barn og unge med tannutviklingsforstyrrelser[11]
- tilrettelagt tilbud for barn og unge som ikke mestrer tannbehandling[12]

[1] [God klinisk praksis i tannhelsetjenesten](#)

[Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år](#)

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

[Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente](#)

[Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel](#)

[Temporomandibulær dysfunksjon – TMD](#)

[Antibiotika i primærhelsetjenesten](#)

[Retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologiske biomaterialer](#)

[2] [Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente](#)

[Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel](#)

[Temporomandibulær dysfunksjon – TMD](#)

[Retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologiske biomaterialer](#)

[3] Non-operativ kariesbehandling er å stanse utvikling av karies uten å borre, dvs. behandle emaljekaries med fluorider eller fissurforsigling, og samtidig motivere pasienten til å endre uheldige tannhelsevaner og gi opplæring i tannpuss som effektivt fjerner bakteriebelegg på tennene.

[4] [Tannskader, tannutviklingsforstyrrelser, syreskader og TMD hos barn og unge 0–20 år](#)

[5] Bitewing (BW) er røntgen av tenner i sidesegmentene, oftest for å stille kariesdiagnose på flater som vender mot hverandre eller i tyggeflater.

[6] [Tann- og munnundersøkelser av barn og unge](#)

[7] [Lokal anestesi, smertestillende legemidler, sedasjon eller generell anestesi \(narkose\) ved tannbehandling av barn og unge](#)

[8] [Lokal anestesi, smertestillende legemidler, sedasjon eller generell anestesi \(narkose\) ved tannbehandling av barn og unge](#)

[9] Tanntraumer som må behandles raskt for å unngå betydelig redusert tannhelse, sterke smerter som er vanskelig å håndtere uten odontologisk behandling, infeksjonstilstander i munnen med akutt behandlingsbehov, eksempelvis der det er fare for hurtig spredning av infeksjonen.

[10] [Barn og unge med særlige behov](#)

[11] [Tannskader, tannutviklingsforstyrrelser, syreskader og TMD hos barn og unge 0–20 år](#)

[12] [Tannbehandlingsangst blant barn og unge](#)

WHO Global strategy and action plan on oral health

Helsedirektoratet viser også til [WHO og Global strategy and action plan on oral health 2023–2030 \(iris.who.int\)](#). I strategien defineres oral helse:

«Oral health is the state of the mouth, teeth and orofacial structures that enable individuals to perform essential functions, such as eating, breathing and speaking, and encompasses psychosocial dimensions, such as self-confidence, well-being and the ability to socialize and work without pain, discomfort and embarrassment. Oral health varies over the course of life from early life to old age, is integral to general health, and supports individuals in participating in society and achieving their potential.»

Oversatt til norsk:

«Oral helse er tilstanden i munnen, tennene og de orofasiale strukturene som gjør det mulig for individer å utføre essensielle funksjoner, som å spise, puste og snakke. Det omfatter også psykososiale dimensjoner, som selvfølelse, velvære og evnen til å omgås andre og arbeide uten smerte, ubehag eller forlegenhet. Oral helse varierer gjennom livet, fra tidlig alder til høy alder, er en integrert del av den generelle helsen og støtter individers deltakelse i samfunnet og muligheten til å realisere sitt potensial.»

I strategien defineres nødvendig tannhelsehjelp:

«Essential oral health care covers a defined set of safe, cost-effective interventions at individual and community levels that promote oral health and prevent and treat the most prevalent and/or severe oral diseases and conditions, including appropriate rehabilitative services and referrals.»

Oversatt til norsk:



«Grunnleggende oral helsetjenester omfatter et definert sett med sikre og kostnadseffektive tiltak på individ- og samfunnsnivå som fremmer oral helse og forebygger og behandler de mest utbredte og/eller alvorlige orale sykdommene og tilstandene, inkludert hensiktsmessige rehabilitering og henvisning.»

Helsedirektoratets vurdering av nødvendige tannhelsetjenester og nødvendig tannhelsehjelp

Utgangspunkter for vurderingen

Oppdraget ber om en definisjon av nødvendig tannhelsehjelp og nødvendig tannregulering som kan brukes til å gi nye eller utvidede rettigheter i tannhelsetjenesteloven.

At definisjonene skal kunne brukes som et utgangspunkt til å gi nye eller utvidede rettigheter i tannhelsetjenesteloven innebærer, etter Helsedirektoratets oppfatning, at det vil være viktig å sørge for at definisjonene er egnet som grunnlag for gode nasjonale prioriteringer og bærekraftig ressursbruk. Videre bør definisjonen bidra til å gjøre arbeidet med planlegging, organisering og prioritering av tannhelsetilbudet enklere i den offentlige tannhelsetjenesten. I tillegg vil definisjonen danne utgangspunkt for hvordan nødvendig tannhelsehjelp skal forstås og praktiseres ved behandling av den enkelte pasient i tannklinikken. Det vektlegges at definisjonene av nødvendighet må være enkle å forstå for pasientene og anvendbare og mulig å operasjonalisere på klinisk nivå.

En nærmere definisjon av nødvendig tannhelsehjelp fra Helsedirektoratet vil gi uttrykk for hvordan vi, som fagmyndighet, forstår begrepet. Det innebærer å utfylle det juridiske begrepet, slik dette er definert i rettskildene, med odontologisk faglig innhold.

Det vil ikke være mulig eller hensiktsmessig å gi en uttømmende oversikt over hvilken type behandling som skal anses som nødvendig tannbehandling eller ikke. Målsettingen her er å sikre en bedre forståelse av begrepet, der vi også vil forsøke å bruke eksempler som vi vurderer kan gi god veiledning. I den enkelte kliniske situasjon, vil hva som er nødvendig tannbehandling alltid måtte bero på en individuell vurdering av pasienten.

Som gjennomgangen av gjeldende rett og normerende produkter i henholdsvis kapittel 3 og 4 viser, eksisterer det allerede en etablert forståelse av hva nødvendig tannbehandling, herunder nødvendig tannregulering, er. Helsedirektoratet mener det er viktig å ta utgangspunkt i den etablerte forståelsen av begrepene, og vurdere om disse er tilstrekkelige og eventuelt hva eller hvordan man kan justere disse for å oppnå definisjoner som i større grad er egnet til å brukes til formålet. Dette drøftes i kapittel 5.4.

Videre vil vi drøfte de nærmere grensene for det offentliges ansvar knyttet til nødvendig tannhelsehjelp, herunder hva som anses å falle innenfor og utenfor det offentliges ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp. Dette drøftes i kapittel 5.5, 5.6 og 5.7.

Resultatet av drøftelsene vil være utgangspunkt for å beskrive nærmere hvordan begrepene skal forstås og praktiseres i odontologisk praksis, jf. kapittel 7.

Innledningsvis vil vi i kapittel 5.2 løfte frem noen felles verdier for tannhelsetjenesten, som kan være bærende for de videre vurderingene, og drøfte hvordan definisjonen av nødvendig tannhelsehjelp må sees i sammenheng med prioriteringskriteriene, jf. kapittel 5.3.

Felles verdier for tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten er på mange områder ulik fra de øvrige delene av helse- og omsorgstjenestene i Norge. Som vi har beskrevet i kapittel 2, skiller tannhelsetjenesten seg fra de øvrige delene av helse- og omsorgstjenesten både ved at størstedelen av pasientpopulasjonen må oppsøke privat tannhelsetjeneste og betale fullt ut for behandlingen sin selv, og ved at tannhelsetjenesten både omfatter primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Tannhelsetjenesteloven, som regulerer fylkeskommunenes ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten, er også utformet på en annen måte enn helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, som regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes ansvar. Loven ble vedtatt i 1983, da den offentlige tannhelsetjenesten var under oppbygging, og en rekke bestemmelser i loven bærer fortsatt preg av dette. Dette inkluderer angivelsen av formålet med tannhelsetjenesten, som er angitt i tannhl. § 1-2 og beskrevet i kapittel 3.3 ovenfor.

Angivelsen av formål i helselovene er med på å beskrive noen grunnleggende verdier som ligger til grunn for arbeidet, planleggingen og prioriteringene som gjøres i helsetjenestene. For tannhelsetjenesten, kan det argumenteres for at formålsparagrafen ikke i tilstrekkelig grad belyser de verdiene som oppleves som viktige i tjenesten.

Som nevnt i kapittel 3.3, legger dagens formålsparagraf vekt på folkehelse og forebygging som viktige formål med tannhelsetjenesten. Videre har hensynet til særlige grupper vært sentralt for utarbeidelsen av tannhelsetjenesteloven i sin tid, i tillegg til hensyn som geografisk spredning, samordning av offentlig og privat sektor og styring av ressursene.

Hvis man sammenligner angivelsen av formålet med tannhelsetjenesteloven med formålet med de øvrige delene av helse- og omsorgstjenesten, finner man flere likheter, men også flere forskjeller. Formålet med helse- og omsorgstjenesteloven, som regulerer den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkluderer verdier som likeverd og kvalitet, å sikre samhandling av tjenestetilbudet og å bidra til at det offentlige ressurser utnyttes best mulig, jf. hol. § 1-1. Dette er også sentrale formål i spesialisthelsetjenesteloven, jf. spl. § 1-1.

Helsedirektoratet har drøftet hvilke verdier som ligger og bør ligge til grunn for arbeidet i den offentlige tannhelsetjenesten, i innspillsmøtet med ulike representanter fra det odontologiske fagmiljøet, tannlegeforeningen, fylkeskommunene mv. Vi oppfatter at det er bred enighet i fagmiljøet om at den offentlige tannhelsetjenesten skal arbeide med folkehelseiltak, forebygging og behandling.

Videre er det bred enighet om at hensynet til å sikre likeverdige tannhelsetjenester i hele landet er viktig, i tillegg til at det er sentralt at den offentlige tannhelsetjenesten skal bidra til rettferdig fordeling og god utnyttelse av offentlige ressurser. Det ble påpekt at tannhelsetjenesten bør bidra til å jevne ut forskjeller i helse som følge av sosioøkonomisk ulikhet i befolkningen. Mange trakk også frem viktigheten av å se tann- og munnhelsen som en del av pasientenes helhetlige helse, og at samordningen og samarbeidet med resten av helse- og omsorgstjenesten derfor er viktig for tjenesten.

Helsedirektoratet mener disse verdiene er sentrale å ha med seg når vi skal forsøke å definere nærmere hva som er og bør være nødvendig tannhelsehjelp, og hva som er og bør være den offentlige tannhelsetjenestens ansvar.

Den juridiske definisjonen og forholdet til prioriteringskriteriene

En overordnet definisjon av begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» har vært tatt inn i forarbeidene til de senere års endringer til tannhelsetjenesteloven, blant annet i Prop 71 L (2016-2017).^[1] Som nevnt i kapittel 3.4, gir nødvendig tannhelsehjelp den enkelte krav på nødvendig hjelp av en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov. I hvilket omfang det skal gis tannhelsehjelp og på hvilket nivå tannhelsehjelpen skal være, må vurderes konkret.

Definisjonen er i tråd med hvordan tilsvarende begrep forstås i de øvrige helselovene. Helsedirektoratet mener en slik overordnet, juridisk definisjon av nødvendig tannhelsehjelp er et godt utgangspunkt for forståelsen av hva som skal være det offentliges ansvar for tannhelsetjenester til pasientpopulasjonen som eventuelt får helt eller delvis offentlig finansiert tannhelsehjelp. Vi støtter at begrepets oppbygging er lik som tilsvarende begreper i de andre delene av helsetjenesten, jf. begrepene nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Som for andre helse- og omsorgstjenester, mener vi at hva som er nødvendig tannhelsehjelp i det enkelte tilfellet må bero på en avveining av den enkeltes tannhelsefaglige behov på den ene siden og hensynet til fellesskapets behov og ressurser på den andre siden. Her er også hensynet til rettferdig fordeling av det offentliges ressurser og hensynet til likeverdig hjelp viktige. Vi viser her til drøftelsen om felles verdier for tannhelsetjenesten i kapittel 5.2 ovenfor. Avveiningen mellom pasientens behov, ønsker og de ressursene man har tilgjengelig skal gjøres basert på prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet.

