

NOU

Norges offentlige utredninger **2024: 18**

En universell tannhelsetjeneste

Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar

Norges offentlige utredninger

2024

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Teknisk redaksjon

1. Definisjon og registrering av ideelle velferdsaktører – Første delutredning
Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet
2. I samspill med naturen
Klima- og miljødepartementet
3. Felles innsats mot ekstremisme: Bedre vilkår for det forebyggende arbeid
Arbeids- og inkluderingsdepartementet
4. Voldtekt – et uløst samfunnsproblem
Justis- og beredskapsdepartementet
5. Maktens ansikt
Justis- og beredskapsdepartementet
6. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2024
Arbeids- og inkluderingsdepartementet
7. Norge og EØS: Utvikling og erfaringer
Utenriksdepartementet
8. Likestillingens neste steg
Kultur- og likestillingsdepartementet
9. Ny lov om offentlige anskaffelser – Andre delutredning
Nærings- og fiskeridepartementet
10. Ny motorferdsellov
Klima- og miljødepartementet
11. Lavlønn i Norge
Arbeids- og inkluderingsdepartementet
12. Håndheving av mindre narkotikaovertrедelser
Justis- og beredskapsdepartementet
13. Lov og frihet
Arbeids- og inkluderingsdepartementet
14. Med lov skal data deles
Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet
15. En bedre regulert drosjenæring
Samferdselsdepartementet
16. Endringer i verdipapirhandelloven
Finansdepartementet
17. Kommersielle og ideelle aktørers rolle i fellesskapets velferdstjenester
Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet
18. En universell tannhelsetjeneste
Helse- og omsorgsdepartementet

NOU

Norges offentlige utredninger **2024: 18**

En universell tannhelsetjeneste

Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 12. august 2022

Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 26. september 2024

ISSN 0806-2633 (online)
ISSN 0333-2306 (trykt utg.)

DepMedia

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Tannhelseutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 12. august 2022 for å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet. Utvalget gir med dette sin utredning.

Oslo 26. september 2024

Evy-Anni Evensen
Leder

Farshad Alamdari

Eli Feiring

Heming Olsen-Bergem

Lena Bendiksen

Gry Jakhelln

Kristian Onarheim

Ellen Berggreen

Kari Kjenndalen

Kurt Rønning

Kurt Richard Brekke

Pernille Lysaker

Per Tovmo

Siv Svardal
Sekretariatsleder

Martine Flugund

Amund Bie

Carolin Hagen

Innhold

Del I	Utvalgets mandat, sammensetning og arbeid	11	Del III	Tannhelsetjenesten i Norge	49
1	Innledning	13	3	Organisering, regulering og finansiering av tannhelsetjenesten	51
1.1	Sammendrag	13	3.1	Dagens tannhelsetjeneste	51
1.1.1	Overordnede vurderinger	13	3.1.1	Organisering	51
1.1.2	Behov for reform	13	3.1.2	Regulering	52
1.1.3	Framtidens tannhelsetjeneste – utvalgets forslag	14	3.1.3	Finansiering	52
1.1.4	En universell tannhelsetjeneste – trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret	17	3.2	Bruk av tannhelsetjenester	53
1.1.5	Forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten	18	3.2.1	Undersøkelser av befolkningens bruk av tannhelsetjenester	53
1.1.6	Regulatoriske, økonomiske og administrative konsekvenser	19	3.2.2	Udekket behov i et internasjonalt perspektiv	62
1.2	Utvalgets sammensetning	19	3.2.3	Oppsummert	64
1.2.1	Bakgrunn for utvalget	19	3.3	Tilgjengelighet til tannhelsetjenester	64
1.3	Mandat	20	3.3.1	Dekning tannhelsepersonell	64
1.3.1	Utvalgets forståelse av mandatet	22	3.3.2	Dekning av tannleger og tannlegespesialister	65
1.4	Utvalgets arbeid	25	3.3.3	Dekning av tannpleiere	69
1.5	Utredningens oppbygging	26	3.3.4	Dekning av tannteknikere	69
Del II	Tannhelsen i Norge	29	3.3.5	Dekning av tannhelsetjenestekretærer	69
2	Tannhelsen i Norge	31	3.4	Priser på tannhelsetjenester og pasientenes egenbetaling	69
2.1	Betydningen av forebygging	31	3.4.1	Fri prissetting	69
2.1.1	Global strategi for oral helse	32	3.4.2	Opplysningsplikt	70
2.2	Befolkningens tannhelse	32	3.4.3	Prisutvikling	70
2.2.1	Vanlig sykdommer og skade	33	3.4.4	Prisnivå og prisspredning	71
2.2.2	Sammenheng mellom oral helse og øvrig helse	37	3.4.5	Befolkningens tannbehandlingsutgifter	72
2.3	Ulike mål på tannhelse	39	4	Den offentlige tannhelsetjenesten	75
2.3.1	Kvalitetsindikatorer på tannhelse	39	4.1	Organisering	75
2.3.2	SiC-index	40	4.1.1	Fylkeskommunal tjeneste	75
2.4	Selvrapportert tannhelse	41	4.2	Rettslig regulering	75
2.4.1	Oral helselatert livskvalitet	43	4.2.1	Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjeneste	75
2.5	Utviklingstrekk	43	4.2.2	Plikt til å tilby tannhelsetjenester til bestemte pasientgrupper	76
2.5.1	Den demografiske utviklingen	43	4.2.3	Forslag om å utvide retten til nødvendig tannhelsehjelp	79
2.5.2	Flere eldre har gjenværende tenner	44	4.2.4	Andre forhold	79
2.5.3	Flere har faste protetiske restaureringer	45	4.2.5	Forholdet til annen helselovgivning	80
2.5.4	Andre utviklingstrekk med betydning for tannhelsen	46	4.3	Finansiering	80
2.6	Den voksne befolkningens fremtidige behov for tannhelsetjenester	47	4.3.1	Finansiering av fylkeskommunene	80
			4.3.2	Styrking av tannhelsetjeneste og utvidet ansvar	81

4.4	Tjenestetilbud i den offentlige tannhelsetjenesten	81	6.2	Pasientenes egenbetaling: egenandel, mellomlegg og frikort for helsetjenester	106
4.4.1	Folkehelsearbeid, forebyggende og helsefremmende arbeid	81	6.3	Nærmere om bruk av folketrygdens stønad til tannbehandling	107
4.4.2	Behandlende tilbud i den offentlige tannhelsetjenesten	82	6.3.1	Omfang og utvikling stønadspunkt	109
4.4.3	Betalende pasienter over 24 år	86	6.3.2	Omfang og utvikling takstbruk	110
4.4.4	Spesialisttannhelsetjenester	87	6.3.3	Utbetalt refusjon per behandler	111
4.4.5	Særskilte tilbud	87	6.3.4	Utvikling i stønad til tannhelsetjenester i annet EØS-land – folketrygden § 5 24 a	112
4.4.6	Kommunale ordninger	89	6.3.5	Kjennetegn ved den voksne befolkningens bruk av folketrygdens stønad til tannbehandling	113
4.5	Samhandling mellom offentlig tannhelsetjeneste, privat tannhelsetjeneste, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten	89	6.3.6	Omfang og utvikling av frikortordningen og egenandelsrefusjoner for tannbehandling	116
4.5.1	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	89	6.3.7	Særlig om stønadspunkt 6 – Periodontitt	117
4.5.2	Samhandling med Barnevernet og Barnehusene	89	6.3.8	Særlig om stønadspunkt 8 – Bittanomalier (tannregulering/kjeveortopedi)	118
4.5.3	Samhandling med spesialisthelsetjenesten	91	6.3.9	Særlig om stønadspunkt 14 – Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne	120
4.5.4	Samhandling med privat tannhelsetjeneste	91			
4.6	Helseberedskap	92			
5	Den private tannhelsetjenesten	94	7	Tannbehandling i spesialisthelsetjenesten	122
5.1	Organisering	94	7.1	Tannhelsetjenester til pasienter i spesialisthelsetjenesten 2017–2022	122
5.1.1	Personell, klinikkstruktur og eierskap	94	7.1.1	Sammenhengen mellom komorbiditet og offentlig finansiert tannbehandling	124
5.1.2	Økonomiske rammevilkår i den private tannhelsetjenesten	95	7.2	TAKO-senteret	126
5.1.3	Utviklingen av tilbudssiden	98	8	Kvalitet og pasientsikkerhet	127
5.2	Rettslig regulering av den private tannhelsetjenesten	99	8.1	Kvalitetsindikatorer	127
5.3	Finansiering	99	8.2	Styringsdata	127
5.4	Samhandling mellom privat tannhelsetjeneste, offentlig tannhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten	100	8.2.1	KOSTRA	127
			8.2.2	Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)	127
6	Folketrygdens stønad til tannbehandling	101	8.3	Retningslinjer, råd og veiledere mv. til tannhelsetjenesten	128
6.1	Regulering	101	8.4	Medisinsk stråling	129
6.1.1	Avtale om direkte oppgjør	101	8.5	Systematisk bruk av metodevurderinger og kunnskapsoppsummeringer	130
6.1.2	Stønadspunkter	102	8.6	Klage- og tilsynsordninger	131
6.1.3	Takster	104	8.6.1	Oversikt	131
6.1.4	Krav til tannhelsepersonellens kompetanse	105			
6.1.5	Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land	105			
6.1.6	Utvikling av stønadsordningen og sammenhengen mellom stønadspunkt og takster	106			

8.6.2	Tilsynsmyndighetene	131	10.9	E-helse og digitalisering	153
8.6.3	Pasient- og brukerombudet	133	10.9.1	Norsk helsenet SF	154
8.6.4	Norsk pasientskadeerstatning	133	10.9.2	SNOMED CT som kodespråk	155
8.7	Helfos kontroll av refusjonskrav	135	10.9.3	Journalleverandør(er)	155
9	EØS-retten	138	10.9.4	Kunstig intelligens i tannhelsetjenesten	155
Del IV	Tjenesteutvikling	139	10.9.5	Oppsummert	156
10	Pågående utviklingsarbeid	141	10.10	Utdanning av tannhelse- personell	156
10.1	Forsknings- og innovasjons- strategi på tannhelsefeltet	141	10.10.1	Grunnutdanning av tannhelse- personell	156
10.2	Norges forskningsråd	142	10.10.2	Praksis i utdanningene	157
10.3	Forsknings- og kompetanse- sentre innenfor tannhelsefeltet	142	10.10.3	Spesialistutdanningen av tannleger	158
10.3.1	Tannhelsetjenestens kompetansesentre	142	10.10.4	Videreutdanning av tannpleiere ...	158
10.3.2	Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM AS)	144	10.10.5	Den norske tannlegeforenings fond til videre- og etterutdanning av tannleger	159
10.3.3	Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG)	144	10.11	Forbrukerrettigheter og prispolitikk	159
10.4	Tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling (TOO)	145	Del V	Behov for reform	161
10.5	Spesialisthelsetjenester: Orale helsetjenester i sykehus	145	11	Overordnede verdier og mål	163
10.5.1	Sykehusodontologi	145	11.1	Samfunnets behov og en bærekraftig tannhelsetjeneste	163
10.6	Utviklingsarbeid knyttet til folketrygdens stønad til tannbehandling	146	11.2	Likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet	163
10.6.1	Stønadspunktene 2 Leppe-kjeve- ganespalte og 8 Bittanomalier	146	11.3	Prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet	164
10.6.2	Stønadspunkt 6 Periodontitt	147	11.4	Åpenhet og tillit til tannhelse- tjenesten	165
10.6.3	Stønadspunkt 7 Tannutviklings- forstyrrelser	148	11.5	Harmonisering og forenkling	165
10.6.4	Stønadspunkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne	148	12	Utvalgets vurdering av dagens tannhelsetjeneste	166
10.7	Samhandling	148	12.1	Behov for en universell tannhelsetjeneste	167
10.7.1	Kommunal tannpleier	148	12.2	Tannhelsen i befolkningen blir stadig bedre	167
10.7.2	Samhandlingsprosjektet	149	12.3	Geografisk tilgjengelighet	167
10.8	Kvalitets- og pasientsikkerhets- arbeid	150	12.4	Behov for likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for alle	168
10.8.1	Kvalitetsregistre	150	12.4.1	Behov for kontinuerlig arbeid med forebygging	168
10.8.2	Faglig veileder for prioritering	152	12.4.2	Behov for et helhetlig ansvar for barn og unge	169
10.8.3	Kompetanseløftet 2025	152	12.4.3	Behov for å ivareta utsatte og sårbare grupper	169
10.8.4	Antibiotikabruk, smittevern og antibiotikaresistens i tannhelsetjenesten	152	12.4.4	Behov for å ivareta eldre med kognitiv svikt og skrøpeligheit	170
			12.4.5	Behov for å se sammenhengen mellom oral sykdom/skade og øvrig helse	170

12.4.6	Behov for å redusere risiko for store utgifter	170	13.2.3	Tannhelsetjenester til personer med særskilte behov	187
12.4.7	Behov for å styrke pasientenes kunnskap om prisnivået	172	13.2.4	Tilbud til personer med samtidig behov for tannhelsetjenester og andre helsetjenester	188
12.5	Behov for å sikre tannhelsetjenester av god kvalitet	172	13.2.5	Akuttbehandling	189
12.5.1	Behov for å styrke kvaliteten på tjenestene	172	13.2.6	Redusere risiko for store utgifter til tannhelsetjenester	190
12.5.2	Behov for å styrke tannhelsetjenestens ansvar for forskning og praksis i utdanningene	173	13.2.7	Prisregulering og tilgjengelig prisinformasjon for tannhelsetjenester	196
12.5.3	Behov for å vurdere videre innretningen av tjenestee-innovasjon	173	13.3	Tannhelsetjenester av god kvalitet	198
12.5.4	Behov for økt digitalisering	173	13.3.1	Tjenestekvalitet	198
12.6	Behov for å vurdere klageordninger og økt tilsyn	174	13.3.2	Kunnskapsbasert tjenestee-utøvelse og praksisnær forskning	200
12.7	Behov for samhandling og samordning med helse-, omsorgs- og sosialtjenester	175	13.3.3	Forskning og praksis i utdanning	202
12.7.1	Behov for bedre samhandling med helse-, omsorgs- og sosialtjenester	175	13.3.4	Tannhelsetjenestens bidrag til å avdekke vold, overgrep og sykdom	203
12.7.2	Behov for å integrere tannhelsetjenester i øvrig helse- og omsorgstjeneste i større grad	175	13.3.5	Bruk av digitale verktøy	204
12.7.3	Behov for å samordne helseberedskapen	176	13.4	Klage, tilsyn og pasient-sikkerhet	204
12.7.4	Behov for å sikre rett dimensjonering og effektiv bruk av personell	176	13.4.1	Klageadgang	204
12.8	Behov for å tydeliggjøre rammene for den private tannhelsetjenesten	177	13.4.2	Tilsyn	206
12.9	Behov for å vurdere forvaltnings-nivå for den offentlige tannhelsetjenesten	178	13.4.3	Rett til ny vurdering	207
12.10	Behov for bedre kunnskapsgrunnlag	178	13.4.4	Oppsøkende tjenester og taushetsplikt	207
Del VI	Framtidens tannhelsetjeneste	181	13.5	Samhandling, styring og ansvar for tannhelsetjenesten	208
13	En universell tannhelsetjeneste – utvalgets forslag	183	13.5.1	Samhandling med øvrig helse- og omsorgstjeneste	208
13.1	Målet er en universell tannhelsetjeneste	183	13.5.2	Styring og samordning av helseberedskapen	209
13.2	Likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for alle – høy prioritet til dem med stort behov	184	13.5.3	Effektiv bruk av personellressurser	210
13.2.1	Helsefremmende, forebyggende og oppsøkende tilbud	184	13.6	Tydeliggjøre rammene for utøvelse av privat virksomhet	211
13.2.2	Tannhelsetjenester til barn og unge	186	13.7	Tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten	213
			14	En universell tannhelsetjeneste – trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret	216
			14.1	Universell tilgang til nødvendig tannhelsehjelp	216
			14.2	Utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester	217
			14.3	Alternative veier mot en universell tannhelseordning	218

14.4	Prioritering av tannhelse- tjenester	219	16.1.1	Nødvendig tannhelsehjelp	243
14.4.1	Prioriteringskriterier	219	16.1.2	Formålsparagraf	244
14.4.2	Høyt prioriterte tannhelse- tjenester	219	16.1.3	Avtale om samarbeid med øvrige helse- og omsorgs- tjenester	245
14.4.3	Virkemidler	222	16.1.4	Innføre rett på ny vurdering	245
14.4.4	Andre tiltak	223	16.1.5	Tannhelsetjenesteloven § 4-2: Inngåelse av avtale med privat tannlege	245
14.4.5	Oppsummering	223	16.1.6	Øvrige regulatoriske endringer som en konsekvens av utvalgets forslag	246
15	Organisering av den offentlige tannhelsetjenesten	225	16.2	EØS-retten	246
15.1	Tidligere arbeid med ulike organisasjonsmodeller for den offentlige tannhelsetjenesten	225	16.2.1	Offentlig anskaffelse	246
15.2	Forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten	226	16.2.2	Statsstøtte	246
15.2.1	Behov for å endre forvaltnings- ansvaret for tannhelsetjenesten	226	16.3	Økonomiske konsekvenser	247
15.3	Den harmoniserte modellen	227	16.3.1	Rammefinansieringen for kommunesektoren / fylkeskommunene	248
15.3.1	Den helsefremmende, forebyggende og primære tannhelsetjenesten: Kommunalt eierskap og ansvar	228	16.3.2	Rammefinansieringen for spesialisthelsetjenesten	250
15.3.2	Spesialisttannhelsetjenesten: Statlig eierskap og regionalt ansvar	230	16.3.3	Finansiering via folketrygdenes stønad til tannbehandling	250
15.3.3	Vurdering	231	16.3.4	Privat sektors bidrag til å finansiere nødvendige tiltak	251
15.3.4	Oppsummert	234	16.4	Styrking av tilsyn og nasjonale myndighetsoppgaver mv.	252
15.4	Regionalt tannhelseforetak med ansvar for tannhelsetjenesten	235	16.4.1	Nye og utvidede myndighets- oppgaver prisregulering, tildeling av konsesjon mv.	253
15.4.1	Organisering	236		Referanseliste	254
15.4.2	Regulering	236		Vedlegg	
15.4.3	Finansiering	236	1	Tannhelsetjenesten i Sverige og Danmark	274
15.4.4	Tannhelsetjenestens oppgaver	237	2	Kostnadsanslag for vederlagsfri tannregulering	287
15.4.5	Oppsummert	238	3	Kostnadsanslag for utvidelse av offentlig finansiering ved en universell tannhelse- ordning med frikort for tannhelsetjenester	290
15.5	Videreføring av fylkes- kommunen som forvaltnings- nivå med ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten	239	4	Samarbeidsavtale mellom offentlig tannhelsetjeneste og kommune	294
15.5.1	Fylkeskommunens ansvar for den offentlige tannhelse- tjenesten	239	5	Kommentarer til brev fra leder av Tannhelseutvalget til Helse- og omsorgsdepartementet om utfordringer med å fremskaffe statistikk fra den private tannhelsetjenesten	296
15.5.2	Organisering	239			
15.5.3	Regulering	240			
15.5.4	Finansiering	240			
15.5.5	Vurdering	241			
15.5.6	Oppsummert	242			
16	Regulatoriske, økonomiske og administrative konsekvenser	243			
16.1	Endring i tannhelsetjeneste- loven og andre lover	243			

Digitale vedlegg

Oral helse i Trøndelag – Resultater fra Helseundersøkelsen i Trøndelag – HUNT4 2017-2019

Undersøkelse av tilbudet i tannhelsetjenesten – Markedsstruktur og priser

Befolkningens tannhelseutgifter og forbruksmønster – Befolkningsundersøkelse om voksenbefolkningens tannbehandling

Forskningsrådets portefølje innenfor oral helse i perioden 2018–2023

Tannhelsetjenester i Norge – Statistikk om tannhelsetjenesten med data fra Kommunalt pasient og brukerregister og Norsk pasientregister 2017–2022

Del I
Utvalgets mandat, sammensetning og arbeid



Figur 1.1

Kapittel 1 Innledning

1.1 Sammendrag

«Utvalget skal foreta en gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket inkludert regulering og rettigheter. Formålet er å legge frem ulike modeller for en tannhelsetjeneste som kan bidra til bedre tilgjengelighet i hele landet. Utvalget skal blant annet utarbeide og vurdere forslag som kan sikre at tannhelsetjenesten blir likestilt med andre helsetjenester, herunder modeller for egenandelstak. Dette innebærer å vurdere en økning av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester, for eksempel gjennom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, gjennom stønad til tannbehandling over folketrygden og/eller tannhelsetjenester integrert i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget bes særlig vurdere hvordan en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret innen tannhelseområdet kan gjennomføres.»

Utdrag fra utvalgets mandat

1.1.1 Overordnede vurderinger

Det er nødvendig å utvikle en bærekraftig tannhelsehelsetjeneste basert på samfunnets behov. Det innebærer å styrke og harmonisere tannhelsetjenesten, slik at den i større grad blir lik øvrig helse- og omsorgstjeneste. Tannhelse- tjenesten må i større grad være integrert i øvrige helse- og omsorgstjenester. Videre innebærer det at tannhelsetjenesten, offentlig og privat, samhandler for å sikre at all tilgjengelig kompetanse blir brukt.

Utvalget mener det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester må utvides.

Det mangler et helhetlig kunnskapsgrunnlag på tannhelsefeltet. Utvidelse og endring av tannhelsetjenester forutsetter et pålitelig og oppdatert kunnskaps- og beslutningsgrunnlag.

1.1.2 Behov for reform

Tannhelsen i befolkningen er i hovedsak god og blir stadig bedre. Noen trender må følges nøye, som syreskader og kariesforekomst hos barn og unge voksne.

Det er et økt behov for tannhelsetjenester hos den eldre befolkningen. Andelen eldre med egne tenner og et stort omfang av faste protetiske restaureringer øker. Utvalget tror man står overfor et langvarig og stort behov for tannhelsetjenester til eldre.

En høyere andel av befolkningen i Norge oppgir å ha et udekket behov for tannhelsetjenester enn gjennomsnittet i EU. Økonomi oppgis som den vanligste årsaken til at voksne har et udekket behov, og bruken av tannhelsetjenester henger sammen med inntektsnivå. For de fleste er utgifter til tannhelsetjenester forholdsvis lave. Flertallet har under 2 000 kroner i årlige utgifter, men for noe få er utgiftene høye. Rundt 6–7 prosent har, fordelt på ett til to år, utgifter over 10 000 kroner.

Det er i hovedsak god geografisk tilgang til tannhelsetjenester, men tilgang avhenger av sentralitet. Størst er variasjonen i dekning av tannlegespesialister. Befolkningen i mindre sentrale kommuner må reise lenger for å få behandling, særlig hos spesialist.

Det skjer en endring i det private tannhelsemarkedet, med en rask utvikling fra enmanns- og tannlegeeide klinikker til kjeder og større grad av internasjonalt eierskap. Framover er det viktig å følge med på hvilke konsekvenser markedsutviklingen kan ha for geografisk tilgjengelighet for tannhelsetjenester.

Basert på tilgjengelig og anskaffet kunnskap mener utvalget at det er behov for en universell tannhelsetjeneste. Utvalget har identifisert følgende forbedringsområder og lagt disse til grunn for sine forslag:

- behov for likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for alle

- behov for å sikre tannhelsetjenester av god kvalitet
- behov for å vurdere klageordninger og økt tilsyn
- behov for samhandling og samordning med helse-, omsorgs- og sosialtjenester
- behov for å tydeliggjøre rammene for den private tannhelsetjenesten
- behov for bedre kunnskapsgrunnlag

Utvalget mener også det er behov for å vurdere forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten.

1.1.3 Framtidens tannhelsetjeneste – utvalgets forslag

Det er mangel på data om tannhelse og tannhelsetjenesten. Et flertall av forslagene utvalget fremmer vil derfor kreve ytterligere utredning. Det er behov for at det utvikles og benyttes data i det videre arbeidet med tannhelsetjenesten i Norge.

1.1.3.1 Målet er en universell tannhelsetjeneste

Et samlet utvalgs klare anbefaling er at det innføres en universell tannhelseordning, hvor befolkningen har rett til nødvendig tannhelsehjelp. Målet er en universell tannhelsetjeneste med rett til nødvendige tannhelsetjenester, ved sykdom og skade i munn og munnhule, slik pasientene har ved somatisk og psykisk sykdom og skade.

Utvalget foreslår:

Forslag 1. Alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester

Det er behov for å utrede nærmere hva som skal omfattes av nødvendig tannhelsehjelp. Utvalget er innforstått med at det kan ta tid å legge forholdene til rette for at alle pasienter skal kunne gis nødvendig tannhelsetjenester. Utvalget kommer derfor med en rekke forslag som samlet skal bidra til å nå målet om rett til nødvendig tannhelsehjelp for hele befolkningen.

1.1.3.2 Likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for alle

Et samlet utvalg foreslår flere tiltak for at alle skal ha likeverdig tilgang til tannhelsetjenester av god kvalitet, og at tjenestene er sammenhengende og tilpasset brukernes behov. Det er et mål å opprett-

holde god tannhelse i befolkningen. Dette oppnås både gjennom et oppsøkende og regelmessig tilbud fra tannhelsetjenesten som en del av deres pasientrettede arbeid, og gjennom brede befolkningsrettede tiltak.

Utvalget ønsker et helhetlig og samordnet tannhelsetilbud til barn og unge hvor nødvendig tannregulering inngår. Utvalgets forslag er at barn og unge med behov for tannregulering bør få dette gratis.

Utvalget foreslår videre at den offentlige tannhelsetjenesten får et utvidet ansvar for personer med særskilte behov. Det bør være faglige vurderinger som ligger til grunn for hvilken oppfølging og behandling pasienter får i den offentlige tannhelsetjenesten. Et utvidet ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten bør derfor blant annet fokusere på å gi et adekvat tilbud til skrøpelige eldre, utsatte og sårbare personer.

Utvalget har som en del av arbeidet vært opptatt av sammenhengen mellom oral helse, psykisk helse og somatisk helse. Utvalget foreslår at orale helsetjenester bør være spesialisthelsetjenester der de er en nødvendig og integrert del av behandlingen. Videre har utvalget vært opptatt av at befolkningen bør sikres et øyeblikkelig hjelp tannhelsetilbud.

Flere punkter i mandatet ber utvalget om å vurdere forhold som bidrar til å redusere den enkeltes risiko for store utgifter til tannhelsetjenester. Utvalget drøfter flere mulige ordninger. Utvalget foreslår å utvide frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Dette forslaget må ses i sammenheng med forslag 1 *Alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester*.

Det er behov for å styrke kunnskap om prisnivå på tannhelsetjenester og å redusere kostnader for tannhelsetjenester. Utvalgets flertall foreslår derfor en prisregulering av offentlig finansierte tannhelsetjenester, samt å videreutvikle og gjenåpne prisportal for tannhelsetjenester.

Utvalget foreslår:

Forslag 2. Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens særlige ansvar for forebygging rettet mot barn og unge, og for å bidra til å styrke deres helsekompetanse gjennom et helt liv

Forslag 3. Styrke den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for forebygging, oppsøkende og målrettede tilbud for dem som har et særskilt behov

- Forslag 4. Integrere oral helse i nasjonale folkehelsesatsinger og -kampanjer for å gjøre befolkningen i stand til å ivareta egen oral helse gjennom ulike faser av livet
- Forslag 5. Utrede hva som er nødvendig tannregulering for barn og unge, og innføre en rett til gratis nødvendig tannregulering for denne gruppen
- Forslag 6. Utvide den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for pasienter med særskilte behov
- Forslag 7. Gi den offentlige tannhelsetjenesten ansvaret for Tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur-, overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling
- Forslag 8. Innlemme orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten der de er en nødvendig og integrert del av behandlingen
- Forslag 9. Alle skal ha rett til akutt tannhelsehjelp
- Forslag 10. Utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Opprette et eget frikort for tannhelsetjenester som en overgangsordning

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Evensen, Alamdari, Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Jakhelln, Kjenndalen, Lysaker, Onarheim, Rønning og Tovmo foreslår:

- Forslag 11 A. Innføre prisregulering ved offentlig finansiering av tannhelsetjenester og utrede hvordan en slik regulering bør utformes

Utvalgets medlem Olsen-Bergem foreslår:

- Forslag 11 B. Utrede prisregulering for tannhelsetjenester ved utvidelse av offentlig finansiering

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Evensen, Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Jakhelln, Kjenndalen, Lysaker, Onarheim, Rønning og Tovmo foreslår:

- Forslag 12. Videreutvikle og gjenåpne prisportal for tannhelsetjenester ved innhenting av priser via Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Alamdari og Olsen-Bergem støtter ikke forslaget.

1.1.3.3 Tannhelsetjenester av god kvalitet

Utvalget foreslår en rekke tiltak for å sikre kvaliteten på tjenestene og styrke pasientsikkerheten i tannhelsetjenesten. Det er behov for at tannhelsetjenesten får tilgang til de samme virkemidlene som øvrige helse- og omsorgstjenester.

En forutsetning for god kvalitet på tjenestene er at de er kunnskapsbaserte. Et viktig ledd i kvalitetsarbeidet er at klinisk og praksisnær forskning integreres og implementeres i tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenestens regionale kompetansentre er viktige aktører her.

Utvalget er delt når det gjelder hvem som bør få ansvaret for kompetansesentrene. Dette henger sammen med utvalgets vurdering av forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten, som drøftes i kapittel 15.

Et mål for utvalget har vært at tannhelsetjenesten i størst mulig grad bør harmoniseres med øvrige helse- og omsorgstjenester. Det innebærer å vurdere tannhelsetjenestens ansvar for forskning og praksis i utdanningene.

Tannhelsetjenesten er en helsetjeneste, som barn og unge møter regelmessig gjennom hele oppveksten. Tannhelsetjenesten har en sentral rolle i arbeidet mot vold og overgrep mot barn. Kunnskap om sammenhengen mellom oral helse og psykisk og somatisk helse er økende. Utvalget ønsker derfor å styrke tannhelsetjenestens arbeid på dette området.

Tannhelsetjenesten ligger langt bak øvrige helse- og omsorgstjenester i bruk og tilgang til digitale verktøy. Utvalget ønsker derfor å øke tannhelsetjenestens bruk av digitale verktøy og tjenester.

Utvalget foreslår:

- Forslag 13. Videreutvikle kvalitetsindikatorer for tannbehandling og gjøre dem offentlig tilgjengelig
- Forslag 14. Etablere kvalitetsregistre for tannbehandling
- Forslag 15. Øke tannhelsetjenestens regionale kompetansesentres bistand til privat tannhelsetjeneste
- Forslag 16. Legge til rette for systematisk kvalitetsarbeid i tannklinikk basert på KPR-data
- Forslag 17. Utvikle kunnskapsstøttesystem og prioriteringsveiledere for tannhelsetjenesten

- Forslag 18. Styrke praksisnær forskning på oral helse og tannhelsetjenester
- Forslag 19. Sikre at tannhelsetjenestens kompetansesentre får en regional funksjon og er landsdekkende
- Forslag 21. Lovregulere et sørge for-ansvar for praksis i utdanningene
- Forslag 22. Lovregulere et medvirkningsansvar for kommunal sektor for forskning i tannhelsetjenesten
- Forslag 23. Styrke tannhelsetjenestens arbeid med å avdekke vold, overgrep og sykdom
- Forslag 24. Regulere tannhelsetjenestens samarbeid med barneavdelingene i de regionale helseforetakene, barnevernet og Statens Barnehus
- Forslag 25. Utrede digitale systemer for henvisning innad i tannhelsetjenesten og til alle deler av helse- og omsorgstjenesten
- Forslag 26. Gi tannhelsetjenesten økt tilgang til digitale verktøy

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Bendiksen, Berggreen, Brække, Feiring, Kjenndalen, Onarheim og Tovmo foreslår:

- Forslag 20 A. Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til de regionale helseforetakene

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Alamdari, Jakhelln, Lysaker og Olsen-Bergem foreslår:

- Forslag 20 B. Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til tannhelsetjenesten ved tannhelseforetak

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Evensen og Rønning foreslår:

- Forslag 20 C. Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til den offentlige tannhelsetjenesten

Forslag 20 A, B og C henger sammen med forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjeneste, nærmere omtalt i kapittel 15 *Organisering av den offentlige tannhelsetjenesten*.

1.1.3.4 Klageadgang, tilsyn og pasientsikkerhet

Det finnes en rekke instanser som kan behandle klager eller begjæring om tilsyn. Det gjør at det kan være vanskelig for pasienten å finne fram til riktig instans. Utvalget ønsker å gjøre det enklere for pasienter å orientere seg om klagemuligheter. For å bedre pasientsikkerheten ser utvalget at det også kan være behov for å styrke tilsynet med tannhelsetjenesten. Utvalget ønsker også å tydeliggjøre at øvrig helse- og omsorgstjeneste kan gi den offentlige tannhelsetjenesten opplysninger som er nødvendige for å ivareta pasientenes behov for hjelp til tannhelse.

Utvalget foreslår:

- Forslag 27. Utarbeide retningslinjer for tannhelsetjenestens plikt til å informere om klagemuligheter etter behandling
- Forslag 28. Utrede om det er behov for å styrke tilsynet med tannhelsetjenesten
- Forslag 29. Innføre rett til en ny vurdering av tannhelsetilstand
- Forslag 30. Innføre hjemmel for å dele opplysninger om behov for tannhelsetjenester med den offentlige tannhelsetjenesten

1.1.3.5 Samhandling, styring og ansvar for tannhelsetjenesten

Utvalget mener det er behov for at tannhelsetjenesten øker samhandling og samordning med øvrig helse-, omsorgs- og sosialtjenester. Det er også behov for langsiktig og strategisk styring for å sikre god ressursutnyttelse i helse- og omsorgssektoren.

Når det gjelder tiltak for å bidra til effektiv bruk av samlede personellressurser, har utvalget flere forslag.