At prioriteringskriteriene også gjelder for tannhelsetjenesten ble først vedtatt gjennom prioriteringsmeldingen i 2021, og senere stadfestet gjennom prioriteringsmeldingen fra 2025.^[2]

Å prioritere handler både om å vurdere om det skal gis et tilbud om tannhelsehjelp, hva tilbudet skal inneholde og når det skal gis tannhelsehjelp. Prioritering handler både om vurderinger overfor den enkelte pasient, men også om styring og planlegging av tjenestetilbudet, som både må skje fra statlige og lokale myndigheter og på den enkelte tannklinik.

Helsedirektoratet opplever at det er ulikt hvor langt fylkeskommunene har kommet i å aktivt bruke prioriteringskriteriene i arbeidet med å styre og planlegge den offentlige tannhelsetjenesten. Innspill fra deltakerne på innspillmøtet kan tyde på at det fortsatt er lite bevissthet rundt dette hos mange. Flere oppgir at de prioriterer i tid, ved å bruke ventelister, samtidig som akutte behov ivaretas først. Samtidig oppgir også flere at det fortsatt er en kultur for å prioritere etter gruppetilhørighet, slik tannhelsetjenesteloven § 1-3 la opp til frem til lovendringen i 2024. Prioritering etter gruppetilhørighet tilsier å prioritere barn og unge først dersom ressursene ikke strekker til for å gi et tilbud til alle gruppene, og at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling.

Helsedirektoratet mener det vil være viktig med bedre implementering av prioriteringskriteriene i den offentlige tannhelsetjenesten når det skal gis nye eller utvidede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Vi ser allerede at utvidelsene som er gjort i den offentlige tannhelsetjenestens ansvar de siste årene knyttet til unge voksne opp til 28 år har medført økt behov for prioritering og planlegging av hvilket tjenestetilbud pasientene skal få. Det kan i fremtiden være behov for større grad av individuell prioritering, basert på pasientens tilstand og behov, fremfor å tilby de samme kontrollundersøkelsene til alle, uavhengig av indikasjon. Å planlegge tjenesten ut ifra dette, vil være viktig for å sikre god ressursutnyttelse og likeverdige tjenester, der de gir størst nytte til de som trenger det mest.

Flere av deltakerne på innspillsmøtet ga også uttrykk for behov for mer veiledning til hvordan tjenesten kan bruke prioriteringskriteriene for å planlegge tjenesten sin. Helsedirektoratet har utgitt en veileder om [prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester](#), som kan være nyttig også for den offentlige tannhelsetjenesten. Det kan likevel være behov for mer målrettet veiledning mot tannhelsetjenesten spesielt.

Noen fylkeskommuner har kommet lenger i aktivt å ta i bruk prioriteringskriteriene i den offentlige tannhelsetjenesten. Agder, Vestland og Rogaland fylkeskommuner har på eget initiativ utarbeidet en egen prioriteringsveileder for den offentlige tannhelsetjenesten, jf. vedlegg 1. 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. I tillegg har blant annet Vestland fylkeskommune også prioriteringer i sin strategiske plan [Temaplan for Vestland tannhelseteneste 2024-2036 \(vestlandfylke.no\)](#).

[1] Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.21.2.1

[2] Meld. St. 38 (2020-2021) og Meld. St. 21 (2024-2025)

Nødvendig tannbehandling og tannhelsehjelp i God klinisk praksis

Helsedirektoratet utarbeidet veilederen God klinisk praksis i tannhelsetjenesten i 2011, jf. kapittel 4.2.1. Veilederen ble utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å lage kriterier for nødvendig tannbehandling, basert på anbefalinger i stortingsmeldingen om tannhelse som kom i 2007.[1]

Veilederen tar utgangspunkt i en definisjon av «akseptabel oral helse» som grunnlag for definisjonen av nødvendig tannbehandling og en trinnvis tilnærming i behandlingen.

Når Helsedirektoratet nå på nytt er bedt om å definere nødvendig tannhelsehjelp, er det naturlig å ta utgangspunkt i definisjonen fra God klinisk praksis og vurdere om det er behov for endringer i denne.

Helsedirektoratet mener at definisjonen av nødvendig tannhelsehjelp bør ta utgangspunkt i en definisjon på oral helse, og ikke akseptabel oral helse, som det ble gjort ved utarbeidelse av God klinisk praksis. Begrepet akseptabel kan feiltolkes ned mot et minimum. Det betyr derfor at nødvendig tannhelsehjelp skal gi uttrykk for hva som er faglig nødvendig for oral helse, uavhengig av hvordan tjenesten organiseres og finansieres.

Det er Helsedirektoratets oppfatning at definisjonen av hva som skal anses som nødvendig tannhelsehjelp/tannbehandling i God klinisk praksis, gir uttrykk for hva som er nødvendig tannhelsehjelp for å oppnå akseptabel oral helse på en faglig god måte. Samtidig er veilederen overordnet, og den viser i liten grad til nasjonale anbefalinger og prioriteringskriteriene. Dette kan medføre ulike tolkninger og ulik praksis når det gjelder hva som skal anses å være innenfor og utenfor nødvendig tannhelsehjelp, herunder hvor den nedre grensen mot uforsvarlighet går, samt hvor den øvre grensen for hva som anses som for grundig eller omfattende behandling skal gå.

Ettersom veilederen er såpass overordnet utformet, er det en utfordring at veilederen kan tolkes og brukes til å begrense hva som er nødvendig tannbehandling, på gruppenivå. Dette innebærer en risiko for at det ikke i stor nok grad gjøres individuelle, faglige vurderinger av den enkeltes behov. Helsedirektoratet er

kjent med at en slik forståelse av veilederen blant annet er lagt til grunn i enkeltsaker som gjelder søknader til NAV om sosialhjelp til tannbehandling, til UDI og i tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi) TOO.

Det er også viktig å minne om at formålet med å utarbeide veilederen i 2011 var å bidra til behandlingsplanlegging i lys av en regelverksendring der tannlegene fikk større frihet og ansvar, når krav om forhåndsgodkjenning for stønad til tannbehandling i folketrygden ble opphevet. I tillegg var formålet å ha kontroll på kostnadsnivået.

Derimot er formålet med å innføre nye eller utvidete rettigheter nå, en gradvis innføring av en universell tannhelsetjeneste, hvor oral helse og nødvendig tannhelsehjelp i større grad likestilles med annen helsehjelp.

Helsedirektoratet mener at definisjonene av "akseptabel oral helse" og "nødvendig tannbehandling" i God klinisk praksis ivaretar viktige aspekter. På den annen side ivaretas ikke psykososiale dimensjoner, som selvfølelse og velvære, og livsløpsperspektivet ved at oral helse varierer gjennom livet, samt at oral helse er en integrert del av den generelle helse, som i WHO's definisjoner, jf. kapittel 4.3.

Helsedirektoratets omtale ovenfor samsvarer med de fleste av innspillene fra tjenesten og fagmiljøene. Vi er samtidig enig i innspill om at veilederens beskrivelse av innholdet i nødvendig tannhelsehjelp kan tydeliggjøres og oppdateres.

Et konkret eksempel som ble spilt inn er rehabilitering/funksjonsgjenoppretting ved tapte tenner, der veilederen viser til et faglig grunnlag om at 10 okkluderende (i bitekontakt) tannpar i utgangspunktet er tilstrekkelig for tilfredsstillende funksjon. Dette kan være relevant ved rehabilitering hos syke eldre og skrøpelige pasienter, men hos unge personer og friske voksne vil behandling og eventuelt erstatning av molarer (6- og 12- års jeksler) anses som nødvendig tannhelsehjelp.

Forskningsgrunnlaget har ikke blitt oppdatert siden 2011 og samfunnsnormene for hva som er et akseptabelt tannsett er også i endring. Tjenesten viser til at det er økende forventninger i befolkningen om fast protetikk for å oppnå tilsvarende et fullt tannsett ved tap av tenner.

En annen begrensning i God klinisk praksis er at den ikke omtaler tilrettelegging og behandling for personer med ulike utfordringer, eksempelvis kognitive utfordringer, ulike funksjonsnedsettelse eller lav evne til å gjennomføre tannbehandling, av ulike årsaker. Det kan gi risiko for underbehandling dersom definisjonene ikke fanger opp slike begrensninger. Det er derfor viktig at definisjonen for nødvendig tannhelsehjelp tar høyde for tilrettelegging for enkelte personers evne til å søke og motta nødvendig tannhelsehjelp.

Oppsummert mener Helsedirektoratet at God klinisk praksis i tannhelsetjenesten har vært en nyttig rettesnor for myndigheter, tannhelsetjenesten og tannhelsepersonell siden publiseringen i 2011. Veilederen har imidlertid, etter vårt syn, noen mangler og svakheter, som også ble trukket frem i innspillsmøtet. En videre vurdering av veilederen, herunder behovet for revisjon eller en ny nasjonal veileder, bør eventuelt sees i sammenheng med departementets arbeid med en tannhelsereform.

Helsedirektoratet har nyansert og utdypet sentralt innhold i nødvendig tannhelsehjelp i lys av faktorer nevnt over i kapittel 7, for at det lettere skal kunne forstås i odontologisk praksis.

[1] St.meld.nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjeneste

Overordnet om omfanget av det offentliges ansvar

Definisjonen av nødvendig tannbehandling/tannhelsehjelp vil beskrive omfanget av det offentliges ansvar. Dette tilsvarer hvordan begrepene brukes og forstås i øvrige deler av helse- og omsorgstjenesten. Kommunene og staten ved de regionale helseforetakene er pålagt å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester og nødvendige spesialisthelsetjenester, jf. hol. § 3-1 og sphl. § 2-1. Omfanget av kommunens og de regionale helseforetakenes ansvar er videre beskrevet og eksemplifisert gjennom ikke-uttømmende oppramsinger av ulike tjenestetilbud som sørge-for-ansvaret innebærer at kommunen og det regionale helseforetaket blant annet skal tilby, jf. hol. § 3-2 og sphl. § 2-1a.

For tannhelsetjenestens del, er sørge-for-ansvaret i tannhl. § 1-1 rettet mot å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. I tannhl. § 1-2 følger det at fylkeskommunen skal sørge for nødvendig forebygging og behandling, og av § 1-3 følger det at tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen, og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til angitte grupper. Utover dette er ikke omfanget av ansvaret angitt i tannhelsetjenesteloven.

Som beskrevet i kapittel 3.4, følger det imidlertid av forarbeidene til tannhelsetjenesteloven at et tilbud om nødvendig tannhelsehjelp innebærer både undersøkelser, kontroller, diagnostisering og eventuelt henvisninger. Videre må tilbudet som minimum inneholde et tilbud om akutthjelp, forebyggende tiltak og behandling, herunder rutineundersøkelser med forebyggende hensikt.