Utvalget foreslår:

- Forslag 31. Inkludere den offentlige tannhelsetjenesten i helsefelleskapene
- Forslag 32. Innføre lovpålagte samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og med øvrige helse- og omsorgstjenester
- Forslag 33. Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for samordning og styring ved kriser, og tydeliggjøre den private tannhelsetjenestens plikt til å delta

- Forslag 34. Utrede behov for studieplasser for tannhelsepersonell i Norge
- Forslag 35. Styrke arbeidet med sambruk av personell i kommunene, særlig av tannpleiere, overfor barn og unge samt grupper med særskilt behov

1.1.3.6 Tydeliggjøre rammene for utøvelse av privat virksomhet

Gjennom sitt arbeid har utvalget funnet at det er behov å tydeliggjøre rammene for utøvelse av privat tannhelsevirksomhet. Dette sikrer at privat tannhelsevirksomhet utføres i tråd med målsettinger. Det skjer en utvikling i det private markedet, fra selvstendige og tannlegeeide klinikker til et marked med økende eierskap av kjeder. Utvalget mener det er nødvendig å følge denne utviklingen nøye.

Utvalget foreslår:

- Forslag 36. Styrke tilsyn med private tannhelse-tilbydere for å sikre etterlevelse i henhold til rammene for utøvelse av privat virksomhet

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Evensen, Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Kjenndalen, Lysaker, Onarheim, Rønning og Tovmo foreslår:

- Forslag 37. Innføre lovfestede krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjoner for klinikkdrift

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Evensen og Rønning foreslår i tillegg:

- Forslag 38. Innføre et lovfestede krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjoner for eierskap av tannklinikker

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Alamdari, Jakhelln og Olsen-Bergem støtter verken forslag 37 eller 38.

1.1.3.7 Tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten

En av hovedutfordringene er at det ikke finnes en samlet oversikt over befolkningens tannhelse, eller over de utredninger, diagnoser eller behandlinger som gis i tjenesten. Mangel på statistikk og data på

tannhelsefeltet har vært en utfordring for utvalgets arbeid. Utvalget har innhentet kunnskap gjennom blant annet kjøp av utredninger, se vedlegg. Det er behov for bedre data om tannhelsetjenesten og befolkningens tannhelse. Endringer i og utvidelse av tannhelsetjenester forutsetter et pålitelig og oppdatert kunnskaps- og beslutningsgrunnlag.

Utvalgets flertall viser til at behovet for bedre data må ses i sammenheng med flertallets forslag 37 *Innføre lovfestet krav for private tannhelse-tilbydere om å søke konsesjon for klinikkdrift*. Samlet vil forslagene sikre bedre tannhelsesdata og gjøre det mulig for myndighetene og tjenestene selv å planlegge, styre og evaluere tannhelsetjenesten.

Utvalget foreslår:

- Forslag 39. Samle tannhelsesdata i Kommunalt pasient- og brukerregister, og Norsk pasientregister og analysere innrapporterte data.
- Forslag 40. Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens overordnede ansvar for å tilby tannhelsetjenester til befolkningen, inkludert ansvar for folkehelsearbeid, beredskap og dimensjonering av tannhelsetjenesten

1.1.4 En universell tannhelsetjeneste – trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret

Utvalget har drøftet ulike veivalg ved en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester. Et prinsipielt alternativ og et pragmatisk alternativ.

Et prinsipielt alternativ er å innføre en universell ordning, men gradere egenandeler eller utvide ordningen ved å omfatte stadig flere aldersbestemte befolkningsgrupper. Fordelen med en pragmatisk tilnærming er at man ikke tar bort rettigheter og støtteordninger til de pasientene som i dag har slike.

Basert på prioriteringskriteriene, nytte, ressurs og alvorlighet har utvalget vurdert hvordan en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvar for tannhelsetjenester kan gjennomføres. Utvalget foreslår i tillegg en rekke organisatoriske og regulerende tiltak, som er ment å bidra til en utvidelse av det offentliges ansvar for tannhelsetjenesten.

Utvalget anbefaler at alle gis en rett til nødvendig tannhelsehjelp, jf. forslag 1. *Alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester*. Det offentliges ansvar for tannhelsetjenesten utvides trinnvis slik

at man prioriterer tiltak som forventes å ha stor effekt, har rimelig kostnad i forhold til effekt og er rettet mot alvorlige tilstander. Det er behov for en nærmere konkretisering av hvilke tiltak som anses å være nødvendige. Et utvidet offentlig ansvar betyr ikke nødvendigvis et utvidet tilbud i egenregi.

Et første trinn i en offentlig utvidelse av ansvaret for tannhelsetjenesten, kan gjøres på følgende måte:

- Alle gis rett til akutt tannhelsehjelp mot en egenandel som for akutt hjelp fra helse- og omsorgstjenesten (forslag 9).
- Tannhelsetjenester som er en nødvendig del av spesialisthelsehjelp, innlemmes i spesialisthelsetjenesten (forslag 8).
- Henvisninger til spesialisttannhelsetjenester og behandling i narkose prioriteres i henhold til prioriteringskriteriene.
- Barn og unge får tilgang til nødvendig tannregulering, vederlagsfritt (forslag 5).
- Grupper som etter dagens tannhelsetjenestelov, har rettigheter og er stønadsberettiget, beholder sine rettigheter (i all hovedsak).
- Tannhelsetjenester til personer med særskilt behov utvides (forslag 3, 6 og 7).
- Eldre over 75 år får tilgang til nødvendig tannhelsehjelp mot en egenandel.

Som et annet trinn anbefaler utvalget at:

- Hele befolkningen gis rett til nødvendig tannhelsetjenester. Gitt at første trinn er iverksatt, vil voksne som ikke er omfattet av trinn 1, kunne tilbys nødvendig tannhelsehjelp mot en moderat egenandel. Forslag 1. *Alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester*, forslag 10. *Utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Opprette et eget frikort for tannhelsetjenester som en overgangsordning* og forslag 11 A/B. *Innføre/utrede prisregulering ved offentlig finansiering av tannhelsetjenester.*

Utvalgsmedlemmene Evensen, Alamdari, Lysaker, Berggreen, Jakhelln og Olsen-Bergem støtter prinsipielt ikke at alderskohort skal være grunnlaget for særskilt stønad i en trinnvis tilnærming mot universell finansiering.

1.1.5 Forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten

Utvalget har valgt å vurdere forvaltningsnivå for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten. Utvalget er tredelt i dette spørsmålet.

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Kjenndalen,

Onarheim og Tovmo foreslår det som omtales som den «harmoniserte modellen». Tannhelsetjenesten bør være en del av den samlede helse- og omsorgstjenesten, og den bør, så langt det er mulig, følge samme prinsipper når det gjelder organisering, regulering og finansiering, inkludert prinsippene for prioritering. Disse medlemmene mener at en harmonisering med helse- og omsorgstjenesten, der staten gjennom de regionale helseforetakene gis ansvar for spesialisttannhelsetjenester og kompetansesentre, og kommunene gis ansvar for helsefremmende, forebyggende og primære tannhelsetjenester, vil sikre en mer helhetlig styring av helse-, tannhelse- og omsorgstjenestene. En slik modell vil også styrke målrettet forebyggende arbeid og bedre sikre pasientens rett til nødvendig hjelp fra tannhelsetjenesten, bidra til mer prinsipielt forankret prioritering, gi bedre og raskere oppfølging av pasienter med sammensatte behov og behov for spesialisert hjelp, harmonisere tilsynsordninger og klageadgang med øvrig helsetjeneste og bidra til kompetanseoverføring mellom helsetjeneste og tannhelsetjeneste. Videre vil denne modellen styrke tjenestens ansvar for å legge til rette for forskning og utdanning samt kvalitetsarbeid.

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Alamdari, Jakhelln, Lysaker og Olsen-Bergem foreslår en foretaksmodell for den offentlige tannhelsetjenesten. Regionale tannhelseforetak (RTHF) vil sikre lik fordeling av tannhelsetjenester til hele befolkningen. I tillegg vil denne modellen gå inn for å etablere bedre nasjonal faglig styring av tannhelsetjenesten. Tjenesten kan målstyres, man kan utvikle kvalitetsindikatorer og faglige retningslinjer for nødvendig tannbehandling og derigjennom bidra til god pasientsikkerhet og et enhetlig tilbud til befolkningen. Foretaksmodellen legger godt til rette for å utnytte de samlede ressursene og kompetansen i hele tjenesten og kan bidra til effektivisering og hensiktsmessig bruk av tannhelsepersonellet.

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Evensen og Rønning foreslår å videreføre fylkeskommunen som forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten. Fylkeskommunene ivaretar i dag den offentlige tannhelsetjenesten på en god måte. Fylkeskommunen har god kontakt med kommunene og statlige myndigheter, de ivaretar tverrfagligheten i tannhelsetjenesten og sørger for tilgjengelige tannhelsetjenester i sin region. Rammene for å styrke og videreutvikle fylkeskommunenes samlede ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten er godt til stede. En utvidelse av det offentlige ansvaret vil imidlertid innebære at forvaltningsnivået med ansvar for den offent-

lige tannhelsetjenesten i større grad må rette oppmerksomheten mot strategisk og langsiktig styring.

1.1.6 Regulatoriske, økonomiske og administrative konsekvenser

Tannhelsetjenesteloven har ikke vært gjenstand for en helhetlig revisjon etter at den ble vedtatt i 1983. Loven er også basert på at den offentlige tannhelsetjenesten bare skal dekke behovene til en begrenset del av befolkningen. Tannhelsetjenesteloven avviker derfor på mange punkter fra pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Utvalget foreslår mange tiltak, noe som gjør det nødvendig med endringer i lovverket. Hvordan lovendringene bør gjennomføres, avhenger av hvilket forvaltningsnivå som får ansvar for tannhelsetjenesten.

Utvalgets hovedforslag er å gi alle rett til nødvendige tannhelsetjenester. Kriteriet nødvendig tannhelsehjelp er en rettslig standard. Hva pasientene har krav på kan variere over tid.

I utvalgets mandat står det at: «Prinsippene for prioritering i den samlede helse- og omsorgstjenesten, nytte, ressurs og alvorlighet, slik de er beskrevet i Meld. St. 38 (2020–2021) skal legges til grunn for gjennomgangen og for vurderinger og forslag.» Utvalget legger derfor til grunn at hva som er nødvendig tannhelsehjelp skal vurderes ut fra kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet. Det er behov for å utrede nærmere hva som skal omfattes av nødvendig tannhelsehjelp.

Manglende data på tannhelsefeltet gjør det vanskelig å kostnadsberegne forslagene i utredningen. Utvalget har likevel gjort noen grove anslag for to forslag: innføre en rett til gratis nødvendig tannregulering for barn og unge (forslag 5), og innføre et frikort for nødvendige tannhelsetjenester (forslag 10). Anslagene bygger på sterke forutsetninger, og det er stor usikkerhet knyttet til beregningene.

Utvalget har anslått at det å gi barn og unge rett til gratis nødvendig tannregulering kan gi det offentlige en merutgift på 325 til 402 millioner kroner. Hva som kommer inn under definisjonen «nødvendig tannregulering» vil spille inn. Utvalget vurderer at det er behov for en gjennomgang av når det er nødvendig med tannregulering. Utvalget foreslår videre å overføre ansvaret for tannregulering til barn og unge til den offentlige tannhelsetjenesten.

Ved innføring av et frikort for nødvendige tannhelsetjenester anslår utvalget at merutgiftene for det offentlige kan variere fra 4,2 til 12,7 milliarder kroner. De økonomiske konsekvensene avhenger av hvor egenandelstaket settes og om det offentlige skal dekke deler av utgiftene inntil taket nås. Statsstøttereguleringen kan begrense hvor mye som kan kreves i egenandel fra pasientene. Kostnadene vil også avhenge av hva som kommer inn under definisjonen «nødvendige tannhelsetjenester» (forslag 1) og prisregulering (forslag 11 A/B). Utvalget har ikke vurdert konsekvenser for et alternativ der tannhelsetjenester inngår i samme egenandelstak som øvrige helsetjenester.

Begge anslag bygger på en forutsetning om at endringer ikke vil påvirke tilbuds- og etterspørselssiden. Økt etterspørsel kan bety at kostnadene vil være høyere enn anslått. Samtidig ser utvalget at en begrensning til nødvendige tannhelsetjenester og nødvendig tannregulering kan trekke i retning av at kostnaden vil være lavere enn anslått.

1.2 Utvalgets sammensetning

1.2.1 Bakgrunn for utvalget

Den 12. august 2022 oppnevnte Regjeringen Støre et offentlig utvalg for å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet.

Utvalget fikk ved oppnevning følgende sammensetning:

- Evy-Anni Evensen, pensjonist, Halden (leder)
- Farshad Alamdari, overtannlege, Trysil
- Lena Bendiksen, professor, Tromsø
- Ellen Berggreen, professor, Bergen
- Kurt Richard Brekke, professor, Bergen
- Eli Feiring, professor, Oslo
- Gry Jakhelln, fagansvarlig, Færder
- Kari Kjenndalen, pensjonist, Oslo
- Pernille Lysaker, fylkestannhelsesjef, Stavanger
- Heming Olsen-Bergem, president, Asker
- Kristian Onarheim, ass. fagdirektør, Trondheim
- Kurt Rønning, nestleder, Indre Fosen
- Per Tovmo, professor, Trondheim

Utvalgets sekretariat har vært lagt til Kommune- tjenesteavdelingen i Helse og omsorgsdepartementet. Sekretariatet har bestått av utredningsleder Siv Svardal (sekretariatsleder) og seniorrådgiver Martine Flugund. I deler av perioden har også fagdirektør Carolin Hagen og advokat Amund Bie vært en del av sekretariatet på deltid.

1.3 Mandat

Utvalget ble oppnevnt i statsråd og mottok sitt mandat 12. august 2022:

Bakgrunn

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig (fylkeskommunal) sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter tannhelsetjenesteloven, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tjenester til den øvrige befolkningen. I tillegg gis spesialiserte tjenester ved tannhelsetjenestens kompetansesentre, på studentklinikken ved lærestedene, i private tannklinikker og i noen grad i spesialisthelsetjenesten.

Det offentlige engasjementet innen tannhelsetfeltet har vært og er basert på prioritering av grupper av befolkningen som barn og unge, psykisk utviklingshemmede, mottakere av kommunale helse og omsorgstjenester, institusjonsboere mv. samt pasienter med bestemte sykdommer. For grupper som omfattes av tannhelsetjenesteloven, gis det blant annet, et oppsøkende forebyggende tilbud. Endringer i organiseringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har hatt og vil kunne ha følger for grupper med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Den offentlige tannhelsetjenesten behandler også voksne betalende pasienter og er enkelte steder i landet den viktigste tilbyderen av slike tjenester, særlig der det i liten eller ingen grad er private tannleger tilgjengelig.

Stortinget har ved behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) *Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret)* 19. mai 2022, vedtatt at ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt skal ligge på fylkeskommunalt nivå. Stortingets vedtak innebærer en oppheving av lovendringene som ble vedtatt i forbindelse med behandlingen av Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*.

Privat sektor står for størstedelen av all tannbehandling av voksne. De fleste tannleger i privat sektor har inngått avtale om direkte oppgjør med Helfo og får utbetalt stønaden som pasienten har rett til iht. folketrygdens stønadsordninger til tannbehandling. I tillegg utføres det meste av tannregulering for barn og unge i privat sektor. Det gis stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av tannlege eller tannpleier ved 15 nærmere angitte diagnoser og/eller tilstander.

Folketrygden gir stønad basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstaksordningen. Det er fri prisfastsetting hos tannleger i privat sektor slik at egenbetalingen ofte kan være betydelig, selv om pasienten har rett til stønad fra folketrygden.

I forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet*, sluttet et samlet Storting seg til et sett med kriterier og prinsipper for prioritering i den samlede helse- og omsorgstjenesten. Meldingen viser til at prioriteringskriteriene danner et godt utgangspunkt for en gjennomgang av pasienters rettigheter og fylkeskommunenes plikter i tannhelsetjenesteloven og rettigheter etter folketrygdens stønadsordninger.

Samfunnsutviklingen har stor betydning for tannhelsen. En økende andel eldre beholder egne tenner hele livet. Andelen eldre personer forventes å øke betraktelig i årene framover, og forekomst av blant annet kognitiv svikt, demens og kroniske sykdommer øker med alderen. Dette påvirker igjen behovet for nødvendig forebygging og oppfølging også av denne gruppens orale helse. Samtidig har størstedelen av barn og unge svært god tannhelse, mens en liten andel barn og unge har svært dårlig tannhelse. Nasjonale kvalitetsindikatorer gir den fylkeskommunale tannhelsetjenesten mulighet til å følge barn og unges tannhelse over tid. Indikatorene muliggjør også sammenligning med andre fylker.

Det er en sammenheng mellom oral og generell helse. Dårlig tannhelse sammenfaller i mange tilfeller med dårlig helse generelt, slik at en del personer har et høyt forbruk av både helse- og tannhelsetjenester. Sykehusodontologiprojektet har bidratt til å avdekke denne sammenhengen og vist at det er behov for større innslag av orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten.

Sosial ulikhet i tannhelse er en global utfordring, men også et problem i Norge. Prosjektet med et tverrfaglig tilbud til personer utsatt for tortur, overgrep og med sterk angst for tannbehandling (TOO) har avdekket et betydelig behov hos de som har oppsøkt tilbudet. Videre er det også slik at om lag ti prosent av befolkningen ikke oppsøker tannhelsetjenesten (SSB). Årsaken til et slikt udekket behov/underforbruk er i liten grad kjent, men både svak økonomi og dårlig levekår kan være en forklaring. Sykdomsbyrde gjennom opphopning av helse- og tannhelseproblemer, sammen med opphopning av dårlige levekår, kan ha betydning for hvordan tjenestene bør organiseres og finansieres.