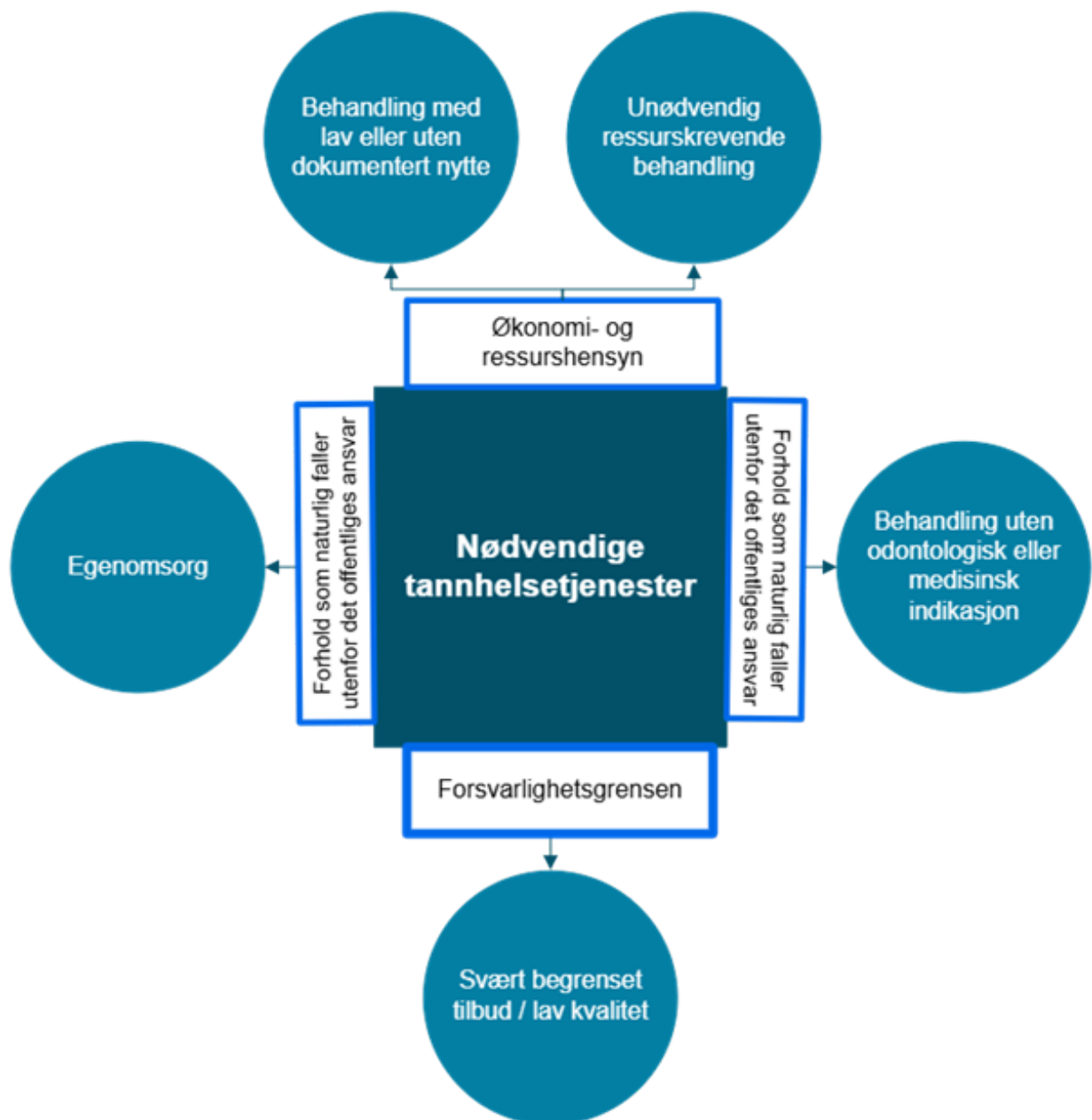
Innenfor disse rammene, vil vi i det følgende vurdere nærmere hvilke typer behandlinger, tilbud eller tjenester som det er naturlig at det offentlige tar ansvar for, og hvilke typer behandlinger, tilbud eller tjenester som det ikke er naturlig at det offentlige tar ansvar for. Dette drøftes nærmere i kapittel 5.6 og 5.7.

Et klart utgangspunkt er uansett at tjenestene som tilbys ikke kan gå under grensen for hva som anses som faglig forsvarlig hjelp. Grensen for hva som regnes som faglig forsvarlig beskrives i kapittel 3.9 som en nedre grense eller minimumsgrense. Dette utgjør også grensen for den enkeltes rett til nødvendig tannhelsehjelp.

Videre vil det måtte gjøres vurderinger av hensynet til økonomi og ressurser. For tannhelsetjenester, som for andre helse- og omsorgstjenester, vil det alltid være etterspørsel etter et større omfang av tjenester enn det som det til enhver tid bevilges ressurser til. Dette er årsaken til at man må prioritere. Det er mulig å gjøre enkelte avgrensninger av det offentliges ansvar av økonomi- og ressurshensyn på overordnet nivå, som vi vil drøfte nærmere under. I tillegg kommer det forhold som av andre grunner naturlig må anses å falle utenfor hva det offentlige skal ta ansvar for.

Helsedirektoratet har utarbeidet figur 1 nedenfor, som synliggjør rammene for det offentliges ansvar for nødvendig tannbehandling. Den viser at nødvendig tannhelsehjelp er faglig forsvarlig og dreier seg om tannhelsehjelp utover den nedre grensen for faglig forsvarlighet. Det offentliges ansvar avgrenses videre mot forhold som naturlig faller utenfor, eller på siden av nødvendig tannhelsehjelp, som for eksempel behandling som verken er medisinsk eller odontologisk begrunnet.

Videre synliggjør figuren hvordan ulike former for behandling på grunn av økonomi- og ressurshensyn kan være utover hva inngår i nødvendig tannhelsehjelp. Figuren illustrerer dermed hva som etter en konkret vurdering inngår i den offentlige tannhelsetjenestens ansvar når det gjelder nødvendig tannhelsehjelp. Dette vil være utgangspunkt for en videre drøfting av hva som, på et overordnet nivå, kan anses å falle naturlig innenfor og utenfor det offentliges ansvar for å sørge for nødvendige tannhelsetjenester.



Figur 1. Omfanget av det offentlige ansvar for nødvendig tannhelsetjenester

Videre er det Helsedirektoratets vurdering at omfanget av den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for å tilby nødvendig tannhelsehjelp i utgangspunktet ikke er avhengig av hvilken tannbehandling som tilbys eller etterspørres i det private markedet. Dette har sammenheng med at hva den offentlige tannhelsetjenesten er og bør være ansvarlig for, beror på en tannhelsefaglig vurdering av den enkeltes behov og avveininger av ulike hensyn.

Hva slags tannbehandling som tilbys i den private tannhelsetjenesten, har til sammenligning i større grad sammenheng med andre faktorer, som for eksempel konkurransedyktighet og geografi. Dette henger også sammen med at det er fri prisfastsetting for tannhelsetjenester. Private tilbydere av tannhelsetjenester har dessuten et mål om å skape en økonomisk fortjeneste, og vil derfor i større grad innrette sitt tilbud ut ifra etterspørsel.

Helsedirektoratet understreker imidlertid at det i privat tannhelsetjeneste også tilbys nødvendig tannhelsehjelp i tråd med kravet til faglig forsvarlighet. Private tilbydere av tannhelsetjenester er som nevnt ovenfor underlagt helsepersonellovens regler, herunder kravet til faglig forsvarlighet.

Hva faller naturlig innenfor nødvendige tannhelsetjenester?

Forebygging og folkehelsearbeid, herunder regelmessige statusundersøkelser

Det følger direkte av tannhelsetjenesteloven at den offentlige tannhelsetjenesten skal sørge for nødvendig forebygging, jf. tannhl. § 1-2. Nødvendig forebygging innebærer både individrettet forebygging, men også forebyggende tiltak for hele befolkningen, jf. tannhl. § 1-3.

Den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for å organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen innebærer et ansvar for å jobbe helsefremmende og forebyggende på tannhelsefeltet. Dette gjenfinnes i formålsparagrafen i tannhelsetjenesteloven, som understreker at fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Eksempelvis arbeider folkehelsekoordinatorer for tannhelse ved å innlemme munnhelse i det generelle folkehelsearbeidet, med søkelys på forebygging og sosial utjevning. De koordinerer tiltak mot sukkervaner, tobakk og omsorgssvikt, samt fremmer kunnskap om sammenhengen mellom munnhelse og somatiske sykdommer.

WHOs oral helse strategi understreker at de fleste orale sykdommer og tilstander kan forebygges og håndteres effektivt gjennom befolkningsrettede folkehelseiltak:

- Oppstrømstiltak, som retter seg mot sosiale og kommersielle forhold på befolkningsnivå som påvirker helse, gjennom eksempelvis lovgivning. Disse tiltakene er kostnadseffektive, har stor rekkevidde og effekt.
- Midtstrøms initiativer omfatter tiltak i helsetjenesten, eller rettet mot befolkningsgrupper, og omfatter kampanjer og tilgang til forebyggende helsetjenester.
- Nedstrøms intervensjoner omfatter evidensbasert sykdomsforebyggende og rehabiliterende behandling på individnivå.

Ved en slik bred tilnærming til forebygging, ivaretas både en befolknings- og en høyrisiko tilnærming til helsefremmende og forebyggende tannhelsehjelp. Orale sykdommer er skjevt fordelt i befolkningen, med høyere forekomst ved forhold som lavere sosioøkonomisk status, redusert helsetilstand eller ruslidelser. Helsefremmende og forebyggende tiltak bør nå alle i befolkningen, men virke særlig for de som trenger det mest, også kalt «proposjonal universalisme».[1] Som eksempel er opplæring i egenomsorg særlig viktig ved lav helsekompetanse.

Orale sykdommer og andre ikke-smittsomme sykdommer (non-communicable diseases- NCDs) har felles risikofaktorer, slik som sukkerholdig kost, ugunstig livsstil og tobakksbruk. WHO anbefaler at oral helse innlemmes i nasjonale strategier for ikke-smittsomme sykdommer, for å oppnå en mer helhetlig tilnærming til helse, samt spare ressurser. Tannhelsepersonell ser jevnlig en stor andel av befolkningen og det kan være et ubenyttet potensial i tannhelsetjenesten for helsefremmende virksomhet rettet mot befolkningen på individnivå.

Det anses samfunnsøkonomisk effektivt å innrette tjenesten slik at forebygging har høy prioritet, slik at man forhindrer utviklingen av orale helseproblemer som kan medføre større kostnader og mer ressursbruk senere. Som følge av dette er forebygging og folkehelse sentrale elementer i tannhelsetjenestetilbudet til

barn og ungdom. Jevnlig innsats og forebyggende tiltak i barne- og ungdomsårene, legger ifølge forarbeidene til tannhelsetjenesteloven et grunnlag for god tannhelse livet ut.[2] En annen side ved dette er at gratis tannhelsehjelp til barn og ungdom legger til rette for etablering av gode tannhelsevaner uavhengig av foreldres eller foresattes økonomi og livssituasjon. På denne måten kan tannhelsetjenestetilbudet til barn og ungdom dermed bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse.

Både fylkeskommunene, tannlegeforeningen og de andre aktørene som representerer det odontologiske fagmiljøet i innspillsmøtet, er tydelige på at forebygging er en viktig og sentral del av hva som anses som nødvendige tannhelsetjenester. Forebyggingsperspektivet er innbakt i hvordan tjenesten er organisert i dag, med en stor andel regelmessige statusundersøkelser, og gjennom søkelys på forebyggende tiltak i den konkrete behandlingssituasjonen. Dette beskrives nærmere under og i kapittel 7.3.

Hensynet til god oversikt i det forebyggende arbeidet må likevel veies mot kostnaden og ressursbruken, og i hvilken grad forebyggende statusundersøkelser skal gå på bekostning av mer behandlingskrevende tannhelsetjenester. Prioriteringskriteriene tilsier at en skal vurdere alvorlighet og nytte av tiltaket opp mot ressursbruk. Dette er også vurdert ved utarbeidelse av nasjonale normerende produkter, jf. kapittel 4.

Regelmessige statusundersøkelser med forebyggingsformål

Det er gode grunner til særlig å oppfordre til tannhelsekontroll av tannsett under utvikling, og at aldersgruppen 0–18 år blir rutinemessig innkalt. I [Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år](#), har Helsedirektoratet anbefalt statusundersøkelser av tenner og munn ved 3, 5, 12, 15 og 18 år og ellers etter individuell vurdering. Det følger av rådene at intervallet mellom statusundersøkelser fastsettes etter en individuell risikovurdering, og at intervallet ikke bør være kortere enn 12 måneder eller lenger enn 24 måneder. Personer med høy oral sykdomsrisiko kan ha behov for ekstra oppfølging utenom statusundersøkelsene. Det er god støtte i fagmiljøet om at det er viktig å prioritere slike forebyggende statusundersøkelser til barn og unge.

Dette er også i samsvar med [retningslinjene i Sverige \(socialstyrelsen.se\)](#) som anbefaler statusundersøkelse en gang per 18-24 mnd. for barn med lav risiko for oral uhelse og høyst 12-15 mnd. for barn med risiko for oral uhelse eller avvikende bittutvikling, i tillegg til forebyggende og årsaks rettede tiltak med tettere intervall.

Helsedirektoratet har i Nasjonale faglige råd for helsefremmende og forebyggende tannhelsetiltak for voksne over 20 år, anbefalt at det gjennomføres statusundersøkelser også av voksne pasienter. Det følger av rådene at [tannlege eller tannpleier bør fastsette tiden mellom statusundersøkelser etter en individuell risikovurdering](#). Intervallet mellom to undersøkelser bør ikke være kortere enn 12 måneder og ikke lenger enn 24 måneder. Personer med høy oral sykdomsrisiko kan ha behov for ekstra oppfølging utenom statusundersøkelsene.

Rådene for voksne er tilnærmet i samsvar med [retningslinjene i Sverige \(socialstyrelsen.se\)](#) som anbefaler statusundersøkelse én gang per 24- 36 mnd. for voksne med lav risiko for oral uhelse mot 12- 24 mnd. i Norge, og høyst 12-18 mnd. for voksne med høy risiko for oral uhelse i tillegg til forebyggende og årsaks rettede tiltak med tettere intervall.

Ettersom hoveddelen av den voksne befolkningen i dag ikke har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, vil slike statusundersøkelser i hovedsak gjøres i den private tannhelsetjenesten, mot full betaling fra pasienten. Dersom en større andel av den friske, voksne befolkningen vurdert med lav risiko for oral uhelse, skal få rettigheter til tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, kan det være aktuelt å vurdere om dagens råd om intervallet på statusundersøkelser til voksne som vurderes til å ha lav risiko for oral sykdom, bør endres sett i lys av prioriteringskriteriene.

På den annen side vurderer Helsedirektoratet at anbefalingen for voksne står seg siden det ikke er nytt faglig grunnlag eller nasjonale tannhelsesdata, som tilsier at de nasjonale faglige rådene for voksne skal revideres. Retningslinjene for anbefalte intervall for statusundersøkelser til barn og voksne i Sverige, er basert på konsensus.

Alle aktørene i innspillsmøtet påpeker viktigheten av forebygging og helsefremming med årsaksrettet behandling av karies og periodontitt, infeksjonssanering og opplæring i egenomsorg gjennom for eksempel kostholdstiltak og adekvat tann- og munnhygiene med fluorid som særlig viktig ved lav helsekompetanse. Det påpekes også at frekvensen av statusundersøkelser eller kontroller skal være risikostyrt og indikasjonsbasert, eksempelvis kan det være behov for hyppigere kontroller ved oppfølging av tanntraumer, periodontitt og høy kariesrisiko.

Gjennom forebyggende tiltak som å fremme tannhelse og å spre opplysninger, samt individrettete tiltak som for eksempel opplæring i egenomsorg bidrar den offentlige tannhelsetjenesten til at den enkelte selv kan ta ansvar for sin egenomsorg, herunder daglig tann- og munnhygiene. Vi viser videre til kapittel 5.7 nedenfor, hvor det gjøres nærmere rede for hvorfor den offentlige tannhelsetjenestens ansvar kan avgrenses mot slik daglig tann- og munnhygiene.

Akutt tannhelsehjelp

Det er etter Helsedirektoratets oppfatning klart at akutt tannhelsehjelp må anses som en del av det offentliges ansvar for å sørge for nødvendige tannhelsetjenester i dag. Dette er også lagt til grunn i Prop. 71 L (2016-2017), i God klinisk praksis og i WHO's definisjon av «essential oral care».

I tilknytning til de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten vil øyeblikkelig hjelp-situasjoner som et alminnelig utgangspunkt være situasjoner der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling blant annet for å gjenopprette eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art.^[3] Denne definisjonen vil også, på overordnet nivå, passe for å beskrive øyeblikkelig eller akutt tannhelsehjelp.

Med akutt tannbehandling forstås tannbehandling som ikke kan utsettes. Dette kan eksempelvis være på grunn av sterke smerter, åpenbart alvorlige tilstander som tann- og kjeveskader og akutte infeksjoner som tilsier at pasienten får tilbud om rask konsultasjon og behandling. Slike tilstander krever adekvat medisinsk/odontologisk hjelp uten unødig tap av tid. Akuttbehandlingen må ha som overordnet mål at pasientens generelle tilstand ikke blir ytterligere forverret med risiko for sykehusinnleggelse eller andre medisinske problemer, og minimere behovet for snarlig oppfølging. I veilederen [God klinisk praksis i tannhelsetjenesten](#) finnes mer informasjon. Se også omtale i kapittel 7.2.

At akutt tannhelsehjelp omfattes av det offentliges ansvar for å sørge for nødvendige tannhelsetjenester, henger sammen med kravet i tannhelsetjenesteloven om at tannhelsetjenester i rimelig grad skal være tilgjengelige, jf. tannhl. § 1-1. Kravet om tilgjengelighet gjelder i dag for hele befolkningen. Det innebærer at fylkeskommunen må forsikre seg om at det finnes et tilbud om akutt tannhelsehjelp i fylket, enten privat eller i regi av fylkeskommunen, også for personer som ikke omfattes av de prioriterte gruppene i tannhl. § 1-3.

Det er ulikt hvordan fylkeskommunene sikrer tilgang til akutt tannhelsehjelp for befolkningen. Helsedirektoratet utførte i 2023 en enkel kartlegging av tannlegevakttilbudet, basert på informasjon på nettsidene til alle fylkeskommunene. Tilbudet av akutt tannhelsehjelp baserer seg i varierende grad både på offentlig og privat tannlegevakt, og på kommunal eller interkommunal legevakt. Tre fylkeskommuner har ikke tannlegevakt i egen regi og henviser til å kontakte legevakt eller privat tannlege. Det er kun i Oslo og

Bergen at det er etablert egne tannlegevakttilbud som har åpent utover ordinær åpningstid. I helger og på helligdager er det som hovedregel tannlegevakt noen timer og utenom dette rådes det til å kontakte tannlege (offentlig eller privat) på privat telefon eller legevakt.

Undersøkelse, diagnostisering og behandling

Det er videre en etablert forståelse at den offentlige tannhelsetjenestens ansvar også innebærer å tilby undersøkelse, diagnostikk og behandling av tann- og munnsykdommer og tilstander. Dette inkluderer blant annet sykdomsbehandling, funksjonsgjenoppretting, særskilte behandlingsmetoder og tiltak for pasienter med spesielle behov.

I rapporten [Tannhelsetjenester i Norge](#), understrekes det at det stadig er personer som av ulike årsaker har mindre god tannhelse og behov for mer omfattende tannbehandling i alle skandinaviske land. Blant betalende pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten i 2022 (n=232 660) hadde cirka 22 prosent en kostnad over 3300 kr, som tilsier behov for behandling utover statusundersøkelse. Gjennomsnittlig kostnad per pasient, om lag 3000 kr, var høyest i Nordland, Troms og Finnmark, som også har høyere andel betalende pasienter enn de andre fylkene.

Befolkningsundersøkelsen HUNT4 viste at rundt 12 prosent av inkluderte voksne personer ikke hadde oppsøkt tannhelsetjenesten de siste 24 måneder. Over 50 prosent av de undersøkte personene hadde ubehandlet karies i minst en tann. Merk at dette er et selektert utvalg på rundt 5000 individer som er friskere og høyere utdannet enn befolkningen ellers og derfor antas det at forekomsten av karies er underestimert og at det er en høyere andel av voksenbefolkningen som ikke har oppsøkt tannhelsetjenesten siste to år.^[4]

Tilsvarende ble rapportert i artikkelen [Forbruket av tannhelsetjenester i voksenbefolkningen 20-70 år \(n=3 045\) \(tannlegetidende.no, PDF\)](#), hvor 86 prosent av den voksne befolkning har vært hos tannlegen i løpet av de to siste årene og at gjennomsnittsutgiftene var cirka 3500 kr per år. Dette viser at en stor andel går til tannlegen minst hvert andre år selv om de må betale selv, men funn er noe usikre knyttet til representativitet.

Hvilken behandling som skal tilbys, må vurderes individuelt og i samarbeid med den enkelte pasient. Dette avhenger av pasientens helsetilstand og opplevde behov for behandling, samt en vurdering av pasientens evne til å ta vare på sin orale helse. Dette følger også av forsvarlighetskravet, ved at det kan anses uforsvarlig å gi omfattende og krevende behandling til pasienter som ikke vil være i stand til å følge behandlingsregimet eller gjøre nødvendige tiltak for å opprettholde tann- og munnhelsen etter behandlingen.

Dersom pasientens evne til egenomsorg er svekket, eksempelvis på grunn av psykiske lidelser eller ruslidelser, vil omfanget av behandlingen tilpasses det pasienten er i stand til å ivareta og opprettholde i etterkant. Ved vurderingen av hvilken behandling som skal tilbys, er det derfor relevant å se hen til særlige hensyn som gjør seg gjeldende for den enkelte pasienten.

Tilbud om nødvendig undersøkelse, diagnose og behandling inkluderer videre tilbud fra spesialisttannleger. Det følger direkte av tannhelsetjenesteloven at fylkeskommunens ansvar også inkluderer å sørge for at spesialisttannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige for befolkningen, jf. tannhl. § 1-1. Spesialisttannleger arbeider i dag både i den offentlige tannhelsetjenesten og i private virksomheter, med en fordeling på henholdsvis 84 og 475 spesialister i pasientrettet arbeid, [jf. vedlegg 2](#).

Tannhelseutvalget foreslo i sin rapport å innlemme orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten, der det er en nødvendig og integrert del av behandlingen. Dette inkluderer tannbehandling som må gjøres i narkose, behandling av særlig alvorlige og komplekse patologiske tilstander i tenner, kjeve og munnhule og orale tjenester som er en integrert del av den medisinske behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet vil påpeke at nødvendig tannhelsehjelp som vurderes at må utføres av tannlege med spesialistutdanning, som oftest kan utføres utenfor sykehus.

En viktig del av å tilby behandling, er videre å tilby nødvendig tilrettelegging for at pasienten skal kunne motta behandling. Det kan innebære å tilrettelegge behandlingssituasjonen i form av å tilpasse lokaler, sette av ekstra god tid og gi pasienten god informasjon om hva som skal skje. Videre kan tilrettelegging innebære å gjøre tiltak for å motvirke smerter og forebygge tannbehandlingsangst, og i særskilte tilfeller tilby tilvenning ved bruk av ulike teknikker, gi sedasjon med legemidler eller lystgass, eller tannbehandling i narkose, jf. kapittel 4.2.3 og 7.4. Dette ble også påpekt av aktørene i innspillsmøtet som en viktig del av tannhelsepersonells arbeid. Tilrettelegging av behandlingen henger også sammen med pasientens rett til medvirkning, jf. pbrl. § 3-1.

Det er videre viktig at det offentliges ansvar for å tilby nødvendige tannhelsetjenester sees i sammenheng med de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Den orale helsen er en viktig del av pasientens generelle helse. Problemer med munn- og tannhelse kan påvirke sentrale funksjoner som tyggeeve og mulighet til kommunikasjon, det kan gi store smerter og påvirke pasientens livskvalitet negativt. Det er økende evidens for at oral sykdom påvirker generell helse negativt og motsatt.

Fra innspillsmøtet er det enighet om at det er svært viktig at den offentlige tannhelsetjenesten samarbeider godt med de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Dette gjelder særlig for enkelte pasientgrupper som mottar tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten og som ofte også har behov for tannhelsehjelp, eksempelvis personer med psykiske lidelser, ruslidelser eller andre alvorlig syke pasienter som ikke kan motta adekvate tjenester i ordinær tannlegepraksis.