Formål og oppdrag

Utvalget skal foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket inkludert regulering og rettigheter. Prinsippene for prioritering i den samlede helse- og omsorgstjenesten, nytte, ressurs og alvorlighet, slik det er beskrevet i Meld. St. 38 (2020–2021) skal legges til grunn for gjennomgangen og for vurderinger og forslag.

Formålet er å legge frem ulike modeller for en tannhelsetjeneste som kan bidra til bedre tilgjengelighet i hele landet. Utvalget skal blant annet utarbeide og vurdere forslag som kan sikre at tannhelsetjenestene blir likestilt med andre helse-tjenester, herunder modeller for egenandelstak. Dette innebærer å vurdere en økning av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester, for eksempel gjennom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, gjennom stønad til tannbehandling over folketrygden og/eller tannhelsetjenester integrert i spesialisthelsetjenesten.

Utvalgets forslag skal baseres på tilgjengelig kunnskap og utredninger, med utgangspunkt i status og eventuelle framskrivninger av befolkningens tannhelse. Herunder kommer sosiale og geografiske forskjeller i bruk og tilgang, årsaker til forskjeller, forholdet mellom tilbud i privat og offentlig regi samt forskjeller i priser og behandling.

Utvalget bes særlig vurdere;

- forslag om å harmonisere og tilpasse reguleringen av tannhelsetjenestene med øvrige helse- og omsorgstjenester
- forslag som opprettholder, styrker og videreutvikler tannhelsetjenestens helsefremmende, forebyggende og oppsøkende tilbud
- egenandeler, egenbetaling og modeller for egenandelstak. Dette skal blant annet inkludere vurderinger og eventuelt forslag til hvordan et universelt egenandelstak kan innføres, i tillegg til vurderinger av et eget egenandelstak. Konsekvenser for prissetting i privat sektor skal vurderes. Utvalget skal også vurdere forslag til andre mulige skjermingsordninger for pasienter med særskilte behov for tannhelsehjelp
- tiltak som kan bidra til å redusere de sosiale forskjellene i befolkningens orale helse og bruk av tannhelsetjenester
- tiltak som kan bidra til å redusere de geografiske forskjellene i befolkningens tilgang til tannhelsetjenester
- forslag som kan bidra til å styrke innbyggernes kunnskap om prisnivået på tannhelsetjenester
- hvordan kostnader for tannhelsetjenester kan reduseres

- hvordan en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret innen tannhelseområdet kan gjennomføres
- hvordan oppnå effektiv bruk av de samlede personellressursene ved en utvidelse i det offentlige ansvaret
- tannpleiernes rolle i forebygging og behandling
- myndighetenes behov for tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten

Utvalget skal belyse og vurdere konsekvenser både av dagens system og av forslag som utvalget fremmer. Dette omfatter vurdering av nytte og kostnader av forslagene, men også sammensetningen og vektingen av tiltak/virkemidlene som foreslås. Utvalget bes også om å utrede og beskrive de økonomiske og administrative konsekvensene av de ulike forslagene for staten og for fylkeskommunene og deres økonomi. Utvalget skal legge prinsipper for statlig styring av kommuner og fylkeskommuner til grunn, herunder prinsippet om økonomisk rammestyring.

Utvalget bes om å innhente og trekke på erfaringer fra de mange ulike prosjektene og utviklingsarbeidene som har vært gjennomført i tannhelsetjenesten de siste årene, inkludert, men ikke begrenset til; sykehusodontologiprojektet, tilbudet til tortur- og overgrepsofre og personer med sterk angst for tannbehandling (TOO-prosjektet), prosjekt med kommunal tannpleier, kompetanseløft 2025, forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017–2027) og etableringen av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Utvalget bes også vurdere behov for justeringer i innretningen av aktuelle tiltak i slike tilstøtende arbeider.

I vurderingene av nåsituasjon og tiltak må utvalget gjerne se hen til de andre nordiske landene. Utvalget skal avgrense sine forslag mot kosmetisk behandling i tannhelsetjenesten og vektlegge nødvendig helsehjelp. Utvalget skal sørge for bred involvering av alle relevante aktører i sitt arbeid.

Økonomiske og administrative konsekvenser og rammer

Utvalget bes om å utrede de økonomiske og administrative konsekvensene av forslag som drøftes. Positive og negative virkninger ved ulike tiltak skal drøftes i tråd med utredningsinstruksen. Minst ett av utvalgets forslag til tilnærming for likestilling av tannhelsetjenestene med øvrige helsetjenester skal kunne gjennomføres innenfor

dagens økonomiske rammer for tjenestene. Utvalget bes om å vurdere muligheten for delleveranser underveis som kan inngå i departementets arbeid.

Utvalget skal legge til grunn at fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er likevel ikke til hinder for at utvalget kan vurdere behov for endringer i oppgavedeling mellom aktørene på tannhelsefeltet, eller endringer i andre deler av helse- og omsorgstjenesten, enten dette dreier seg om utvikling av kompetanse knyttet til sammenhenger mellom oral helse og øvrig helse, økt samhandling eller utvikling av oppgaver for å bedre ivareta det ansvaret helse- og omsorgstjenesten allerede har.

Leveranser

Utvalget skal levere sin endelige rapport innen utgangen av juni 2024. Utvalget ba om og fikk utsatt frist til 1. oktober 2024.

1.3.1 Utvalgets forståelse av mandatet

Tannhelseutvalget har et stort og omfattende mandat. Utvalget er bedt om å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket inkludert regulering og rettigheter.

Utvalget har operasjonalisert mandatet i noen overordnede verdier og mål. Disse utgjør bakgrunnen og utgangspunktet for vurderinger og forslag for en harmonisert, tilgjengelig tjeneste og en økning av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester. Disse er det nærmere redegjort for i del V *Behov for reform*, kapittel 11 *Overordnede mål og kriterier*.

Utover dette er det noen forhold som har preget utvalgets arbeid og som omtales her.

Manglende data fra den private tannhelsetjenesten

Historisk sett har det manglet et helhetlig kunnskapsgrunnlag på dette feltet. Utvalget er bedt særlig om å vurdere myndighetenes behov for tannhelsedata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten. Dette er forhold som utvalget adresserer systematisk i utredningen, og som det er behov for at utvikles og benyttes i det videre arbeidet med tannhelsetjenesten i Norge.

I forbindelse med sitt arbeid har utvalget gjennomført flere anskaffelser for å framskaffe nødvendige data. Det har vært utfordringer knyttet til fremskaffing av data fra deler av tjenesten. Det brede mandatet og vanskelighetene med å innhente nødvendig kunnskapsgrunnlag har samlet sett påvirket utvalgets arbeid. Et flertall av forslagene som fremmes, vil kreve ytterligere utredninger. Utvalget mener likevel at man har tilstrekkelig grunnlag for sine forslag.

Utvalget valgte å informere oppdragsgiver om utfordringene. Utvalgsleder hadde først et møte med statssekretær Ellen Rønning-Arnesen. I etterkant av utvalgsmøtet i mars sendte utvalget et eget brev til departementet som redegjorde nærmere for utfordringene. Brevet ble sendt 21. mars 2024 fra utvalgsleder på vegne av utvalget, og gjengis i sin helhet her:

«Utfordringer med å fremskaffe statistikk fra den private tannhelsetjenesten

Det offentlige utvalget som ble oppnevnt i statsråd 12. august 2022 for å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsefeltet, ønsker med dette å melde om utfordringer med å fremskaffe data og statistikk fra den private delen av tannhelsetjenesten. Som en konsekvens av dette vil utvalget ikke kunne utrede fullt ut de økonomiske og administrative konsekvensene av forslag som drøftes. Mangelen på data fra den private tannhelsetjenesten gjør at det i noen grad heller ikke kan gis et fullstendig bilde av den norske befolkningens tannhelse, ettersom om lag 70 prosent av befolkningen går til privat tannhelsetjeneste. Partene er representert i utvalget.

Bakgrunn

Utvalget er bedt om å foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket, inkludert regulering og rettigheter. Mandatet ber om at utvalget utarbeider og vurderer forslag som kan sikre at tannhelsetjenestene blir likestilt med andre helsetjenester. Dette innebærer å vurdere en økning av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester.

Det har vært igangsatt flere initiativ i forbindelse med utvalgets arbeid for å innhente data fra den private tannhelsetjenesten. Både gjennom engangsuttrekk til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og en egen utvalgsundersøkelse.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Departementet ga Helsedirektoratet i oppdrag i tildelingsbrevet for 2023 å framskaffe representativt datagrunnlag fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR) for tannhelseutvalget. Helsedirektoratet har utført oppdraget gjennom en ekstraordinær datafangst til KPR fra den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. Datagrunnlaget er levert i en rapport med statistikk fra KPR og NPR, inklusive opplysninger fra offentlig tannhelsetjeneste. Dette er første gang det er samlet inn individbaserte registerdata fra offentlig tannhelsetjeneste i hele Norge. Oppdraget innebar også å levere og sammenstille statistikk fra KPR om privat tannhelsetjeneste.

Etter en foregående høring ble forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR-forskriften) endret slik at helprivate tannhelsetjenester skal kunne pålegges en plikt til å melde opplysninger til registeret. Forskriften trådte i kraft høsten 2022.

Helsedirektoratet har i forbindelse med oppdraget hatt kontakt med Den norske tannlegeforening og noen private tannhelseaktører (kjeder) om gjennomføringen av datauttrekk til KPR. I forkant av utsatt frist for leveranse av data fra de private tannhelseaktørene, sendte Tannlegeforeningen inn en klage til Datatilsynet om innmelding av data i KPR til bruk for tannhelseutvalget (klagen er vedlagt i rapporten fra direktoratet). I klagen fra Tannlegeforeningen til Datatilsynet vektlegges det at formålet med KPR er *å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester*. De peker på at innsamling av KPR-data til utvalget ikke er forenlig med formålet. Videre at KPR-registeret ikke er forenlig med personvernlovgivningen. Det siste er forhold, slik utvalget har forstått det, som både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har svart ut i flere runder til Tannlegeforeningen (både skriftlig og i møter).

Folkehelseinstituttet overtok ansvaret for KPR fra nyttår. I etterkant av klagen fra Tannlegeforeningen til Datatilsynet har Folkehelseinstituttet igjen informert de tre største kjedene om den stående plikt om innmelding av tannhelseopplysninger. Utvalget er gjort kjent med at Tannlegeforeningen svarer Folkehelseinstituttet på vegne av kjedene. Tannlege-

foreningen viser til klagen til Datatilsynet og at saken ikke er ferdig behandlet.

Utvalgsundersøkelse på oppdrag fra utvalget

Vista Analyse AS fikk i oppdrag, etter en anskaffelse, å fremskaffe faktagrunnlag for tannhelseutvalget. Oppdraget var bl.a. å kartlegge markedsstruktur og priser i det private tannhelsemarkedet. Som et ledd i gjennomføringen av oppdraget sendte Norsk Tannpleierforening ut en lenke til undersøkelsen via sine medlemslister og oppfordret medlemmene til å svare. Tannlegeforeningen gjorde ikke dette. Tannlegeforeningen har sendt utvalget brev, hvor det oppgis at årsaken til at de ikke sendte ut lenken var knyttet til personvernforordningen og konkurranselovgivningen. I samme tidsrom sendte Tannlegeforeningen imidlertid en lenke til en undersøkelse vedrørende evaluering av tannhelsetjenestens kompetansesentre.

Oppsummert

Tannhelseutvalget opplever at det vedvarende og over tid har vist seg vanskelig å innhente nødvendige data og statistikk fra den private delen av tannhelsetjenesten.

Hensikten med dette brevet er å varsle at mangelen på data og statistikk fra den private tannhelsetjenesten innebærer at utvalget ikke fullt ut kan utrede de økonomiske og administrative konsekvensene av forslag som drøftes.

Utvalget mener likevel at man vil ha tilstrekkelig grunnlag for forslagene som vil bli fremmet. Utvalget er bedt særlig om å vurdere myndighetenes behov for tannhelsedata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten. Dette er forhold utvalget kommer til å adressere i utredningen.»

Etter at brevet ble sendt, er utvalget gjort kjent med at Tannlegeforeningen omtalte evalueringen av kompetansesentrene i et nyhetsbrev som ble sendt til foreningens medlemmer. Nyhetsbrevet inneholdt også en lenke til Tannlegeforeningens hjemmeside, som krevde pålogging. På hjemmesiden var det en lenke til en undersøkelse om evalueringen av tannhelsetjenestens kompetansesentre.

Videre er utvalget gjort kjent med at Datatilsynet, i april 2024 har gitt Den norske tannlegeforening tilbakemelding på klagen om innmelding av opplysninger fra privat tannhelsetjeneste til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Datatilsynet skriver at de er kjent med problemstillingen ved at private aktører ilegges en rapporteringsplikt til et offentlig register over helse- og omsorgstjenester, herunder tannhelsetjenester. Private aktørers rapporteringsplikt til offentlige myndigheter er en problemstilling som de generelt vil følge. Videre viser de til at Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at det er tilstrekkelig hjemmel for rapporteringen fra privat tannhelsetjeneste etter forskriftsendring 1. november 2022. Datatilsynet sier at de ikke er rette myndighet til å fortolke rekkevidden av konkrete hjemler i KPR-forskriften, og ikke kan overprøve departementets vurdering. De finner derfor ikke grunnlag for å undersøke saken nærmere.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet arbeider videre med innrapportering av data fra private. I praksis har det vært for sent og derfor ikke vist seg relevant for tannhelseutvalgets arbeid.

Utvalgets medlem Olsen-Bergem mener utvalgets brev av 21. mars 2024 til departementet søker å etterlate et inntrykk av at Den norske tannlegeforening har motarbeidet utvalgets arbeid med informasjonsinnhenting fra den private tannhelsetjenesten. Dette medfører ikke riktighet. Omtalen av Tannlegeforeningens henvendelse til Datatilsynet er ikke dekkende for de faktiske forhold. Det er juridiske forhold knyttet til pålegg til helprivate virksomheter om innrapportering av data til KPR som ikke er avklart, som er grunnlaget for Tannlegeforeningens engasjement på vegne av sine medlemmer.

Når det gjelder utvalgets oppdrag til Vista Analyse, vil *dette medlemmet* bemerke at Tannlegeforeningen informerte Vista Analyse om at det ikke var aktuelt å sende ut noen undersøkelse på deres vegne, før de fikk oppdraget. Tannlegeforeningen har imidlertid bistått Vista Analyse både gjennom kvalitetssikring og testing av spørreundersøkelsen, informasjon og oppfordring til medlemmene om å delta samt ved deltakelse i prosjektets referansegruppe. Begrunnelsen for avslaget på ny forespørsel fra Vista Analyse om å sende ut undersøkelsen til egne medlemmer var forholdet til personvernregler og konkurranse-regler, noe som ble tydelig formidlet til Vista Analyse. Utvalget går i brevet langt i å legge ansvaret for mangelfulle data fra privat sektor på NTF, noe *dette medlemmet* tar avstand fra. NTF er en medlemsorganisasjon og kan ikke lastes for at myndighetene ikke har lagt godt nok til rette for å innhente nødvendige data.

Se forøvrig vedlegg 5, brev fra Tannlegeforeningen av 28. mai 2024.

Forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten

Utvalgets mandat sier at utvalget skal legge til grunn at fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. I utvalgets møte med statsråden ble det vist til at utvalget står fritt til å selv vurdere forhold de mener bør vurderes. Som en følge av dette har utvalget valgt å vurdere ulike modeller for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten.

EØS-retten

EØS-retten er et omfattende og komplisert rettsområde som har betydning for flere punkter i utvalgets mandat. EØS-retten kan begrense hvilke egenandeler den offentlige tannhelsetjenesten kan ta fra pasienter. EØS-retten kan også få betydning for om den offentlige tannhelsetjenesten må benytte anbudskonkurranser når det skal inngås avtale med private tannleger.

EØS-retten er kort omtalt på overordnet nivå i kapittel 9. Utvalget har hatt et bredt mandat og må derfor begrense seg til å peke på de største risikoene ved EØS-retten. Det vil bli gjort der det er aktuelt i del VI. Det vil være behov for ytterligere utredninger etter at tannhelseutvalget har levert utredningen.

Munnhelse

Verdens helseorganisasjon definerer oral helse som en tilstand hvor munn, tenner og tilliggende strukturer er slik at individet kan utføre viktige funksjoner som spising, pusting og tale, og hvor psykososiale dimensjoner som selvfølelse, velvære og evnen til å sosialisere og arbeide kan ivaretas uten smerte og ubehag. Stortingsmeldingen *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester* (St.meld. nr. 35 (2006–2007)) definerer oral helse som sykdommer, skader og utviklingsforstyrrelser i tennene, tennenes festeapparat, kjever og andre vev i munnen. I Helsedirektoratets kunnskapsoppsummering (2021) beskrives oral helse å omfatte helsetilstanden til tenner, munn og kjever. Folketrygdens stønadsordning gir i noen tilfeller tannleger og tannpleiere mulighet til å utføre helsehjelp på tenner, slimhinner, kjever og tyggeapparatet.

Utvalget har vurdert å bruke betegnelsen munnhelse i stedet for tannhelse i denne utredningen. Årsaken er at tannhelse kan bli oppfattet å være for begrensende for arbeidsområdet som til-

legges tannlegers og tannpleieres kompetanseområde. Utvalget har kommet fram til at de vil beholde «tannhelse» og «tannhelsetjenesten» som betegnelser i dette dokumentet, da disse har god forankring i befolkningen. Utvalget mener likevel at det er gode argumenter for å benytte oral helse/munnhelse i større grad.