Aktørene i innspillsmøtet pekte også på eksempler hvor oral helse og generell helse henger tett sammen, men hvor rettigheter, ansvar og finansiering når det gjelder nødvendig tannhelsehjelp er uavklart. Helsedirektoratet har også påpekt dette i arbeidet med ordningen med orale helsetjenester i sykehus – sykehusodontologi. Dette gjelder for eksempel når pasienten er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten:

- sjeldne diagnoser, kreftoverlevende, FACT/ACT-pasienter, pasienter i psykisk helsevern PHV for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser TSB, og alvorlig syke som ikke kan motta adekvate tjenester i ordinær praksis
- bariatrisk kirurgi/medikamentell behandling med orale konsekvenser
- pasienter som skal bruke bisfosfonater hvor det er behov for forebyggende tannekstraksjoner/endodonti (rotfyllinger) for å hindre osteonekrose.
- obstruktiv søvnapné med kjeveavvik og trang luftvei hvor det kan være behov for ortognatisk kirurgi/kjeveortopedi når effekt sannsynliggjøres.

For pasientgruppene nevnt over står viktigheten av at tann- og munnhelse undersøkes, behandles og følges opp, omtalt i respektive nasjonale forløp, handlingsplaner og retningslinjer for deres somatiske og psykiske sykdom. På den annen side er dette ikke støttet av regulering av rettigheter, ansvar og finansiering av nødvendig tannhelsehjelp, så pasientene må ofte søke hjelp i privat tannhelsetjeneste.

Helsedirektoratet mener det er viktig å påpeke at det alltid vil være personer som av ulike årsaker har mindre god tann- og munnhelse, med høy forekomst av oral sykdom og et stort behandlingsbehov. I slike tilfeller vil behandlingen være medisinsk og odontologisk indisert, og det er omfanget i seg selv som gjør at behandlingen blir ressurskrevende og ikke at den er unødvendig avansert ol. Slik behandling vil også omfattes av nødvendig tannhelsehjelp.

Hvor den øvre grensen går for hva som kan anses å ligge innenfor det offentliges ansvar for tannhelsetjenester vil alltid være vanskelig og vil i stor grad måtte baseres på individuelle vurderinger. For tannbehandling, som for annen helsehjelp, vil det i noen tilfeller oppstå spørsmål om valg mellom behandlingsmetoder med ulike kostnadsnivå, for eksempel valg mellom ulike odontologiske materialer eller ulike teknikker. Hvilken behandling som skal tilbys i det enkelte tilfellet vil først og fremst være basert på en individuell vurdering av pasienten, herunder prognostiske vurderinger, samt pasientens behov og forutsetninger, sammenholdt med prioriteringskriteriene.

Som for øvrige helse- og omsorgstjenester, vil en rett til nødvendig tannhelsehjelp i utgangspunktet ikke innebære et rettskrav på behandling med en bestemt metode. Enhver anerkjent odontologisk behandlingsmetode som anses som et forsvarlig tilbud til pasienten, vil kunne ivareta pasientens rett til nødvendig tannhelsehjelp. Vi viser til videre drøfting av dette i kapittel 5.7 under.

[1] Meld. St. 15 (2022-2023) Folkehelsemeldinga.

[2] Prop. 71 L (2016-2017) punkt 10.9.3.4

[3] [Rett til helse- og omsorgstjenester og transport](#) og [Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester](#)

[4] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdoe.12960>

Hva faller naturlig utenfor nødvendig tannhelsehjelp og det offentliges ansvar?

Daglig munnhygiene

Den offentlige tannhelsetjenesten skal ifølge tannhl. § 1-2 fremme tannhelsen i befolkningen, i tillegg til å spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme tannhelsen.

Videre er forebyggende hensyn som nevnt ovenfor, sentralt i tannhelsetjenesten. Dette kommer for eksempel frem av anbefalingene i nasjonale faglige råd for tannhelse – helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne, hvor det blant annet anbefales at voksne bør pusse tenner med fluortannkrem to ganger daglig. Tilsvarende anbefalinger er gitt for barn og unge i nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge.

Tilgjengeliggjøring av slik og annen relevant informasjon om hva den enkelte selv kan gjøre for sin tannhelse og ved behov gi instruksjon og opplæring, legger etter vår vurdering til rette for at den enkelte selv kan ivareta daglig munn- og tannhygiene. Helsedirektoratet mener derfor at det offentliges ansvar for å tilby nødvendig tannhelsehjelp må kunne avgrenses mot forhold som den enkelte selv er nærmest til å ivareta, som for eksempel daglig tann- og munnhygiene.

Det er liknende avgrensninger når det gjelder det offentliges ansvar i den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Som nevnt i kapittel 3.8 avgrenses for eksempel kommunens ansvarsområde ut ifra ressurs hensyn mot forhold som anses for å være en del av den enkeltes ansvar for egen helse og velferd.

En slik forventning av hva den enkelte selv ivaretar når det gjelder egen tannhelse, bygger imidlertid på at myndigheter, den offentlige tannhelsetjenesten og tannhelsepersonellet som nevnt i kapittel 5.6 ovenfor, synliggjør relevante tiltak, opplysninger og anbefalinger gjennom sitt arbeid. Etter vår vurdering

underbygges dette av formålene med tannhelsetjenesteloven og verdiene i tannhelsetjenesten, særlig hensynet til forebygging og folkehelse. Videre er en slik avgrensning av det offentlige ansvar og hva man kan forvente av den enkelte, likevel kun et utgangspunkt. Hva som er nødvendig tannhelsehjelp, beror som nevnt ovenfor på en konkret vurdering av den enkeltes behov.

Behandling uten medisinsk og odontologisk indikasjon

Hva som er nødvendig tannhelsehjelp beror som nevnt ovenfor, på en konkret odontologisk vurdering av behov. En forutsetning for at den offentlige tannhelsetjenesten skal være ansvarlig for å tilby nødvendig hjelp av en forsvarlig standard, er etter vår vurdering derfor at det foreligger et behov for slik hjelp.

Det er mange momenter som kan og bør være relevante i en tannhelsefaglig vurdering av behov. Som nevnt ovenfor beror vurderingen av hva som er nødvendig tannhelsehjelp på ulike avveininger, herunder den enkeltes ønsker og behov i forhold til fellesskapets behov og ressurser, samt hensynet til en rettferdig fordeling av ressurser.

Når det gjelder tannhelsetjenester er det i forbindelse med den enkeltes ønsker og behov også nærliggende å se til hen psykososiale behov og til sosiale aspekter. Akseptabel oral helse innebærer ifølge veilederen God klinisk praksis, blant annet at den enkelte skal kunne kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene. Videre viser WHO i sin definisjon av oral helse til psykososiale dimensjoner som selvfølelse og velvære, samt evnen til å omgås andre og arbeide uten smerte, ubehag eller forlegenhet.

I forbindelse med innspillsmøtet som er nevnt ovenfor, fremheves det at den odontologiske vurderingen av behov kan innebære gråsoner som blant annet krever vurderinger ut ifra faglig skjønn. Det kan for eksempel være nødvendig å gjøre konkrete vurderinger av den enkeltes psykososiale behov og om behandling vil bidra til vedkommende sin mestring. Slike gråsoner kan for eksempel oppstå ved vurdering av:

- estetikk i forhold til nødvendig behandling: Ved utviklingsforstyrrelse i emaljen på fortennene, herunder med hvite eller brune flekker og ved dannelse av groper (MIH, hypoplasi, dekalinasjoner), kan tannfarget fylling være nødvendig av funksjonelle eller psykososiale grunner. Behandling med porselensfasader er til sammenligning mer irreversibelt og dermed vanskeligere å begrunne.
- tannbleking eller resin-infiltrasjon: Dette er minimalt invasive alternativer som kan være riktige og inngå i nødvendig tannhelsehjelp, gitt utvalgte indikasjoner. Her finner du mer om [minimalt invasiv estetisk behandling av misfargede tenner \(tannlegetidende.no, PDF\)](#)
- å bevare eller trekke tann: Om en tann skal bevares eller trekkes beror blant annet på en vurdering av prognose og evne til egenomsorg for vedlikehold.

Etter vår vurdering er det imidlertid naturlig å avgrense den offentlige tannhelsetjenestens ansvar mot tannbehandling som ikke bygger på tannhelsefaglige vurderinger av behov og som dermed er verken medisinsk eller odontologisk begrunnet. Dette kan for eksempel omfatte enkelte typer kosmetisk eller estetisk tannbehandling, slik som tannbleking.

Hensynet til rettferdig fordeling av fellesskapets ressurser er videre et relevant moment i vurderingen av hva som i det enkelte tilfellet regnes som nødvendig tannhelsehjelp. Det innebærer prioriteringer ut ifra kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet. Kosmetisk tannbehandling og annen tannbehandling uten noen odontologisk indikasjon vil generelt sett ikke innebære en alvorlig tilstand, samtidig som behandlingen vil ha liten forventet nytte. Slik behandling krever likevel ressurser.

En side ved forsvarlighetskravet er videre at unødig ressursbruk skal unngås. Helsehjelp skal ifølge hpl. § 6 verken påføre pasienten, helseinstitusjonen, trygden eller andre unødvendig tids- eller utgiftstap. Dette taler for at kosmetisk tannbehandling og annen tannbehandling uten medisinsk eller odontologisk begrunnelse ikke regnes som nødvendig tannbehandling og dermed at det faller utenfor den offentlige tannhelsetjenestens ansvar.

Videre er tannbehandling med et rent estetisk formål i forarbeidene til tannhelsetjenesteloven beskrevet som et eksempel på behandling som ikke regnes som nødvendig tannhelsehjelp.^[1] Selv om denne forarbeidsuttalelsen er tilknyttet pasienters rett til refusjon for tannbehandling i et EU- eller EØS-land, er det etter vår vurdering likevel et relevant moment når grensene for den offentlige tannhelsetjenestens ansvar skal trekkes opp.

Det er Helsedirektoratets oppfatning at det i fylkeskommunene og de odontologiske fagmiljøene er bred enighet om at rent kosmetisk tannbehandling faller utenfor hva den offentlige tannhelsetjenesten er og bør være ansvarlig for. Det samme gjelder annen behandling uten dokumentert nytte og som i hovedsak er begrunnet i den enkeltes preferanser.

Overbehandling og uforholdsmessig kostbar behandling

Et annet eksempel på tannbehandling som kan anses for å ligge utenfor nødvendig tannhelsehjelp og det offentliges ansvar er for grundig eller unødvendig tannbehandling uten en medisinsk eller odontologisk begrunnelse, herunder overbehandling. Dette kan blant annet være tiltak uten faglig indikasjon, samt tiltak hvis nytte ikke er vurdert.

Overbehandling kan samtidig være kostnadskreven. I tillegg kan svært grundig tannbehandling anses for å være uforholdsmessig ressurskrevende, sammenlignet med alternative former for tannbehandling.

Retten til nødvendig tannhelsehjelp er som nevnt i kapittel 3.4, ikke en ubegrenset rettighet. Om en type tannbehandling er for omfattende eller på annen måte å regne som å gå utover hva som må anses for å være nødvendig tannhelsehjelp, beror på en konkret vurdering. Dette innebærer å veie ulike hensyn opp imot hverandre, som for eksempel den enkeltes behov, aktuelle formål og verdier, herunder hensynet til forebygging, samt det offentliges ressurser og prioriteringer. I dette ligger også tannhelsefaglige vurderinger og faglig skjønn.

I noen tilfeller vil dette innebære at omfattende og kostbar behandling er nødvendig tannhelsehjelp for den enkelte. Som nevnt i kapittel 5.6. ovenfor, har dette sammenheng med at det alltid vil være noen som har mindre god tannhelse og høy forekomst av oral sykdom, sammenlignet med andre. I det følgende omtaler vi imidlertid situasjoner hvor det basert på en konkret tannhelsefaglig vurdering ikke er behov for omfattende og kostbar tannbehandling.

Retten til nødvendig tannhelsehjelp er, som nevnt ovenfor, i utgangspunktet oppfylt når tannhelsehjelpen som tilbys er innenfor hva som regnes som forsvarlig. Dette kommer også frem av figuren i kapittel 5.5. ovenfor, som illustrerer rammene for innholdet i det offentliges ansvar når det gjelder nødvendig tannhelsehjelp. Svært grundig og omfattende tannbehandling, herunder overbehandling, vil som utgangspunkt kunne plasseres i øvre sjikt av denne figuren. Det er derfor nærliggende å vurdere om svært grundig og omfattende tannbehandling innebærer en hensiktsmessig og rettferdig fordeling av det offentliges ressurser, når slik behandling verken er medisinsk eller odontologisk begrunnet. Som nevnt ovenfor, skal ressursbruken i forbindelse med helsehjelp være hensiktsmessig, jf. hpl. § 6.

Når det gjelder prioriteringer, må nytten av slik tannbehandling vurderes opp imot ressursene den gjør krav på. Det er naturlig å legge til grunn at det er liten forventet nytte av grundig og omfattende tannbehandling, når slik behandling er ubegrunnet. Det følger videre av denne tannbehandlingens art at det i slike tilfeller ikke kan prioriteres ut ifra alvorlighetsgrad. Grundig eller svært omfattende tannbehandling legger imidlertid beslag på ressurser. En samlet vurdering av prioriteringskriteriene kan derfor tale for at svært grundig tannbehandling som ikke er odontologisk indisert, bør ligge utenfor hva som regnes som nødvendig tannhelsehjelp og dermed hva som inngår i den offentlige tannhelsetjenestens ansvar.

Helsedirektoratet går i kapittel 7.5. nedenfor, nærmere inn på vurderingen av usikker nytte sett i forhold til bruk av ressurser når det for eksempel gjelder profylaktisk, kirurgisk fjerning av delvis frembrutte og symptomfrie visdomstenner i odontologisk praksis.

I kapittel 7 omtaler vi også andre eksempler på tannbehandling som etter en konkret vurdering kan regnes for å være for omfattende eller grundig, slik som hyppige kontroller, utstrakt bruk av røntgen og annen avansert diagnostikk uten at det foreligger tannhelsefaglig indikasjon for det. Det samme gjelder behandlingsmetoder hvis effekt ikke er dokumentert i tilstrekkelig grad. Flere av aktørene på Helsedirektoratets innspillsmøte nevnte også dette som eksempler på tannbehandling som ikke er faglig begrunnet og som dermed kan kategoriseres som unødvendig behandling eller overbehandling.

Videre kan overbehandling eller svært grundig tannbehandling anses for å mangle en tannhelsefaglig begrunnelse, fordi det foreligger gode og mindre ressurskrevende alternative behandlingsformer. Den aktuelle tannbehandlingen kan derfor karakteriseres som uforholdsmessig kostbar eller uforholdsmessig ressurskrevende, fordi annen tannbehandling gir lik eller tilstrekkelig god effekt. De ulike tannbehandlingenes prioritet er derfor den samme når det gjelder alvorlighet og forventet nytte, men forskjellige når det gjelder bruk av ressurser. Som eksempel fremheves det i kapittel 5.7 og 7.4 at minimalt invasiv vevsbesparende behandling bør vurderes først.

Helsedirektoratets inntrykk er at fylkeskommunene og det øvrige odontologiske fagmiljøet anser slik uforholdsmessig ressursbruk for å være utenfor hva som er og bør regnes som nødvendig tannhelsehjelp. Under innspillsmøtet ble det fremhevet at ressursbruk som ikke står i forhold til forventet nytte, faller utenfor hva den offentlige tannhelsetjenesten skal være ansvarlig for. Uforholdsmessig stor ressursbruk i forhold til nytten av behandlingen kan også få betydning for andre pasienters behov. Et tilgrensende eksempel på tannbehandling som faller utenfor den offentlige tannhelsetjenestens ansvar er tannbehandling som ligger langt over minimumsgrensen for hva som regnes som faglig forsvarlig, når alternative former for tannbehandling med tilstrekkelig eller tilsvarende effekt er både mindre ressurskrevende og mindre inngripende overfor den enkelte.

Til sammenligning bygger Tannlegeforeningens kampanje om å gjøre kloke valg på tilsvarende vurderinger. Kampanjens tema er «mer ikke alltid er bedre», og inneholder blant annet eksempler på undersøkelser og behandlinger som de mener er unødvendige eller unyttige. Dette gjelder for eksempel bruk av panoramarøntgen ved rutinekontroller og bruk av kroneterapi hvis tilfredsstillende resultat kan oppnås med mindre invasiv behandling, slik som fyllinger. Denne kampanjen er nærmere omtalt nedenfor i kapittel 7.6.

Det ovenstående innebærer etter Helsedirektoratets vurdering at svært omfattende eller grundig tannbehandling når mindre ressurskrevende, men like fullt forsvarlige behandlingsalternativer, vil ha tilsvarende eller tilstrekkelig effekt, er tannbehandling som går utover hva den enkelte har rett på. Som følge av dette kan svært omfattende eller for grundig tannbehandling regnes som tannbehandling utover hva som karakteriseres som god praksis. Vi viser i denne sammenhengen til figur 1 i kapittel 5.5. og utgangspunktet om at den enkeltes rett til nødvendig tannhelsehjelp er oppfylt når tannhelsehjelpen er

faglig forsvarlig. Videre er drøftelsene når det gjelder overbehandling og uforholdsmessig ressurskrevende tannbehandling etter vårt syn sammenfallende med innholdet i nødvendighetskriteriet og forsvarlighetskravet i den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

[1] Prop. 60 L (2023-2024) punkt 4.4.3 og Prop. 124 L (2024-2025) punkt 4.3

Helsedirektoratets vurdering av nødvendig tannregulering

Som redegjort for under kapittel 3.5 og 3.6 er personer med behov for tannregulering, hovedsakelig barn og ungdom, en gruppe som er sikret rett til stønad til behandling etter gitte kriterier med hjemmel i folketrygdloven.

Gjeldende regelverk følger av rundskriv til ftrl. §§ 5-6, 5-6 a og 5-25 om undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier ved sykdom og skade. Dagens regelverk angir hvilke bittavvik som gir rett til stønad til tannregulering, og dermed implisitt hva som ble ansett som nødvendig tannregulering ved forrige revisjon av regelverket.

Regelverket er utviklet over tid og har solid faglig forankring. I forrige revisjon i 2019 ble vilkårene noe innstrammet etter vurdering opp mot prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet.

Som en direkte følge av det nåværende oppdraget har Helsedirektoratet foretatt en ny detaljert gjennomgang av regelverket. Hovedkonklusjonen i vår vurdering er at dagens kriterier i all hovedsak omfatter de bittavvikene som anses nødvendig å behandle.

Endringer i regelverket bør etter vårt syn motvirke overbehandling og for tidlig behandlingsstart, samt legge til rette for effektiv gjennomføring. Formålet er å sikre hensiktsmessig bruk av ressurser, både når det gjelder tid og kostnader, samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas.

Metoden som er benyttet i vår gjennomgang er at det er foretatt en sammenligning av regelverket ned på laveste detaljeringsnivå med regelverk i andre skandinaviske land, særlig Danmark. Systemet for dekning av utgifter til tannregulering i Danmark er godt egnet for å sammenligne med Norge, da indikasjonene er sammenlignbare.

Et eksempel på hvordan sammenligningene er gjennomført er dette:

- I det danske regelverket i dag omfattes «store iøyenfaldende feilstillinger ved front og hjørnetender», og vi har ikke tilsvarende presisering i norsk regelverk. Helsedirektoratet mener at nevnte tilstand ikke er tilstrekkelig dekt av dagens regelverk, og vi anser denne tilstanden som nødvendig å behandle.
- Vi mener derfor at det bør 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.
- Ovennevnte foreslås inntatt i nytt punkt 8c16 i vedlegg 3.

Oppsummert anbefaler Helsedirektoratet:

- Kriteriene i dagens regelverk videreføres i hovedsak.

Under følger de vesentligste endringer. Øvrige mindre endringsforslag går frem av forslaget til ny forskriftstekst i vedlegg 3.

- Som vist til i eksempelet ovenfor, er et nytt bittavvik foreslått innlemmet i regelverket: «Ektopisk frembrudd i fronten (fortenner og hjørnetenner)» Se forslag om nytt punkt c16 i vedlegg 3.
- Undervilkåret «Pasienten har store vansker med psykisk og sosial mestring» utgår
 - Innlemming av punktet om ektopisk frembrudd vil ivareta nødvendig behandling under dagens 8c11, som ellers ville falt bort ved at undervilkåret om psykisk og sosial mestring fjernes

- Rett til behandling for mindre bitt- og tannstillingsfeil under punkt 8c11b, 8c13, 8c14b og 8c15b vil falle bort
- Under punkt 8b10 om hypoplastisk molar inkluderes i tillegg tenner med interne og/eller eksterne resorpsjoner med unntak av karies.

Helsedirektoratet vurderer at det i et nytt regelverk i utgangspunktet ikke er behov for å dele bittavvik inn i grupper med ulik prioritet, selv om alvorlighetsgraden er forskjellig. Dette begrunnes med at de bittavvikene som foreslås å inngå i regelverket, er avgrenset til tilfeller der tannregulering anses nødvendig.

Helsedirektoratet kan bistå med en inndeling etter alvorlighetsgrad dersom den offentlige dekningsgrad blir forskjellig avhengig av alvorlighetsgrad.

I vedlegg 3 finnes forslag til nytt regelverk for tannregulering. Dette forslaget er utarbeidet med utgangspunkt i dagens regelverk som er hjemlet i folketrygdloven, men vil lett kunne innarbeides i et annet regelverk.

Hvordan nødvendig tannhelsehjelp skal forstås i odontologisk praksis

Innledning

Helsedirektoratet er i oppdraget bedt om å gi nærmere retningslinjer for hvordan begrepet nødvendig tannhelsehjelp bør forstås og praktiseres i odontologisk praksis. Formålet med dette kapittelet er å gi en operativ oversikt over hva som faglig sett inngår i begrepet nødvendig tannhelsehjelp.

Tilbud om nødvendig tannhelsehjelp skal være i tråd med helserettslige krav til forsvarlige helsetjenester. Forsvarlighetskravet er en minstestandard, som fylkeskommunen ikke kan gå under med henvisning til for eksempel dårlig økonomi. Forsvarlighetskravet er nærmere omtalt i kapittel 3.9.

Vi viser også til kapittel 4.2 og 4.3, der vi gjengir gjeldende definisjoner av oral helse og nødvendig tannbehandling.

Det legges til grunn at å yte nødvendig tannhelsehjelp har som mål å bidra til akseptabel oral helse ved å

- gi den informasjon og behandling som skal til for at enkeltpersoner kan oppnå og selv bidra til å opprettholde akseptabel oral helse.
- forebygge, stanse og behandle orale tilstander og sykdom.

Definisjonene av oral helse og nødvendig tannhelsehjelp/nødvendig tannregulering bør være det overordnede rettleidende utgangspunktet. Nødvendig tannhelsehjelp bør være basert på odontologiske diagnoser, og ikke gruppetilhørighet. Dette ble også påpekt i innspillsmøtet.

For å avklare omfang og kvalitet på hva som er nødvendig tannhelsehjelp, må det gjøres en faglig vurdering i lys av nasjonale veiledere og retningslinjer, jf. kapittel 4.2. Der dette ikke finnes må tannhelsepersonell bruke klinisk og faglig skjønn basert på det som er dagens kunnskapsgrunnlag og den konsensus som gjelder i fagfeltet. Se kapittel 7.5 og eksempelet om fjerning av asymptomatiske visdomstenner.

Akutt tannhelsehjelp

Nødvendig tannhelsehjelp omfatter akutt tannhelsehjelp og i [God klinisk praksis i tannhelsetjenesten \(PDF\)](#) anbefales en trinnvis tilnærming til nødvendig tannbehandling, som starter med akutt behandling etter foreløpig undersøkelse og diagnose.