Andre forhold

Som en del av utvalgets arbeid og diskusjon er det enkelte forhold som er trukket fram, men som ikke er utredet. Utvalget ønsker likevel å synliggjøre noen av disse i rapporten. Det dreier seg om fylkeskommunens ordninger for å dekke reiseutgifter i forbindelse med tannbehandlingen pasientene mottar av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Videre har forhold som turnustjeneste for tannleger og pliktår blitt drøftet. De to siste er forhold som ligger utenfor utvalgets mandat, og er derfor ikke utredet.

1.4 Utvalgets arbeid

Utvalget har hatt 19 utvalgsmøter, hvorav ni møter har vært digitale og tre møter har vart i to dager. Seks av møtene har vært i Oslo og Oslo-området. De øvrige fire møtene har blitt avholdt i Bergen, Hamar, Trondheim og Tromsø.

Halvparten av utvalget har vært på studietur til Sverige, og den andre halvparten har vært på studietur til Danmark. Utvalgsleder deltok på begge studieturene.

Utvalget har hatt sin egen nettside (<https://nettsteder.regjeringen.no/tannhelseutvalget/>) hvor utvalgets mandat er presentert, og hvor det har vært mulig å gi innspill. Det har blitt publisert 72 innspill på nettsiden. Innspillene kommer fra institusjoner, organisasjoner, fagfolk og enkeltpersoner.

Utvalget har gjennomført digitale innspillmøter med ulike organisasjoner. I alt ble 98 ulike fagmiljøer og interessegrupper for brukere invitert til et felles digitalt innspillmøte høsten 2022, og representanter for 30 miljøer/grupper deltok. I tillegg har utvalget i etterkant hatt egne innspillmøter med dem som har bedt om å møte utvalget.

Følgende har hatt holdt innlegg på utvalgets møter:

Fra Helse- og omsorgsdepartementet: ekspedisjonssjef Marianne Skjerven-Martinsen, kommunetjenesteavdelingen, seniorrådgiver Hege Louise Østlyngen, helserettsavdelingen.

Fra Helsedirektoratet: seniorrådgiver Kjersti Refsholt Stenhagen og seniorrådgiver Arne Åsane, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, seniorrådgiver Per Lüdemann, avdeling helserefusjoner, avdelingsdirektør Olav Isak Sjøflot, seniorrådgiver Øyvind Schjøtt Christensen, avdeling helseregistre.

Fra universitetene: Tiril Willumsen, dekan ved det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo, Per Bakke, dekan og Anne Nordrehaug Åstrøm professor ved Det medisinske fakultetet ved Universitetet i Bergen, Mohammed Al-Haroni, instituttleder ved Institutt for klinisk odontologi ved UiT Norges arktiske universitet.

Fra kompetansesentrene: Forskningsleder Ellen Berggreen og Maren Agdal, Anne Marit Graue og Ingrid Vaksdal Brattabø fra ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland, adm.dir. Patrik Cetrelli og forskningsleder Astri Jullumstrø Feuerherm, forsker Hedda Høvik, forsker Astrid Kamilla Stunes, forsker Marit Kolberg, forsker Stian Berg Gjermstad ved Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt), leder Marit Eidissen og forskningsleder Elin Hadler-Olsen ved Tannhelsetjenestens kompetansesenteret for Nord-Norge (TkNN), Lars Bjørkman fra Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer i Bergen, seniorforsker Simen Kopperud fra Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM).

Fra spesialisthelsetjenesten: Klinikkdirktør Evelyn Neppelberg og oral kirurg Sigbjørn Løes ved for Klinikkk hode hals i Helse Bergen HF. Professor og overlege Wenche Moe Thorstensen, Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU) og St. Olavs hospital.

Fra Fylkeskommunene: fylkestannhelsesjef i Trøndelag Bjørnar Hafjell, fylkestannhelsesjef i Troms Per Ove Uglehus, fylkestannhelsesjef i Nordland Henrik Schmidt, fylkestannhelsesjef i Finnmark Marit Nordstrand. Fylkeskommunedirektør Tron Bamrud, fylkestannlege Claes Næsheim, fylkeshelserådgiver Hilde Søberg Andreassen i Innlandet fylkeskommune.

Fra Statistisk sentralbyrå: Trond Ekornrud og Inger Texmon.

Utvalget har i forbindelse med sitt arbeid gjennomført fire anskaffelser:

- *Oral helse i Trøndelag – Resultater fra Helseundersøkelsen i Trøndelag – HUNTA 2017–2019*. Kompetansesenteret Tannhelse Midt. Digitalt vedlegg.
- *Undersøkelse av tilbudet i tannhelsetjenesten – Markedsstruktur og priser*. Rapport 2023/49 Vista Analyse. Digitalt vedlegg.

- *Befolkningens tannhelseutgifter og forbruksmønstre – Befolkningsundersøkelse om voksenbefolkningens tannbehandling. Rapport 2023/50.* Vista Analyse. Digitalt vedlegg.
- *Forskningsrådets portefølje innen oral helse i perioden 2018–2023.* Digitalt vedlegg.

Utvalget har også mottatt rapporten

- *Tannhelsetjenester i Norge – Statistikk om tannhelsetjenesten med data fra Kommunalt pasient og brukerregister og Norsk pasientregister 2017–2022.* Helsedirektoratet. Digitalt vedlegg.

Denne rapporten er levert til tannhelseutvalget som følge av at Helsedirektoratet fikk i oppdrag i 2023 å levere datagrunnlag til utvalget fra et mest mulig representativt utvalg av pasienter behandlet i tannhelsetjenesten (tildelingsbrevet 2023).

Anskaffelsene og Helsedirektoratets rapport gjøres tilgjengelig samtidig med at utvalget legger fram sin utredning.

Helse- og omsorgsdepartementet har oversendt følgende utredninger og rapporter til tannhelseutvalget, slik at disse kan inngå i utvalgets arbeid og vurderinger:

- *Organisering og finansiering av kjeveortopedi. Del 2 – organisering og finansiering av stønadsgruppe a.* Helsedirektoratet 2022.
 - Tillegg til rapport – stønadsgruppe a, kraniofaciale lidelser. Helsedirektoratet 2022.
- *Evaluering av regionale odontologiske kompetansesentre.* PriceWaterhouseCoopers AS (PwC) 2023.
- *Periodontitt. Forslag til forenklet takstsystem.* Helsedirektoratet 2023.
- *Tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO). Forslag til endringer basert på funn og anbefalinger i evalueringen fra 2021.* Helsedirektoratet 2023.

1.5 Utredningens oppbygging

Utvalgets utredning er strukturert i seks deler.

Del I Utvalgets mandat, sammensetning og arbeid

I kapittel 1 presenteres utvalgets mandat, sammensetning, arbeid og sammendrag. Deretter følger del II til VI med følgende innhold:

Del II Tannhelsen i Norge

Kapittel 2 gir en oversikt over tannhelsen i befolkningen i Norge basert på det som finnes av data, statistikk og undersøkelser mv.

Del III Tannhelsetjenesten i Norge

Kapittel 3 beskriver tannhelsetjenesten overordnet samt temaer som er felles for den offentlige og den private tannhelsetjenesten, herunder befolkningens bruk av tannhelsetjenester, tilgjengelighet til tjenestene, priser og pasientenes egenbetaling.

Kapittel 4 beskriver den offentlige tannhelsetjenesten.

Kapittel 5 beskriver den private tannhelsetjenesten.

Kapittel 6 beskriver folketrygdens stønad til tannbehandling. Kapitlet beskriver gjeldende regulering samt utvikling og bruk av stønadsordningen.

Kapittel 7 gir en overordnet oversikt over tannbehandling i spesialisthelsetjenesten basert på data fra Norsk pasient register, uttrekk fra KPR fra den offentlige tannhelsetjenesten og KHUR data.¹

Kapittel 8 gir en oversikt over styringsdata og innsatser rettet mot arbeidet med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i tjenestene.

I kapittel 9 redegjøres det overordnet for EØS-retten og dens betydning for utvalgets arbeid.

Del IV Tjenesteutvikling

Kapittel 10 omtaler de pågående utviklingsarbeidene i sektoren. I mandatet er utvalget bedt om å innhente og trekke på erfaringer fra de mange ulike prosjektene og utviklingsarbeidene som har vært gjennomført i tannhelsetjenesten de siste årene. Videre skal utvalget vurdere behov for justeringer i innretningen av aktuelle tiltak i slike tilstøtende arbeider.

Del V Behov for reform

I kapittel 11 presenteres overordnede mål og vurderingskriterier som utgjør bakgrunnen og utgangspunktet for de tiltak, modeller, prioriteringer mv. for en harmonisert, tilgjengelig

¹ KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (Helfo). Systemet eies av Helsedirektoratet.

tjeneste og en økning av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester som utvalget foreslår.

I kapittel 12 gjør utvalget rede for hvilke vurderinger som ligger til grunn for forslag mv.

Del VI Framtidens tannhelsetjeneste

I kapittel 13 har utvalget vurdert og drøftet en rekke forslag, og flere av forslagene er et steg på vei mot en universell tannhelsetjeneste. Utvalgets hovedforslag er at alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester.

Utvalget er i mandatet bedt særskilt om å vurdere hvordan en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret innen tannhelseområdet kan gjennomføres. Kapittel 14 beskriver en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret, og det redegjøres for utvalgets vurdering av rekkefølgen på forslagene.

I kapittel 15 drøftes ulike organisatoriske modeller for den offentlige tannhelsetjenesten.

I kapittel 16 omtales de regulatoriske, økonomiske og administrative konsekvensene av de foreslåtte tiltakene.

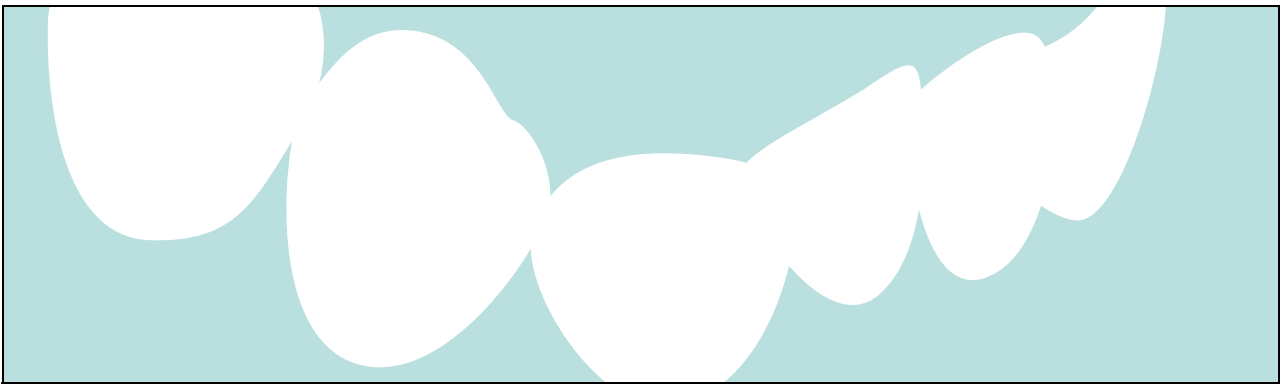
Vedlegg

I rapporten er det fem trykte vedlegg:

- Tannhelsetjenesten i Sverige og Danmark
- Kostnadsanslag for vederlagsfri tannregulering
- Kostnadsanslag for utvidelse av offentlig finansiering ved en universell tannhelseordning med frikort for tannhelsetjenester
- Tannhelsetjenesten har samarbeidsavtaler med den enkelte kommune i sitt fylke og møter med kommuneledelsen om oppfølging
- Kommentarer til brev fra leder av Tannhelseutvalget til Helse- og omsorgsdepartementet om utfordringer med å fremskaffe statistikk fra den private tannhelsetjenesten av 28. mai 2024

Fem digitale vedlegg
(rapportene nevnt i 1.4)

Del II
Tannhelsen i Norge



Figur 2.1

Kapittel 2

Tannhelsen i Norge

Dette kapitlet gir en oversikt over tannhelsen i befolkningen i Norge basert på det som finnes av data, statistikk og undersøkelser mv. Det er ingen samlet oversikt over dette per i dag. Helsedirektoratet arbeider med å implementere Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som også skal samle data om befolkningens tannhelse. Fram til registeret er fullt ut på plass, vil det være ulike kilder som kan si noe om tannhelsen i Norge.

2.1 Betydningen av forebygging

Forebygging i helse- og omsorgstjenesten omfatter innsats for å fremme god helse og god livskvalitet gjennom livsløpet, forhindre utvikling av risikofaktorer for sykdom og funksjonssvikt og øke helsekompetansen i befolkningen (primærforebyggende tiltak). Det primærforebyggende arbeidet er tverrsektorielt og overordnet helse- og omsorgstjenesten (tannhelsetjenesten inkludert). Eksempler på primærforebyggende tiltak som er rettet mot bedret munnhelse, kan være sunn skatteveksling (sukkeravgift, sunn mat blir billigere samtidig som usunn mat blir dyrere), merking av usunne matvarer, aldersregulering på usunne varer, redusert tilgjengelighet for usunne produkter (netthandel inkludert) og systematisk arbeid for å øke helsekompetansen i befolkningen. Sekundærforebygging dreier seg om å identifisere risikofaktorer og helseutfordringer tidlig og å iverksette tiltak rettet mot disse for å motvirke sykdomsutvikling og funksjonssvikt. Et eksempel på dette er ernæringsrettede tiltak mot grupper som er utsatt for økt kariesforekomst, fedmeutvikling og diabetes. Tertiærforebygging dreier seg om å bremse eller reversere sykdomsutvikling, funksjonsfall og økt behov for helse- og omsorgstjenester samt å styrke egenmestring hos borgeren. Et eksempel på dette er å utforme tiltak som opprettholder godt smittevern i tannklinikker, slik at personer med sykdommer ikke belastes ytterligere med infeksjoner. Kvartærforebyggende til-

tak retter seg mot å forebygge skader som følge av behandling (inklusive overbehandling) eller manglende behandling.

Forebygging av oral sykdom skjer også på andre arenaer i samfunnet, for eksempel i barnehage og skole. Dette er viktige arenaer for å skape gode vaner rundt balansert kosthold og god munnhygiene, slik at barn og unge lærer å ta vare på egen tannhelse gjennom hele livet. Økt oppmerksomhet på helsefremmende tiltak spiller en nøkkelrolle i forebygging av tannsykdommer, som er blant de mest utbredte kroniske sykdommene, ifølge Verdens helseorganisasjon.

Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester, er et uttalt helsepolitisk mål. Effektive og virksomme forebyggende tiltak vil hindre og forsinke behovet for helsetjenester og bidra til å sikre bedre livskvalitet for den enkelte. Det vil også kunne bedre kvaliteten i pasientbehandlingen og bidra til gode brukererfaringer fordi helsetjenesten kan bruke tid og ressurser på de som har størst behov. Det er nødvendig å arbeide systematisk med forebygging over tid og i gjentakende sykluser.

Helsekompetanse (Health literacy) er definert som personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenester. I en nylig gjennomført undersøkelse blant soldater i Norge (Forsvarets sanitet, 2023) fant man at om lag 40 prosent av soldatene hadde lav helsekompetanse. Dette til tross for at disse soldatene relativt nylig var ivaretatt jevnlig i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette påpeker et behov for en tilpasset strategi utover normal pasientinformasjon for å få til økt helsekompetanse. Helse- og omsorgsdepartementet har en pågående strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen gjennom målrettet arbeid og å utvikle en helse- og omsorgstjeneste som

bidrar til å gjøre folk helsekompetente (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b)

De vanligste orale sykdommer er tannrelaterte og kan forebygges. Tidlig forebygging og behandling har god effekt. God daglig tannpuss med fluoridtannkrem er det viktigste forebyggende tiltaket, og det har effekt gjennom hele livet. Barna må lære denne vanen tidlig i et samspill mellom foreldre og helsetjenesten.

Det er viktig å forebygge tannsykdom og skade for å unngå tap av tannsubstans og tenner som kan gi varig funksjonstap livet ut. Enhver erstatning som tannfylling, krone, bro, protese mv. har begrenset levetid. Erstatninger må repareres eller gjøres om opptil flere ganger i løpet av livet. Ved hver omgjøring blir mer av tannsubstansen ødelagt. Implantater som erstatter tenner, må påsettes krone eller proteseløsninger. Opptil 20 prosent av alle implantater går tapt av ulike årsaker, avhengig av operasjonsteknikk og pasientutvalg (Baelum & Ellegaard, 2004).

Utvalget bestilte rapporten *Oral helse i Trøndelag – Resultater fra Helseundersøkelsen i Trøndelag – HUNTA 2017–2019*. Rapporten inneholder flere interessante funn knyttet til tannhelse og aldring. Et forskningsprosjekt med utgangspunkt i HUNT-dataene ser på sammenhengen mellom oral helse og underernæring. Kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til helseutfordringer, kan brukes til å forebygge underernæring og skrøpelig¹ i den eldre befolkningen. Både helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten bidrar til å spre kostholdsinformasjon blant eldre (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024).