At behovet for tannbehandling er øyeblikkelig eller akutt innebærer at det normalt sett ikke kan planlegges å vente flere dager eller uker før behandlingen gjennomføres. Ved sterke smerter og odontogene infeksjoner uten merkbart påvirket almenntilstand og med adekvat smertelindring, kan akutt tannhelsehjelp i mange tilfelle vente til neste dag. Ved tann- og kjeveskader (traumer) vil tid frem til behandling ha betydning for komplikasjoner og prognose, jf. anbefalinger i kapittel 6 i Nasjonal retningslinje Tannhelsetjenester til barn og unge, som er beskrevet i kapittel 4.2. Det kan derfor være viktig å sikre rask tilgang til undersøkelse og behandling. Vi viser videre til omtale av akutt tannhelsehjelp i kapittel 5.6.

Helsefremmende og forebyggende tannhelsehjelp

Individuell gevinst og sparte ressurser

Helsedirektoratet vurderer at helsefremmende og forebyggende tiltak er en grunnleggende del av nødvendig tannhelsehjelp. De hyppigst forekommende orale sykdommer kan forebygges. Gjennom folkehelseiltak og individuelt rettet forebygging, kan forekomst av munnhulesykdom reduseres med både individuell gevinst og sparte økonomiske og personellmessige ressurser.

Helsefremmende og forebyggende arbeid, både på befolknings- og individnivå, rettet mot risikofaktorer for sykdom, reduserer behovet for omfattende og spesialisert behandling i munnhulen. God klinisk praksis poengterer at ethvert irreversibelt inngrep i tannvev også legger et grunnlag for revisjoner i pasientens videre livsløp. Videre understreker veilederen at forebygging bør prioriteres før all inngripende behandling og rehabilitering. Ved tidlig intervensjon ved oral sykdom, vil skadeomfang begrenses. Eksempelvis vil non-operativ kariesbehandling, som fluoridbehandling og kostholdsopplæring, på et tidlig stadium av karies kunne utsette videre sykdomsutvikling med påfølgende behov for operativ tannbehandling, jf. kapittel 4.2.

Helsedirektoratet vurderer at jevnlige statusundersøkelser med forebyggende fokus og mål om tidlig diagnostisering, er en grunnleggende del av nødvendig tannhelsehjelp for alle. Intervall for undersøkelser baseres på individuell vurdering av risiko, som beskrevet i kapittel 4.2, 5.6 og 7.3. Personer med høy risiko for dårlig munnhelse bør kalles inn til undersøkelse oftere enn personer med lav risiko. En slik tilnærming er kunnskapsbasert og gjenspeiles i anbefalingene i Helsedirektoratets normerende produkter for tannhelsetjenester, jf. kapittel 4.2.

Regelmessig tannhelsetilbud – statusundersøkelser og innkallingsintervall

En statusundersøkelse (diagnostisk tann- og munnhuleundersøkelse, inklusiv risikovurdering) med forebyggende siktemål, vurderes av Helsedirektoratet som nødvendig tannhelsehjelp. Det er gode grunner til særlig å oppfordre til tannhelsekontroll under utvikling av tannsettet og at aldersgruppen 0–18 år blir rutinemessig innkalt. Dette er et egnet verktøy for å oppfylle formålet i tannhelsetjenesteloven om forebyggende aktivitet.

Helsedirektoratet viser til normering av statusundersøkelser og innkallingsintervall basert på risikovurdering for både for barn, unge og voksne. Dette er sterke anbefalinger (bør) som gjør at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt, eller at de vil gjelde de aller fleste. Se kapittel 4.1 og omtale av regelmessige statusundersøkelser i kapittel 5.6.

Barn og unge under 20 år

Helsedirektoratet har anbefalt følgende om statusundersøkelser som en del av nødvendig tannhelsehjelp for barn og unge under 20 år:

- Barn og unge bør få statusundersøkelse av tenner og munn ved 3, 5, 12, 15 og 18 år og ellers fastsettes intervall mellom statusundersøkelser til minimum ett år (12 mnd.) og maksimum to år (24

mnd.), basert på individuell risikovurdering. Personer med høy oral sykdomsrisiko kan ha behov for ekstra oppfølging utenom statusundersøkelsene.

- Helsedirektoratet vurderer at barn og unge bør få innkalling til undersøkelser og oppfølging.

Voksne

Helsedirektoratet har anbefalt følgende om statusundersøkelser som en del av nødvendig tannhelsehjelp for voksne:

- Voksne bør få statusundersøkelser av tenner og munn og intervallet mellom to undersøkelser bør ikke være kortere enn 12 måneder og ikke lenger enn 24 måneder og baseres på en individuell risikovurdering. Personer med høy oral sykdomsrisiko kan ha behov for ekstra oppfølging utenom statusundersøkelsene.
- Helsedirektoratet vurderer at det er tilstrekkelig at voksne tar kontakt selv, men for personer med høy sykdomsrisiko kan det være indisert med innkalling til undersøkelser og oppfølging.

Nødvendig behandling

Eksempler på behandling som inngår

Nødvendig behandling inngår i nødvendig tannhelsehjelp, og vurderes for det enkelte individ basert på odontologisk diagnose. Hva som er nødvendig behandling avhenger som nevnt i kapittel 4.2, 4.3 og 5.6 av pasientens generelle helsetilstand, evne til å ta vare på sin orale helse og til å ta imot behandling, samt pasientens opplevde behov for behandling. Det samme ble trukket frem av aktørene i innspillsmøtet. Dette må sees opp imot hvilke ressurser som er tilgjengelig. Dette innebærer å gjøre en vurdering av prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet i det enkelte tilfellet.

Nødvendig behandling, foruten helsefremmende og forebyggende behandling, består blant annet av:

- tilrettelegge for å kunne motta behandling, forebygge tannbehandlingsangst, samt motvirke smerter, jf. kapittel 4.2
 - Ved behov: gi lokalanestesi, sedasjon med legemidler eller lystgass, eller narkose, se nærmere omtale under kapittel 5.6.
- infeksjonsforebyggende behandling
- erstatte tapt tannvev:
 - ved karies, syreskader, tannslitasje, utviklingsforstyrrelser i tannvev, tannfrakturer, revisjon av tidligere fyllinger og kroner, broer
 - vevsbesparende behandling vurderes først, deretter mer invasiv behandling som kroner og broer mm.
- gjenopprette eller normalisere funksjon, for eksempel tyggefunksjon, svelgfunksjon, og tale, eksempelvis med proteser, broer, kjeveortopedisk behandling, implantater og, der indikert, ortognatisk kirurgi
- erstatte tapte tenner (grunnet karies, tannkjøtt sykdom, traumer, medfødte manglende tenner, utviklingsforstyrrelser i tannvev mm.) for å gjenopprette funksjon, med for eksempel broer, implantater eller avtagbare tannproteser
- behandle tannkjøtt sykdom uten og med kirurgi
- rotfylling på indikasjon
- behandle tann- og kjeveskader (traumer)
- kirurgiske inngrep på indikasjon

- behandle søvnapne
- behandle temporomandibulær dysfunksjon (TMD)

Vi understreker at listen ovenfor ikke er ment å være en uttømmende oversikt over behandling som inngår i nødvendig tannhelsehjelp.

Spesialisttannhelsetjenester

Henvisning for vurdering, diagnose og behandling hos tannlegespesialist ved vurdert behov, er også en del av nødvendig tannhelsehjelp. Vi viser til at dette inngår i definisjonene av nødvendig tannhelsehjelp og essential oral care, jf. kapittel 4.2 og omtale i kapittel 5.6.

Tannbehandling i narkose

Nødvendige tannhelsehjelp innebærer også å få tilgang til behandling i narkose når dette er nødvendig for å få tannhelsehjelpen man har behov for.

For noen særlig sårbare pasienter vil tilbud om tannbehandling i narkose være nødvendig tannhelsehjelp. Det kan være ved manglende evne til å ta imot helsehjelp, for pasienter med psykisk utviklingshemming eller demens, pasienter med tidligere traumer eller for små barn med omfattende behandlingsbehov.^[1]

Helsedirektoratet viser også til nasjonal normering for tannbehandling i narkose til barn og unge, som er beskrevet i kapittel 4.2 og 5.6.

Nødvendig tannregulering

Helsedirektoratet viser til dagens regelverk: Ved undersøkelse og eventuell start av behandling ved kjeveortopedi må det foreligge henvisning fra annen tannlege eller tannpleier før behandling hos kjeveortoped kan starte.

Behandlingen må utføres av kjeveortoped eller av tannlege under spesialistutdanning i kjeveortopedi, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling § 3.

Kjeveortopedene har gjennom mange år forholdt seg til et regelverk som i all hovedsak foreslås videreført. Regelverket vil dermed også i fremtiden være forholdsvis detaljert når det gjelder hvilke tilstander som gir grunnlag for behandling som det offentlige betaler for. Dette regelverket vil derfor i seg selv sette normene for hvilken behandling som anses nødvendig for de ulike tilstander.

Røntgendiagnostikk

Nødvendig tannhelsehjelp omfatter rett bruk av røntgendiagnostikk.

Behandlingsansvarlig skal gjøre en individuell berettigelsesvurdering før røntgen tas, jf. strålevernforskriften § 39 og [Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet sin veileder om strålebruk innen odontologi \(dsa.no, PDF\)](#). Berettigelsen av medisinsk strålebruk skal alltid vurderes for den enkelte pasient og før pasienten eksponeres. Vurderingen skal ta utgangspunkt i kliniske opplysninger, pasientens symptomer, planlagt behandling osv.

Eksempler på dental strålebruk som ifølge veilederen ikke er berettiget:

- gjentakelse av røntgenundersøkelser som allerede er utført uten at det foreligger en ny klinisk problemstilling.
- røntgenundersøkelser der det er usannsynlig at resultatet får konsekvenser for diagnostikk eller behandlingen av pasienten, for eksempel gjentakende røntgenundersøkelser i forbindelse med ulike typer av pasientoppfølging.
- rutineundersøkelser med røntgen uten at det er vurdert individuelt berettiget (for eksempel panoramarøntgen på alle nye pasienter).

Helsedirektoratet viser til nasjonal normering om bruk av røntgen til barn og unge i kapittel 4.2, tannlegeforeningens råd i Gjør kloke valg kampanjen som er beskrevet i kapittel 7.6 og omtalen av overbehandling i kapittel 5.7.

Antibiotika i tannhelsetjenesten

Nødvendig tannhelsehjelp omfatter rett bruk av antibiotika.

Nasjonal faglig retningslinje [Antibiotika i primærhelsetjenesten](#) gir føringer for indikasjon for rekvirering og valg av antibiotikum, samt dosering og behandlingsslengde ved de mest vanlige infeksjonssykdommene i primærhelsetjenesten. Retningslinjen inkluderer tre anbefalinger til tannhelsetjenesten for 1) akutte odontogene infeksjoner, 2) marginal periodontitt og 3) periimplantitt og antibiotikaproylaks i tannhelsehelsetjenesten.

Helsedirektoratet viser også til tannlegeforeningens råd for bruk av antibiotika i Gjør kloke valg kampanjen, som er omtalt i kapittel 7.6.

[1] Se NOU 2024:18 kapittel 4.4.2.7

Nødvendig tannhelsehjelp der nasjonal normering mangler

På fagområder der det ikke finnes nasjonale veiledere og retningslinjer, må vurderingen av hva som er nødvendig tannhelsehjelp gjøres i samsvar med klinisk og faglig skjønn basert på det som er dagens kunnskapsgrunnlag, den konsensus som gjelder i fagfeltet og om tannhelsetjenesten har egne faglige veiledere.

Videre må alminnelige prinsipp for prioritering i helsetjenesten knyttes til den faglige vurderingen av det medisinske behovet den enkelte pasienten har, og den forventede nytten behandlingen vil gi vedkommende. Vurderingen av prioriteringskriteriene der helsepersonellet bruker sitt faglige skjønn og gjør en helsefaglig vurdering av hva som er nødvendig tannhelsehjelp vil være en del av dette. Helsedirektoratet viser til eksempelet nedenfor på nødvendig tannbehandling der det ikke foreligger nasjonal normering.