2.1.1 Global strategi for oral helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) har vedtatt en global strategi for oral helse som skal omsettes til en handlingsplan mot 2030. Strategien knyttes opp mot bærekraftsmål 3: «God helse og livskvalitet og ikke-smittsomme sykdommer (NCD)» som til dels har de samme risikofaktorene. Verdens helseorganisasjon skriver følgende om ulikheter i oral helse:

«Orale sykdommer rammer uforholdsmessig de fattige og sosialt vanskeligstilte medlemmene av samfunnet. Det er en veldig sterk og

konsistent sammenheng mellom sosioøkonomisk status (inntekt, yrke og utdanningsnivå) og utbredelsen og alvorlighetsgraden av orale sykdommer. Denne assosiasjonen eksisterer fra tidlig barndom til eldre alder og på tvers av populasjoner i høy-, mellom- og lavinntektsland.» (World Health Organization, 2023)

Strategien viser videre til manglende integrering av orale helseutfordringer og orale helsetjenester i den ordinære helsetjenesten. Videre at det er behov for bedre integrering av oral helse i nasjonalt folkehelsearbeid, og i arbeidet med å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer.

2.2 Befolkningens tannhelse

Det finnes ingen samlet oversikt over befolkningens tannhelse i Norge per i dag. Sosialstyrelsen i Sverige utgir en årlig statusrapport om tilstanden og utviklingen innenfor helsevesen og tannpleie.

Helsedirektoratet publiserer årlige kvalitetsindikatorer for en rekke områder, blant annet tannhelse. KOSTRA gir noe informasjon om bruk av tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. Det samme gjør kvalitetsindikatorerne som er utviklet på tannhelsefeltet, og blant annet viser barn og unges karieserfaring.

Helsedirektoratet arbeider med å implementere Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som også skal samle data om befolkningens tannhelse. Fram til registeret er fullt ut på plass, vil det være ulike kilder som kan si noe om tannhelsen i Norge.

Flere befolkningsstudier i Norge har sett på oral helse. Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt) og HUNT forskningscenter (NTNU) fikk

Boks 2.1 Årlig tilstandsrapport fra Sosialstyrelsen i Sverige

Socialstyrelsen i Sverige utarbeider en tilstandsrapport som er basert på rapporter og oppsummeringer som Socialstyrelsen og andre myndigheter har gjort året før, for eksempel av kvalitetsindikatorer innenfor tannhelsefeltet. Formålet er å gi en samlet nasjonal framstilling til bruk for beslutningstakerne på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå (Socialstyrelsen, 2022b).

¹ Begrepet «skrøpelig» er en norsk oversettelse av det engelske ordet «frailty» og viser til en tilstand som kjenne-tegnes av redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom. Jfr. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, omtale s. 24.

i oppdrag av utvalget å utarbeide en rapport om forekomsttall fra Helseundersøkelsen i Trøndelag HUNT4 Oral helse (2017–2019). Det har også vært gjennomført befolkningsstudier i Troms og Finnmark, blant annet Tromstannen, Tromsundersøkelsen, Fit Futures og Tannhelse i Nord. Den siste ble gjennomført blant 2 000 personer i alderen 18–75 år i perioden 2013–2014 og er en kartlegging av tannhelsetjenesten i noen kommuner i Finnmark. To tredeler av de som deltok oppga samisk etnisitet (Hadler-Olsen & Jonsson, 2021).

I Vestland er det gjennomført en oral helseundersøkelse av eldre voksne født i 1950–1951. Studien ble utført i perioden 2020–2022 blant personer som har deltatt i Helseundersøkelsene i Hordaland (HUSK 1–3) i løpet av en 30-årsperiode (HUSK – Helseundersøkelsen i Hordaland).

Befolkningens bruk av tannhelsetjenester som er omtalt i kapittel 3, gir også et innblikk i befolkningens tannhelse.

Den samiske befolkningen

I Tannhelse i Nord-undersøkelsen har en sett på ulikheter i tannhelsen mellom den samiske befolkningen og den ikke-samiske, blant annet bruk av tannhelsetjenester. Undersøkelsen finner en signifikant forskjell i hyppighet i tannpuss mellom den samiske og ikke-samiske befolkningen. Det pusses generelt sjeldnere i den samiske delen av befolkningen der om lag 56 prosent pusser tennene to ganger om dagen. I den ikke-samiske befolkningen er det om lag 70 prosent som pusser tennene to ganger om dagen (Bongo et al., 2020). Dette sammenfaller med funn i Tromstann-undersøkelsen som viser at om lag 72 prosent av befolkningen pusser tennene to ganger om dagen (Holde et al., 2017). Samlet viser imidlertid Tannhelse i Nord-undersøkelsen at det er liten forskjell i tannhelse mellom den samiske og ikke samiske befolkningen (Bongo et al., 2021; Bongo et al., 2020).

Samlet bidrar dette til å gi et bilde av tannhelsen i Norges befolkning. Befolkningsundersøkelser har begrensninger fordi de ikke fanger opp alle sårbare grupper i befolkningen, de representerer bare et utvalg av hele befolkningen og ser ofte ikke på utvikling over tid.

2.2.1 Vanlig sykdommer og skade

2.2.1.1 Karies

Den vanligste ikke-smittsomme sykdommen i verden ifølge Verdens helseorganisasjon er karies

(hull i tennene). Karies skyldes syreproduksjon fra bakterier som normalt finnes i munnen. Bakteriene danner en biofilm (plakk) på tannoverflaten, og de lever av karbohydrater som vi tilfører gjennom kosten vår. Når bakteriene nedbryter karbohydrater produseres det syre som demineraliserer tannsubstans. Skaden som oppstår kalles ofte hull i tennene eller tannrâte. Karies i emalje kan reverseres eller stanses med fluoridbehandling, kostholdsendring og hygienetiltak. Men når karies kommer inn i hardvevet under emaljen (dentin), må sykt vev fjernes og erstattes av fylling.

Systematisk daglig tannpuss med fluoridtannkrem blant barn og unge har redusert kariesforekomsten og forbedret barn og unges tannhelse vesentlig. Fluoridlakk kan brukes for å behandle og stanse karies i emaljen.

HUNT4 har kartlagt kariesforekomst hos voksne. Sammenstilt med tidligere innsamlede data i samme region har det vært en nedgang i kariesforekomst de siste 45 årene (Rodseth et al., 2023). Likevel er karies fortsatt vanlig i befolkningen i Trøndelag, og 56 prosent av de undersøkte i HUNT4 har minst én tann med dentinkaries (Rodseth et al., 2023). Emaljekaries er mest vanlig i den yngre voksne befolkningen (19–24 år), som i gjennomsnitt har 4,7 tenner med emaljekaries (Helsedirektoratet, 2019d). Dette er karies som bør og kan forebygges for å unngå fylling, i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglige råd om forebygging og vevsbesparende behandling (Helsedirektoratet, 2019d). Når en vurderer antall tenner med restaureringer i ulike aldersgrupper, bør en være oppmerksom på at behandlingspraksis i Norge har endret seg. Siden 1980-tallet har terskelen for fyllingsbehandling av karies blitt høyere, og type fyllingsmateriale og fyllingsteknikk er endret.

Befolkningsundersøkelser i Troms og Finnmark viser også at karies er vanlig blant unge voksne, og at flere enn 50 prosent har ubehandlet dentinkaries og 17 prosent har dette i mer enn tre tenner (Hadler-Olsen & Jonsson, 2021). Det er mye emaljekaries i denne gruppen (Jacobsen et al., 2019; Oscarson et al., 2017), og mer enn 80 prosent har syreskader (Bakkan & Solberg; Mulic et al., 2016). Dette indikerer at det kan være behov for å sikre regelmessig tilgang til tannhelsetjenester i denne aldersgruppen.

Befolkningsstudier i Troms og Finnmark viser at karies er mer skjevfordelt blant eldre. Om lag 80 prosent er kariesfrie, og problemet er størst blant de aller eldste (Mulic et al., 2020; Oscarson et al., 2017). I HUSK-tannhelse hadde 18,3 prosent av deltakerne behandlingskrevende dentinkaries

(upubliserte data). Munntørrhet ble rapportert av 28 prosent på dagtid og 49 prosent på nattetid (Diep et al., 2022).

Dagens behandlingsfilosofi legger vekt på forebygging og vevsbesparende behandling (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024).

2.2.1.2 Apikal periodontitt

Tannens rotkanal (pulpa) er i utgangspunktet et sterilt vev, men bakterier kan nå kanalen via kariesangrep, frakturer, sprekker mellom fylling og tannsubstans og tannkjøttlommer. Når bakteriene eller bakterieprodukter når rotkanalen får en immunaktivering, og det oppstår en betennelsesprosess (pulpitt) som kan gi smerte. Ubehandlet kan bakterier invadere tannpulpa og føre til nekroseutvikling (celle- og vevsdød), som krever rotbehandling. En infeksjon i tannpulpa vil kunne spres videre til området utenfor tannen og gi betennelse i bløtvevet som skiller tann og bein i kjeven. Den påfølgende immunresponsen i rotspissområdet (apeks) vil føre til nedbryting av bein (apikal periodontitt). Tilstanden er oftest uten symptomer, men kan gi akutte smerter. Der som det blir produsert puss, utvikles en abscess. Denne tilstanden gir som regel hevelse, smerte og i varierende grad feber. Apikale infeksjoner kan også spres til omkringliggende strukturer og dreneres hyppig via en fistel gjennom kjevebeinet. All rotbehandling av tenner har som mål å forebygge eller behandle apikal periodontitt.

Det er begrenset med informasjon om forekomst av sykdom i pulpa og periapikalt vev i den norske befolkningen. I Oslo har en fulgt utviklingen hos 35-åringer i 30 år og funnet at i 2005 hadde 23 prosent rotfylte tenner og 16 prosent hadde minst én tann med apikal periodontitt. Funnet var uendret fra 1993 (Skudutyte-Rystad & Eriksen, 2006).

I en studie fra Oslo blant 65-åringer hadde 45 prosent av deltakerne apikal periodontitt og 66 prosent hadde én eller flere rotfylte tenner (Diep et al., 2022). I en studie gjennomført blant allmenntannleger ble det anslått at tannlegene diagnostiserte 3,5 tenner med behov for rotbehandling hver uke (Debelian et al., 2013). Vi vet også at forekomsten av tenner som trenger rotbehandling, øker med alderen, og europeiske studier viser at anslagsvis 30–50 prosent av den voksne befolkningen hadde hatt én eller flere rotbehandlinger (Segura-Egea et al., 2015). En global meta-analyse viste en forekomst av apikal periodontitt på 52 prosent på én eller flere tenner (Tiburcio-Machado et al., 2021).

2.2.1.3 Periodontal sykdom

Periodontal sykdom er betennelse i tannens støtteapparat som inkluderer enten bare tannkjøtt (gingiva) eller også beinfeste. Periodontal sykdom er som regel forårsaket av bakterielle infeksjoner, men også immunforsvar, systemiske sykdommer og miljørelaterte faktorer kan ha stor betydning for omfang og alvorlighet.

Gingivitt – tannkjøttbetennelse

Gingiva (tannkjøtt) er den del av den munnslimhinnen som ligger inntil tannen. Under friske forhold ligger den som en muffe rundt tannen med en liten lomme mellom tannen og tannkjøttet. Når bakterier samler seg på tannoverflaten, vil gingiva etter noen dager vise tegn på betennelse – gingivitt. Gingivitt rundt én eller flere tenner finner man hos en stor del av befolkningen, og det fører vanligvis ikke til smerter. Pasientene merker som regel bare økt blødningstendens. En ubehandlet kronisk gingivitt kan holde seg stabil i lang tid, men ved å bedre munnhygiene kan en gingivitt reverseres uten varige skader. Det er vanskelig å forutsi når en gingivitt går over til å bli periodontitt med ødeleggelse av støttevev fordi det varierer fra pasient til pasient.

Marginal periodontitt – tannkjøttbetennelse med festetap

Marginal periodontitt er en betennesssykdom som er forårsaket av bakterier, og som medfører tap av støttevev rundt tannen og dermed festet.

Nedbrytningen av tannens festeapparat gjør at man får økt lommedybde. Når lommen blir dypere, blir det vanskeligere for pasienten å opprettholde godt renhold, og det kan føre til at sykdommen utvikler seg videre.

Sykdommen utvikler seg vanligvis med meget svake eller ingen kliniske symptomer, og det kan være vanskelig for pasienten selv å registrere at noe er galt. Sykdommen blir derfor i mange tilfeller først oppdaget når festetapet er betydelig. Regelmessig kontroll av tannkjøtt og feste hos en tannpleier eller tannlege kan avsløre tidlig sykdom.

Behandlingen kan bli enklere og rimeligere, og forholdene ligger bedre til rette for en god prognose dersom tiltak gjøres tidlig (Helsedirektoratet, 2023c).

Utvikling av marginal periodontitt er heller ikke kontinuerlig, men det er vanlig med aktive og mindre aktive faser. Infeksjonen kan påvirke vev

og organer i andre deler av kroppen via spredning av betennelsesprodukter eller bakteriekomponenter.

Gingivitt kan kureres uten varige skader på støttevevet, mens marginal periodontitt fører til permanent svekkelse av tennenes feste.

Periimplantitt

Periimplantitt er en sykdomstilstand rundt tannimplantater som kjennetegnes av en betennelse i vevet rundt implantatet og med tap av feste til tannimplantatet.

Forekomst av periodontitt i den voksne befolkningen

Marginal periodontitt er en av de mest utbredte sykdommene i verden. Enkelte studier har vist at opp mot 80 prosent av den voksne befolkningen har periodontitt (Tonetti et al., 2017). Internasjonalt legges det stor vekt på å bekjempe periodontitt gjennom forebygging, tidlig diagnose og behandling.

Forekomsten (prevalensen) av marginal periodontitt i Norge er ikke kjent fordi det ikke finnes landsdekkende studier. Utvalgsundersøkelser på spesifikke populasjoner viser imidlertid stor utbredelse av tilstanden (60–80 prosent) i den voksne populasjonen, men det er usikkert i

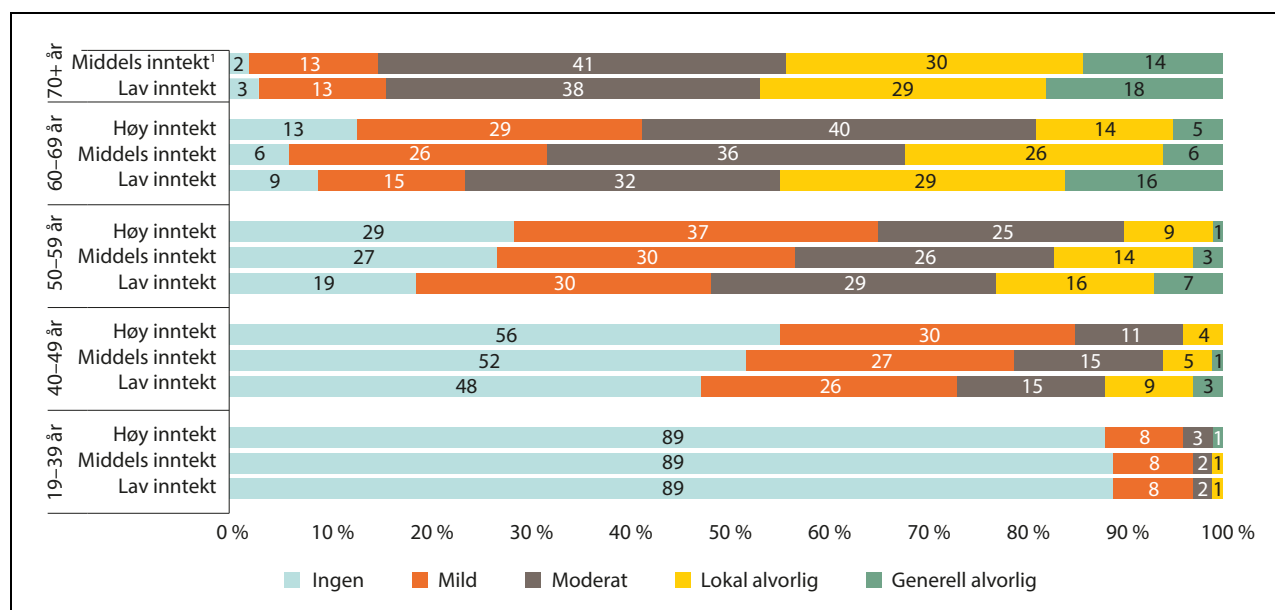
hvilken grad dette er overførbart til hele befolkningen. Det er også variasjoner i hvordan sykdommen måles og defineres. Det antas at alvorlig marginal periodontitt kan gjøre seg gjeldende hos 11–12 prosent av befolkningen i aldersgruppen over 60 år (Norderyd et al., 2012), og forekomsten stiger med økende alder. I HUSK-tannhelse var forekomsten av alvorlig periodontal sykdom 27 prosent og mer enn 90 prosent av kohorten hadde periodontal sykdom i alvorlig eller mildere form (upubliserte data). Tallene kan ikke direkte sammenliknes med funn i HUNTA fordi undersøkelsene og definisjonene ikke er helt like.

Befolkningsstudier i Troms og Finnmark finner at periodontitt er svært vanlig blant de eldste, om lag en firedel har det i alvorlig form (Holde et al., 2017; Bongo et al., 2020).

I rapporten *Helseundersøkelsen i Trøndelag HUNTA 2017–2019* trekkes det fram at sosioøkonomiske faktorer som inntekt og utdanning har betydning for forekomst og alvorlighetsgrad, både for karies og periodontitt.

I aldersgrupper over 40 år er andelen med alvorlig periodontitt høyere blant personer med lav inntekt, sammenliknet med de som har høy inntekt (figur 2.2).