Eksempel: Behandling av symptomfrie, delvis frembrutte visdomstenner

Det er ingen nasjonal faglig retningslinje, veiledning eller råd for fjerning av symptomfrie, delvis frembrutte visdomstenner, som er utarbeidet i tråd med Helsedirektoratets metodikk for nasjonal normering.

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) sin rapport [Profylaktisk fjerning av visdomstenner \(fhi.no, PDF\)](#), danner et grunnlag for faglige anbefalinger når det gjelder profylaktisk fjerning av delvis frembrutte asymptomatiske visdomstenner. I denne rapporten defineres profylaktisk fjerning av visdomstenner som fjerning av delvis frembrutte visdomstenner uten lokale symptomer for å forhindre fremtidig sykdom.

Det er internasjonal enighet om at alle visdomstenner med symptomer, kliniske eller røntgenologiske tegn på patologiske forandringer, bør fjernes. Det er ikke oppnådd en tilsvarende enighet om fjerning av asymptomatiske, delvis frembrutte visdomstenner.

I henhold til britiske anbefalinger om fjerning av visdomstenner, er det ingen pålitelige forskningsbevis som tilsier at profylaktisk fjerning av impakterte tredje molarer som er uten patologi, gir en helsefordel for pasienter, se [Guidance on the extraction of wisdom teeth \(NICE\) \(nice.org.uk\)](#)

Ifølge norsk tannlegeforenings tidendes artikkel [Profylaktisk fjerning av visdomstenner: Fortsatt et smart trekk? \(tannlegetidende.no, PDF\)](#) er det vanskelig å vise gunstige helseeffekter av å fjerne asymptomatiske visdomstenner. Målet med artikkelen var å oppdatere kunnskapsgrunnlaget om visdomstenner som hyppigst utvikler infeksjon, som kan være nyttig med tanke på kunnskap om risiko for fremtidig utvikling av patologi.

I den norske tannlegeforeningen (NTF) sin kampanje om å gjøre kloke valg, er et av rådene til tannleger i klinisk praksis, at visdomstenner ikke skal fjernes forebyggende eller uten indikasjon. Dette begrunnes med følgende:

«All medisinsk og odontologisk behandling bør utføres med bakgrunn i en eller flere diagnoser og med en klar indikasjon for behandlingen. Dette kan for eksempel være karies, rotbetennelser, benskymmer og bløtvevssykdommer lokalt. Forebyggende fjerning av visdomstenner må vurderes på individnivå, og det bør være en sannsynlig risiko for at sykdom/plager vil oppstå dersom ikke behandlingen utføres. Denne risikoen må vurderes opp mot risiko ved selve behandlingen, herunder blant annet infeksjoner og skader mot nerver og annet vev.»

NTF henviser til nevnte SMM-rapport og til artikkelen fra Tannlegetidende, som konkluderer med at det foreligger begrenset dokumentasjon om nytten av profylaktisk fjerning av asymptomatiske impakterte visdomstenner, i forhold til en «vente og se»-strategi.

Behandlingsstedet må derfor gjøre en konkret vurdering av den enkelte pasientens tilstand og behov, inkludert en vurdering av mulig risiko forbundet med å få fjernet visdomstenner. Vurderingen må gjøres i samsvar med klinisk og faglig skjønn basert på dagens kunnskapsgrunnlag og hvilken konsensus som gjelder i fagfeltet, jf. [Guidance on the extraction of wisdom teeth \(NICE, 2000\) \(nice.org.uk\)](#) og SMM-rapporten om profylaktisk fjerning av visdomstenner.

Etisk regelverk og Kloke valg-kampanjen

Helsedirektoratet viser også til at NTF har veiledning og kurs med råd og anbefalinger som kan være nyttig for tannhelsetjenesten å se hen til.

[NTF har etiske regler \(tannlegeforeningen.no\)](#) som fastlegges av tannlegene selv. Disse reglene er bindende for foreningens medlemmer, og fremhever blant annet at tannlegen ikke skal overbehandle, jf.

NTFs etiske regler § 2-2. Det er utviklet et nytt nettkurs for å styrke tannlegers faglige autonomi og etiske bevissthet i klinisk praksis, og gi medlemmene økt trygghet i møte med etiske dilemmaer i hverdagen, se [Etikk - hele tiden - Tannlegeforeningen \(tannlegeforeningen.no\)](https://www.tannlegeforeningen.no/etikk-hele-tiden)

I Den norske tannlegeforenings Tidende er det nylig publisert en artikkel som viser til en modell for [systematiske etiske refleksjoner \(SME\) \(tannlegetidende.no, PDF\)](https://www.tannlegetidende.no/systematiske-etiske-refleksjoner-SME-PDF) i klinisk praksis. Norsk tannpleierforening har også [yrkesetiske retningslinjer \(tannpleierforeningen.no\)](https://www.tannpleierforeningen.no/yrkesetiske-retningslinjer).

Kampanjen fra Den norske tannlegeforening [Gjør kloke valg-kampanjen \(tannlegeforeningen.no\)](https://www.tannlegeforeningen.no/gjor-kloke-valg-kampanjen). Tannlegeforeningens kampanje med tema «Mer er ikke alltid bedre» har en liste med anbefalinger for undersøkelser og behandlinger i odontologisk praksis som anses som unyttige eller unødvendige og som ikke tilfører reell verdi for pasienten, hvor det påpekes at: «All medisinsk og odontologisk behandling bør utføres med bakgrunn i en eller flere diagnoser og med en klar indikasjon for behandlingen.»

Eksempelvis er råd for bruk av røntgen at det ikke er grunnlag for å ta rutinemessig panorama-røntgen for å lete etter tilfeldige patologiske funn. Under 10 prosent av panoramarøntgen-undersøkelser viser slike funn, og kun et fåtall er behandlingskrevende.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Helsedirektoratet er ikke bedt om å vurdere og utrede økonomiske og administrative konsekvenser i dette oppdraget. Våre vurderinger av nødvendig tannhelsehjelp tar utgangspunkt i dagens rettstilstand og organisering, men gjelder i utgangspunktet uavhengig av hvordan den offentlige tannhelsetjenesten organiseres og finansieres.

Vi vil likevel peke på noen forhold som er sentrale å vurdere dersom det skal gis nye og utvidede rettigheter i tannhelsetjenesteloven.

Helsedirektoratet mener at det er nødvendig med en nærmere utredning av organisatoriske, økonomiske og administrative konsekvenser basert på prioriteringer, før en eventuell utvidelse av rettigheter. Helsedirektoratet vurderer også at det er nødvendig med et godt kunnskapsgrunnlag om befolkningens tannhelse og behov for tannhelsehjelp, for å kunne komme frem til helseøkonomisk og samfunnsøkonomisk effektive løsninger for nye eller utvidede rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Vi viser i denne sammenhengen til både vårt ordinære høringssvar til NOU 2024:18 og våre forslag til hva som bør prioriteres først, gitt på forespørsel fra HOD desember 2025.

Helsedirektoratet har videre utredet personellkonsekvenser av tiltaket om å gi nye eller utvidete rettigheter i tannhelsetjenesteloven, i tråd med tildelingsbrev for 2025 hvor HOD ber om at "Personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor HOD sitt sektoransvar."

Den offentlige tannhelsetjenesten er i dag ikke rigget med personell og kompetanse for å ta imot mange flere pasienter med nye eller utvidede rettigheter i tannhelsetjenesteloven, jf. vedlegg 2.

Det er i hovedsak tilstrekkelig tannhelsepersonell nasjonalt til å gi nødvendig tannhelsehjelp og nødvendig tannregulering, men tannhelsepersonellet er ulikt fordelt mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste, grunnet dagens organisering og finansiering av tannhelsetjenester i Norge.

Fylkeskommunene opplyser på sine nettsider om at det er ventetid og ventelister for tilgang til nødvendig tannhelsehjelp, særlig for 21–28 åringer. Noen fylkeskommuner har inngått avtaler med private tannleger.

Deltakerne i innspillsmøtet tok også opp forholdene nevnt over og påpekte i tillegg at nye eller utvidede rettigheter i offentlig tannhelsetjeneste uten kompenserende tiltak, vil medføre:

- økt press på den offentlige tannhelsetjenesten uten tilstrekkelig personell
- lengre ventetider, lavere tilgjengelighet
- risiko for redusert kvalitet og forsvarlighet
- forskyvning fra forebyggende tiltak til akuttbehandling
- økt konkurranse mellom fylkeskommunene om personell
- vanskeligheter med lokaler, utstyr og organisering ved rask innføring av nytt ansvar
- svekket utdanningskapasitet, herunder ekstern praksis for tannleger og tannpleiere
- forsterket mangel på personell i offentlig tannhelsetjeneste

Helsedirektoratet mener at forholdene som er beskrevet ovenfor vil gjelde i enda større grad ved overføring av ansvaret for tannregulering (kjeveortopedi) til den offentlige tannhelsetjenesten, fordi det er så få spesialister i kjeveortopedi i offentlig tannhelsetjeneste, jf. vedlegg 2.

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

I tillegg til utilstrekkelig med personell og kompetanse innenfor kjeveortopedisk behandling, tyder også kapasitetsutfordringene i den offentlige tannhelsetjenesten, på at allmenntannleger ansatt i offentlig tannhelsetjeneste ikke kan utføre tannregulering, jf. kriterier for nødvendig tannregulering som beskrevet i vedlegg 3.

Det offentlige kan 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 innspillsmøtet.

Helsedirektoratet vurderer at konsekvensene av tiltaket står i forhold til verdien tiltaket vil ha, da målet med rett til gratis og nødvendig tannregulering for barn og ungdom er å utjevne sosiale forskjeller. Dette har sammenheng med at barn og unge er avhengige av foreldrenes økonomi og livssituasjon og egenandelen ved kjeveortopedisk behandling kan utgjøre en betydelig sum for foresatte.

Vi legger derfor til grunn at den offentlige tannhelsetjenesten i stor grad vil måtte basere seg på å inngå avtaler med privatpraktiserende tannleger både ved innføring av nye og utvidete rettigheter, og ikke bare for nødvendig tannregulering. Dette innebærer økte krav til anskaffelseskompetanse og kunnskap om avtaleinngåelse, herunder hva som kan og bør reguleres i en slik avtale, som for eksempel prisfastsettelse.

Videre kan dagens ordning med fri prisfastsetting by på flere utfordringer, som for eksempel:

- For det offentlige finansielt, ved at budsjettprosessen vil måtte basere seg på stor grad av usikkerhet hvis prisene vil variere mellom klinikkene.
- Det vil by på utfordringer å ha god kostnadskontroll med varierende priser.
- For pasientene ved at en tjeneste ett sted kan koste noe annet enn et annet sted.

Om privatpraktiserende tannleger inngår avtale med fylkene, må det videre sikres gode og effektive oppgjørsløsninger. Her kan en mulighet være å benytte samme tekniske løsning som de tannlegene som har oppgjørsavtale med Helfo benytter i dag, for pasienter som har rettigheter til stønad til tannbehandling etter folketrygdloven.

Dersom det innføres universelle rettigheter til nødvendige tannhelsetjenester gjennom en tannhelsereform, vil innretningen ha stor betydning for de samfunnsmessige kostnadene. Det følgende er en illustrasjon på hvilke kostnader ett tenkelig element i en slik reform kan innebære. Gitt at alle mellom 29–80 år (aldersgruppene der det i dag er færrest som har rettigheter) får rett til gratis statusundersøkelse med forebyggende formål en gang hvert andre år, vil kostnadene ved å undersøke alle beløpe seg til over 3,5 mrd. kr. gitt en gjennomsnittlig kostnad på 1 100 kr. og om lag 3,2 mill. nordmenn i dette aldersintervallet. Dette er kostnader før eventuell videre nødvendig behandling.

Vedlegg

Vedlegg 1: Rapporten i PDF

[Last ned PDF av rapporten](#)

Vedlegg 2: Personell og kompetanse - konsekvenser

[Personell og kompetanse - konsekvenser](#)

Vedlegg 3: Forslag til nytt regelverk for kjeveortopedi

[Forslag til nytt regelverk for kjeveortopedi](#)