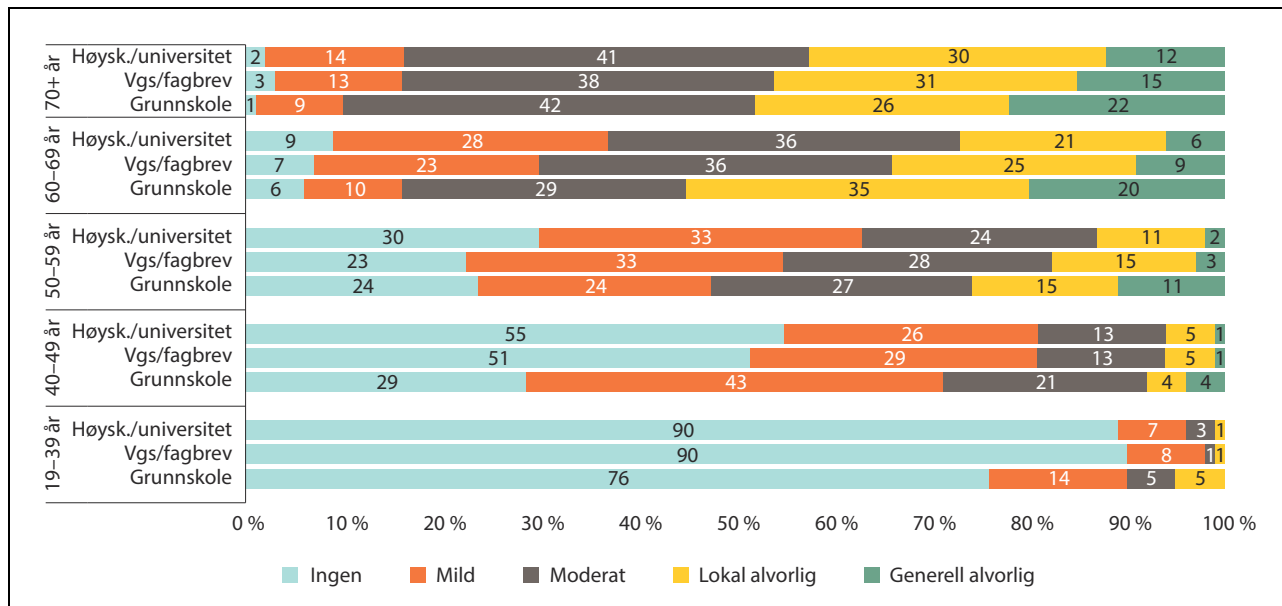
Blant deltakerne i HUNTA er andelen med alvorlig periodontitt noe høyere hos personer med lav utdanning, sammenliknet med de med høyere utdanning (figur 2.3).



Figur 2.2 Periodontal status basert på Stage. Andel personer inndelt etter alder og inntekt (n = 4761). Nord-Trøndelag. Prosent. HUNTA 2017–2019

Inntekt (husstand): lav ($\leq 450\,000$ NOK/år), middels ($> 450\,000 - 1\,000\,000$ NOK/år) og høy ($> 1\,000\,000$ NOK/år). *Middels og høy inntekt slått sammen ($> 450\,000$ NOK/år).

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.



Figur 2.3 Periodontal status basert på Stage. Andel personer inndelt etter alder og utdanning (n = 4847). Nord-Trøndelag. Prosent. HUNT4 2017–2019

Stage er basert på tannens festetap, i HUNT4 målt ved røntgen. Større og mer alvorlig festetap gir en høyere Stage.

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.

2.2.1.4 Syreskader

Høyt inntak av syreholdig mat og drikke kan føre til at tannsubstansen etses bort. Dette kalles syreskader (erosjon). Tenneses emalje er svært sterk og bestandig, men vil løses opp av syrer med pH under 4,5. Tannemalje kan remineralisere og til en viss grad reparere seg selv. Dette avhenger av både surhetsgraden og tiden tennene utsettes for syrer. Syreskader av tenner med tap av emalje er irreversible. Disse skadene kan medføre store problemer med smerter og ising og øker risikoen for annen tannskade og tannsykdom.

Eksempler på drikke som kan føre til syreskader ved hyppig inntak er brus, saft, juice og sportsdrikker med lav pH. Godteri med lav pH må også nevnes som en risiko. Kombinasjonen av lav pH og sukker er særlig uheldig. Syreskade kan også forårsakes av magesyre, særlig ved spiseforstyrrelser med oppkast og ved sykdommer med hyppig oppstøt av magesyre.

Salget av energidrikker har økt og øker betydelig i befolkningen, spesielt blant de unge. Om lag 50 prosent av soldatene drikker syreholdige drikker daglig viser undersøkelser, og 50 prosent spiser ekstra sukker (godteri) daglig (Forsvarets sanitet, 2023).

Befolkningsundersøkelser i Troms og Finnmark viser høy forekomst av syreskader hos mer enn 80 prosent blant unge voksne (Bakkan & Solberg; Mulic et al., 2016).

2.2.1.5 Traumer og tannskader

Akutte skader (traumer) mot kjever og/eller tenner skjer oftest i barneårene, men kan ramme alle. Som samfunn forsøker vi å sikre oss mot ulykker gjennom sikring av lekeplasser, i trafikken etc. og ved å bruke beskyttelsesutstyr.

2.2.1.6 Munntørrehet og slimhinnesykdommer

Spyttet vi produserer har mange viktige oppgaver i munnhulen, og det er med på å beskytte mot sykdomsutvikling. Spyttet beskytter tenner og slimhinner mot kjemiske, mekaniske og infeksjøske skader og angrep og er viktig for fordøyelse, tale og svelgefunksjon.

En del sykdommer og legemidler kan påvirke spyttkvaliteten og spyttproduksjonen og får dermed betydning for tannhelsen. Lav spyttproduksjon (munntørrehet) er en kjent bivirkning av flere legemidler, og med høy alder øker sannsynligheten for at vi bruker en eller flere slike. Aldring gjør også at den normale spyttproduksjonen avtar.

Munntørrehet rapporteres hos inntil 80 prosent av palliative pasienter, ifølge Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje om palliasjon i kreftomsorgen. Retningslinjen gir råd om forekomst, utredning, stell og behandling (Helsedirektoratet, 2015).

2.2.1.7 Forekomst av molar-incisiv hypomineralisering (MIH)

Molar-incisiv hypomineralisering (MIH) rammer mineraliseringen av emaljen på seksårsjekslene og fortennene. Dette er tenner som utvikles på samme tid. Det er særlig seksårsjekslene (1. molar) som rammes i alvorlig grad. Det er ofte ising fra de affiserte tennene. Ved mild og moderat mineraliseringsforstyrrelse i emaljen er det varierende behov for behandling med fyllinger. For de mer alvorlige tilfellene vil det være nødvendig med fyllinger, kroner og eventuelt fjerne tannen.

Basert på FitFuture, 16-åringer i Troms og Balsfjord (n=794), ble det funnet en forekomst av MIH på om lag 14 prosent. Av disse hadde 46 prosent alvorligere grad (Schmalfuss et al., 2016). Blant 8–9-åringer i Oslo (n=3013) var forekomsten av MIH 28 prosent (Haque Afzal et al., 2023).

2.2.1.8 Medfødte og sjeldne tilstander

Noen er født med sjeldne tilstander eller funksjonsnedsettelse som påvirker munnhule, kjeve, og/eller tannutviklingen. Eksempler på dette er leppekjeve-ganespalte og kraniofaciale misdannelser. En rekke andre sjeldne diagnoser kan påvirke oral helse i større eller mindre grad. Lang utredning og sen diagnostisering er ofte en utfordring ved sjeldne diagnoser. Sen eller manglende diagnose kan føre til at personen blir avskåret fra rettigheter, herunder vederlagsfrie tannhelsetjenester/stønad til tannbehandling (lov om tannhelsetjenester/lov om folketrygd). For å behandle denne gruppen kreves det samhandling mellom ulike helse-tjenester, inkludert tannhelsetjenester. Et nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne diagnoser er en del av Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD), se nærmere omtale i kapittel 7.2 *Tako-senteret*.

2.2.1.9 Bittfeil/bittanomalier

Bittanomali er fellesbetegnelsen på tilstander der tenner i over- og underkjeven ikke passer til hverandre. Årsaken kan være arvelige forhold, tannstillingsfeil, skade eller sykdom i kjeve eller kjeveledd. Dette behandles kjeveortopedisk, det vil si med ulike former for tannregulering.

Bittavvikene skyldes ofte misforhold mellom flere anatomiske strukturer, og alvorlighetsgraden varierer fra omfattende avvik i eller mellom kjevene til plassmangel og rene tannstillingsfeil. Bittforholdene man ønsker å etablere

gjennom kjeveortopedisk behandling, er jevne tannbuer og et stabilt bitt der flest mulig tenner er i kontakt ved sambitt (Helsedirektoratet, 2019a).

Kjeveortopedisk behandling er basert på kunnskap om ansiktets vekst og utvikling og om overgangen fra melketannsett til permanent tannsett. I 6–14-årsalderen er det mulig å påvirke kjevevekst og tannveksling. Etter at alle permanente tenner er kommet og veksten er avsluttet, er det sterkt begrenset hva som kan påvirkes. Riktig tidspunkt for behandlingsstart er derfor avgjørende både for ressursbruk og resultat (Helsedirektoratet, 2019a).

Hvert år starter rundt 31 000 barn og ungdom under 20 år opp kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden. Dette tallet har vært konstant de siste årene (Helsedirektoratet, 2019a).

2.2.2 Sammenheng mellom oral helse og øvrig helse

Helsedirektoratet har gjennomført en kunnskapsoppsummering for å se på sammenhengen mellom oral helse og øvrig helse (Helsedirektoratet, 2021b).

Kunnskapsoppsummeringen som er utført som en metaanalyse viser at det er klare assosiasjoner mellom munnhulesykdommer på den ene siden og somatiske og psykiske sykdommer på den andre siden (Helsedirektoratet, 2021b).

Analysen viser at behandling for en rekke somatiske sykdommer kan påvirke forhold i munnhulen, og at tilstander i munnen har sammenheng med en rekke somatiske sykdommer, herunder aterosklerose, hjerte- og karsykdommer, perifer arteriesykdom og hjerneslag. Kunnskapsoppsummeringen viser at det er en tydelig sammenheng mellom periodontitt og diabetesregulering, hvor uregulert diabetes assosieres med mer alvorlig periodontal sykdom. Det er også beskrevet sammenheng mellom periodontitt og risiko for komplikasjoner ved både diabetes type 1 og 2. Etter hvert er det også god dokumentasjon på at periodontal sykdom disponerer for utvikling av diabetes (Preshaw et al., 2012).

Tap av tenner skyldes i hovedsak periodontitt eller karies ifølge kunnskapsoppsummeringen. Tap av tenner settes også i forbindelse med utvikling av metabolsk syndrom, cøliaki og utviklingsforstyrrelser i emaljen. Særlig mange studier har sett på hjerte- og karsykdommer, hypertensjon og hjerneslag og sammenheng med forekomst av periodontitt, og viser positiv korrelasjon mellom sykdomsforekomster. Det er påvist en mulig årsakssammenheng med redusert blodtrykk som

følge av behandling for periodontitt (Czesnikiewicz-Guzik et al., 2019).

Kunnskapsoppsummeringen avdekket relativt få studier som omhandlet bivirkninger i munnhulen av behandling for somatisk sykdom. Den mest omtalte sammenhengen var munnhulebivirkninger ved strålebehandling mot kreft i hode- og halsregionen, og disse assosiasjonene var særlig tydelige hos barn som ble utsatt for medisinsk stråling. En annen tydelig sammenheng som kom fram i studien omhandlet behandling av benskjørhet med legemidler av typen bifosfonat og risiko for kjevebennekrose.

Det ble også observert en sammenheng mellom psykiske helseplager og oral sykdom/plager. Det ble funnet assosiasjoner mellom demenssykdom og munnhuleplager i form av periodontitt, karies, slimhinnesykdom, spyttplager og tap av tenner. Det var for få studier relatert til ansiktssmerter og munnhulesmerter hos personer med demenssykdom til at man kunne konkludere i denne oppsummeringen.

Kunnskapsoppsummeringen viser til at forholdet mellom oral og somatisk helse er et relativt nytt forskningsfelt. De fleste artiklene oppsummeringen bygger på er publisert de siste 15–20 årene.

Noen studier angir at marginal periodontitt kan settes i sammenheng med en rekke andre tilstander som for eksempel lungesykdom og Alzheimers sykdom (Elwishahy et al., 2021). Nyere forskning viser at en oral bakterie knyttet til utvikling av periodontitt øker risikoen for å utvikle Alzheimers sykdom.

Det er flere studier som har sett på sammenheng mellom forekomst av apikal periodontitt og hjerte- og karsykdommer, og her er det påvist en svak assosiasjon (Jakovljevic et al., 2020). Videre er det vist at diabetes påvirker utfallet av rotkanalbehandling (Nagendrababu et al., 2020).

2.2.2.1 *Tannpleietiltak for å bedre oral helse hos personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og andre prioriterte grupper*

Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomførte i 2020 en kunnskapsoppsummering om tannpleietiltak for å bedre oral helse hos personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og andre prioriterte grupper (Dahm et al., 2020). Rapporten oppsummerer resultater fra seks systematiske oversikter om effekt av tannpleietiltak til eldre på sykehjem, personer med alvorlig psykisk lidelse og personer med utviklingshemning. FHI finner

at kunnskapsgrunnlaget kjennetegnes hovedsakelig ved få og små studier. Videre at det er områder hvor det ikke finnes oppsummert forskning, effekt av tiltak på utfallene oral funksjon, psykososiale funksjoner og bruk av helsetjenester. Det mangler oppsummert forskning om tannpleietiltak til innsatte i fengsel, rusmisbrukere og palliative pasienter.

2.2.2.2 *Psykisk helse og oral helse*

Befolkningsstudier i Troms og Finnmark finner at alvorlig tannbehandlingsangst er vanligst blant kvinner og blant de yngre (Nermo et al., 2019; Nermo et al., 2021). I alt 12 prosent av 16-åringene (Nermo et al., 2019), om lag 4,5 prosent av 40-åringene og mindre enn 1 prosent av befolkningen over 70 år har angst for tannbehandling (Nermo et al., 2021). Det er kjønnsforskjeller, og kvinner har mer tannbehandlingsangst til tross for mindre klinisk tannsykdom enn menn.

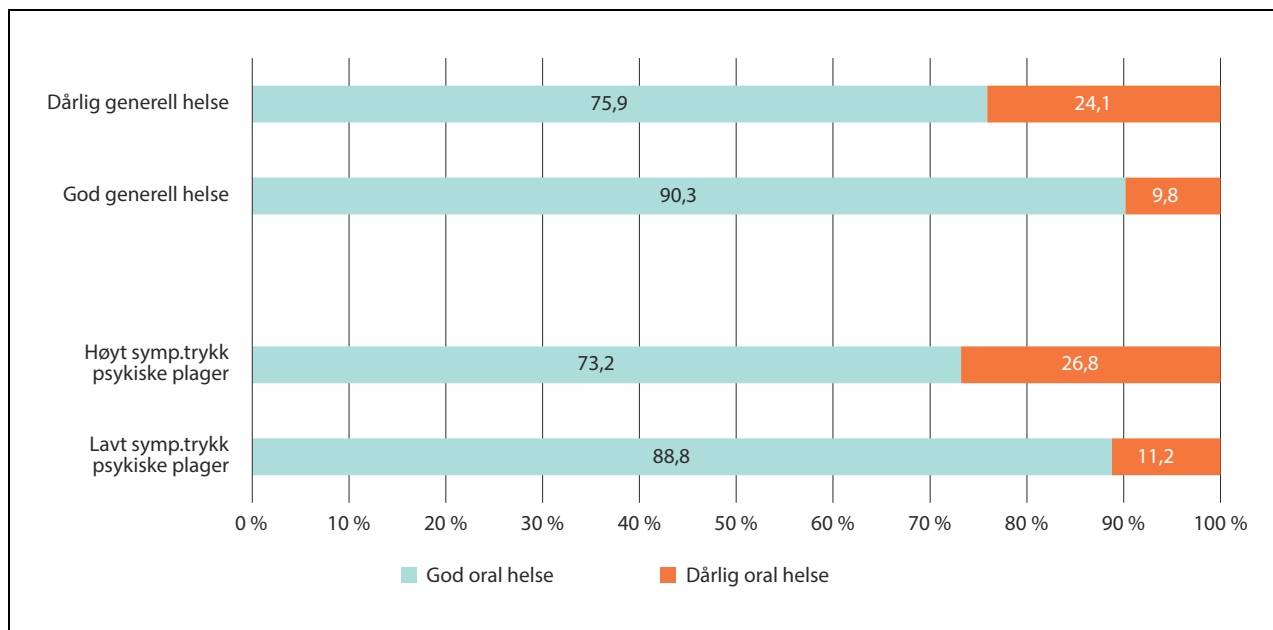
HUNT4-populasjonen viser sammenheng mellom psykiske plager og dårlig tannhelse.

Resultatene viser overlapp for tannhelse med generell og psykisk helse (figur 2.4). Blant de med høyt symptomtrykk av psykiske plager, oppgir 27 prosent å ha dårlig tannhelse. Blant de med lavt symptomtrykk, er det 11 prosent som oppgir å ha dårlig tannhelse. Samme tendens gjelder for generell helse: 24 prosent av de som oppgir dårlig generell helse har også dårlig tannhelse, mens 10 prosent av de med god generell helse har dårlig tannhelse.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har studert koblinger mellom oral helse og psykisk helse i Sverige (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2024). Kartleggingen viser at psykisk uhelse kan påvirke tannhelsen negativt og vice versa. De relativt få systematiske oversikter om effekt av tiltak tyder på at tannhelsetiltak kan forbedre den psykiske helsen. Dessuten kan tiltak fra psykisk helsevern og primærhelsetjenesten bidra til å forbedre munnhelsen hos personer med psykisk uhelse. Aktørene i de ulike delene av helsetjenesten bør derfor samhandle om felles pasienter.

2.2.2.3 *Tannhelse og barn i risiko*

Indikasjoner på vold, overgrep og/eller vanskjøtsel kan være mangelfull oral hygiene eller overdreven oral hygiene. Det kan også manifesteres som mye hull i tennene og at det unngås å søke hjelp ved smerter eller skader i munnen. Sympto-



Figur 2.4 Andel personer som oppgir god eller dårlig tannhelse inndelt etter generell helse (n=142 146) og symptomtrykk av psykiske helseplager (n=138 867). Sør- og Nord-Trøndelag. Prosent. HUNT4 2017–2019

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.

mer på vold, overgrep og vanskjøtsel kan være at barnet eller ungdommen ikke møter ved innkalling til tannbehandling og/eller har utviklet sterk tannbehandlingsangst (odontofobi). I en nasjonal studie gjennomført i 2012–2014 blant tannhelsepersonell i Norge, rapporterte 42,5 prosent at de i løpet av en treårsperiode hadde rapportert en eller flere bekymringer til barnevernet (Brattabo et al., 2016). I studien rapporterte 60 prosent av deltakerne at de en eller annen gang i løpet av sin yrkesaktive tid hadde rapportert om bekymring. Resultatene lå relativt høyt i forhold til andre internasjonale studier.

Oppsummert viser dette noen klare sammenhenger mellom oral sykdom eller skade og øvrig helse. Videre er det avdekket en sammenheng mellom psykiske plager/uhelse og opplevd dårlig tannhelse. Økt kunnskap om sammenhengen mellom oral helse og somatisk/psykisk helse er sentralt i videreutviklingen av tannhelsetjenesten.

2.3 Ulike mål på tannhelse

2.3.1 Kvalitetsindikatorer på tannhelse

Helsedirektoratet publiserer årlige kvalitetsindikatorer innenfor en rekke områder, deriblant tannhelse (Helsedirektoratet). En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som

sier noe om kvaliteten på det området som måles.

Kvalitetsindikatoren tannhelsetilstand og kariesforekomst blant 5-, 12- og 18-åringer viser tannhelsetilstand hos de som er undersøkt siste år. For å måle tanntilstand benyttes et mål som heter DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth). Dette er et mål for summen av antall tenner som har eller har hatt behov for kariesbehandling, eller som har gått tapt på grunn av kariessykdom.

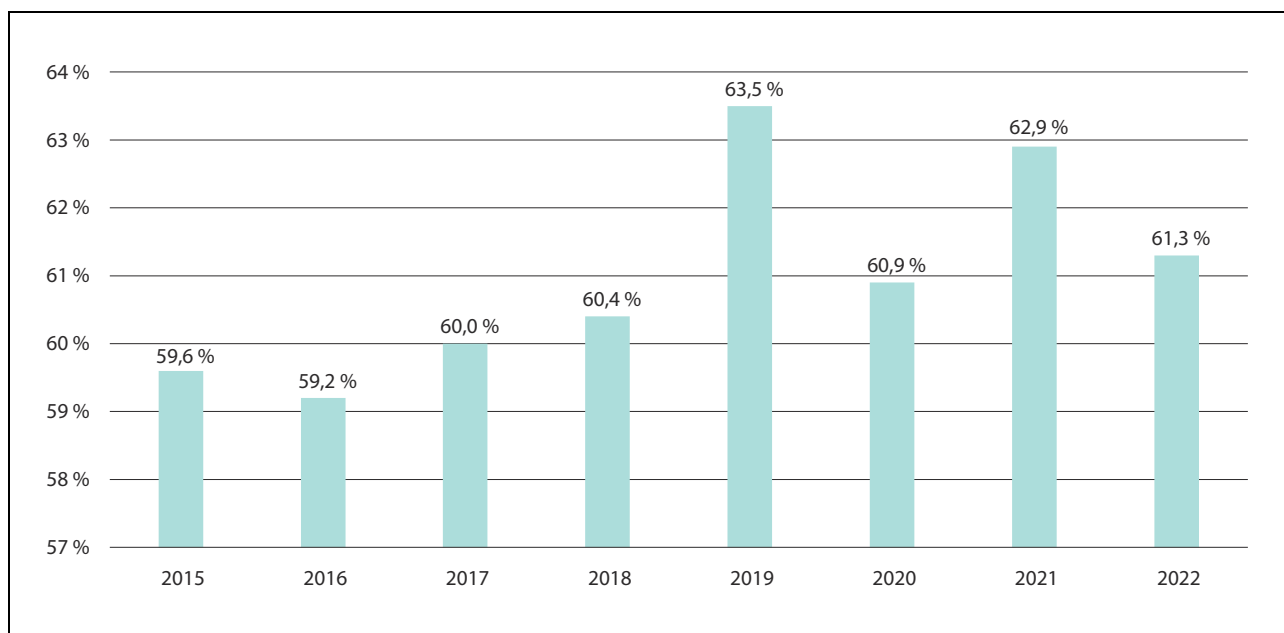
Indikatoren viser at tannhelsen i Norge er gjennomgående god, men det er fortsatt individer som har store kariesproblemer. Tannhelsetilstanden hos 12-åringer gir en indikasjon på om den offentlige tannhelsetjenesten har lykket med det forebyggende arbeidet slik at disse pasientene oppnår så få og små fyllinger som mulig. Den viser et bilde av tannsettets tilstand og er en indikator på betydningen av videre satsing på forebyggende arbeid slik at barn utvikler så lite karies som mulig og får best mulig forutsetninger for god tannhelse livet ut.

Figur 2.6 viser prosent av 12-åringene på landsbasis som var til undersøkelse eller behandling i den offentlige tannhelsetjenesten uten karies for årene 2015–2022. Figuren viser videre at på landsbasis hadde 62,9 prosent av alle undersøkte eller behandlede 12-åringer ingen karieserfaring (DMFT0) i 2021 og at det i 2022 var 61,3



Figur 2.5 Kvalitetsindikatorer for tannhelse

Kilde: Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) Tannhelse.



Figur 2.6 Andel 12-åring undersøkt eller behandlet per år uten karies (DMFT=0). Prosent. 2015–2022

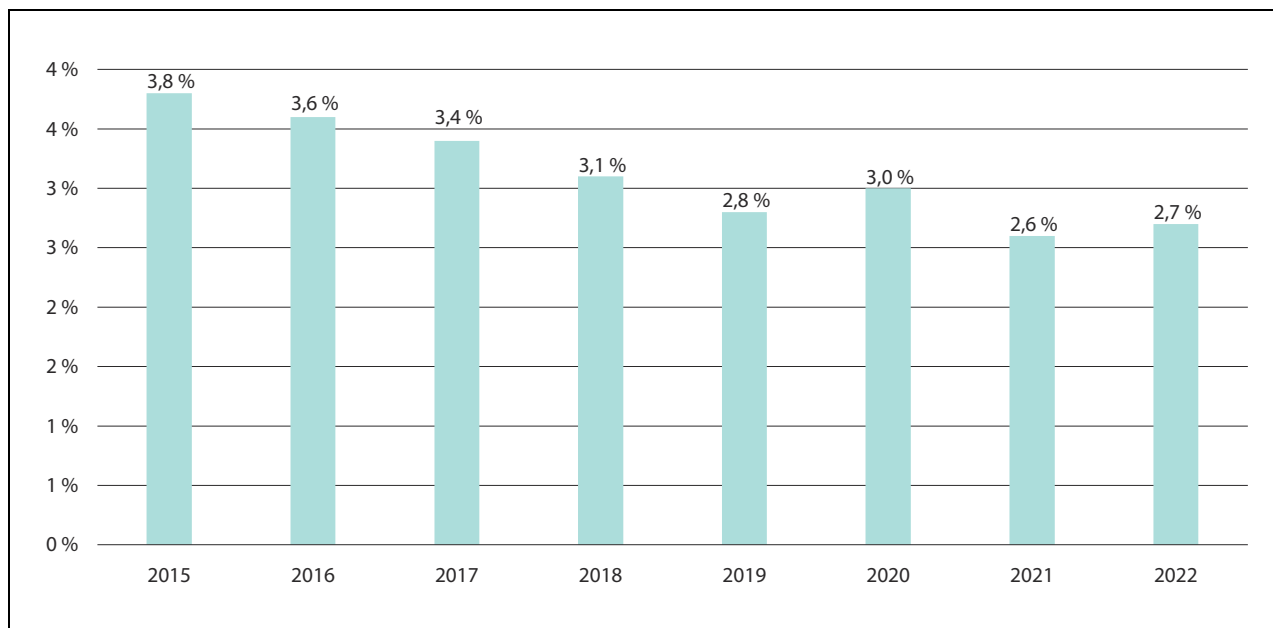
Kilde: Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) Tannhelse.

prosent uten karies på landsbasis. Det er variasjon i dette målet mellom fylkene.

På landsbasis hadde 2,7 prosent av alle undersøkte barn karies i mer enn fire tenner i 2022 (DMFT>4), jf. figur 2.7. Det er variasjon mellom fylkene, og Innlandet skiller seg positivt ut. Se omtale av kvalitetsindikatorer mv. i kap. 8 *Kvalitet og pasientsikkerhet*.

2.3.2 SiC-index

I Norge beregnes Significant Caries index (SiC) for 12-åring, som er gjennomsnittlig DMFT-skår for den tredelen av årskullet med høyest DMFT-skår (dårligst tannstilstand). SiC-indeks ble introdusert i 2000 for å sette søkelys på barna som har høyest karies-skår. Den gir en indika-



Figur 2.7 Andel 12-åringer undersøkt eller behandlet per år med karies i mer enn 4 tenner (DMFT > 4). Prosent. 2015–2022

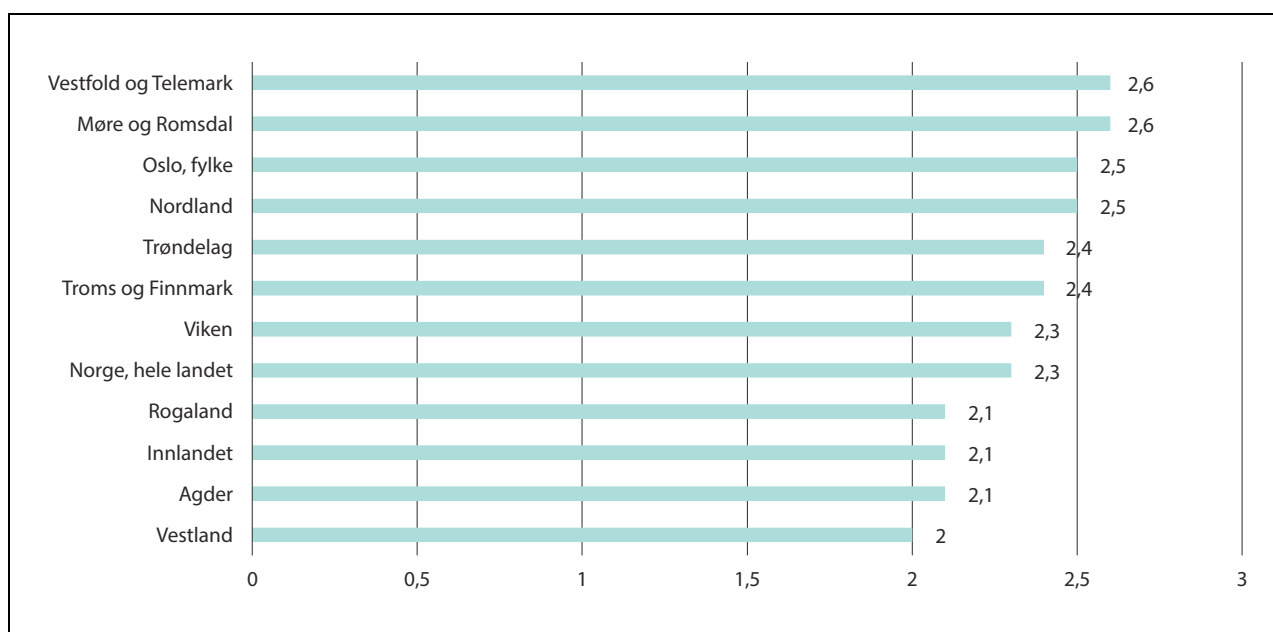
Kilde: Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) Tannhelse.

sjon på tannhelsetilstand ved å vise gjennomsnittlig DMFT-skår hos tredelen med høyest skår.

Figur 2.8 viser at i 2022 var SiC-indeksen for 12-åringer i gjennomsnitt 2,3 tenner på nasjonalt nivå. Det er variasjoner mellom fylkene, fra 2 til 2,6.

2.4 Selvrapportert tannhelse

Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2008 og 2019 undersøkte blant annet egenopplevd tannhelse. Tabell 2.1 viser helse og levevaner per 2019 og endring fra 2008 til 2019.



Figur 2.8 Gjennomsnitt DMFT for tredelen av 12-åringer med mest karies (SiC-indeks). 2022

Kilde: Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) Tannhelse.

Tabell 2.1 Helse og levevaner per 2019 og endring fra 2008 til 2019. Menn og kvinner. Prosent og prosentpoeng

	Begge kjønn		Menn		Kvinner	
	2019	Endring fra 2008 (prosentpoeng)	2019	Endring fra 2008 (prosentpoeng)	2019	Endring fra 2008 (prosentpoeng)
Svært god eller god helse	79	-2	81	-1	78	-1
Svært god eller god tannhelse	78	3	75	1	80	4
Røyker daglig	10	-10	11	-10	9	-11
Overvekt eller fedme (BMI= 27 eller over)	30	4	35	4	26	6
Mosjonerer aldri	13	-	14	-	13	1
Drikker sukkerholdige drikker daglig	7	-10	9	-12	4	-8

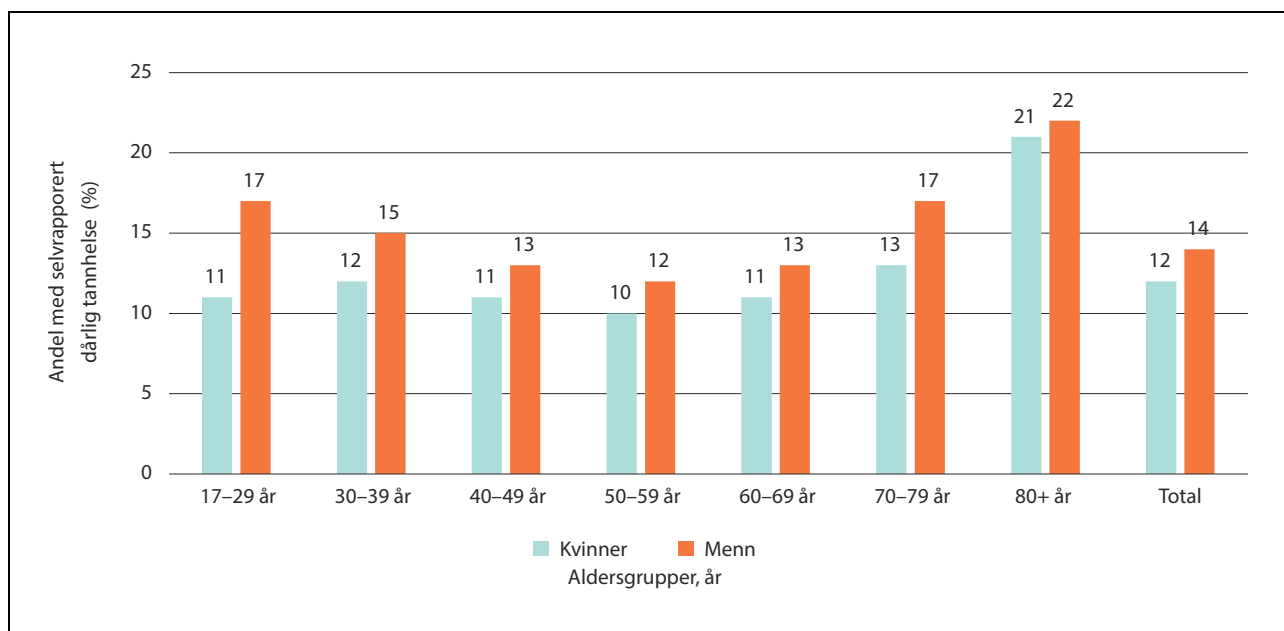
Kilde: Statistisk sentralbyrå. Levekårsundersøkelsen 2019.

Tabell 2.1 viser at samlet rapporterer 78 prosent av befolkningen at de har svært god eller god tannhelse i 2019, en økning på 3 prosentpoeng fra 2008. Det er omtrent den samme andelen som rapporterer svært god eller god helse.

I alle aldersgruppene er det en noe større andel menn enn kvinner som oppgir dårlig tannhelse, ifølge HUNT4 oral helse.

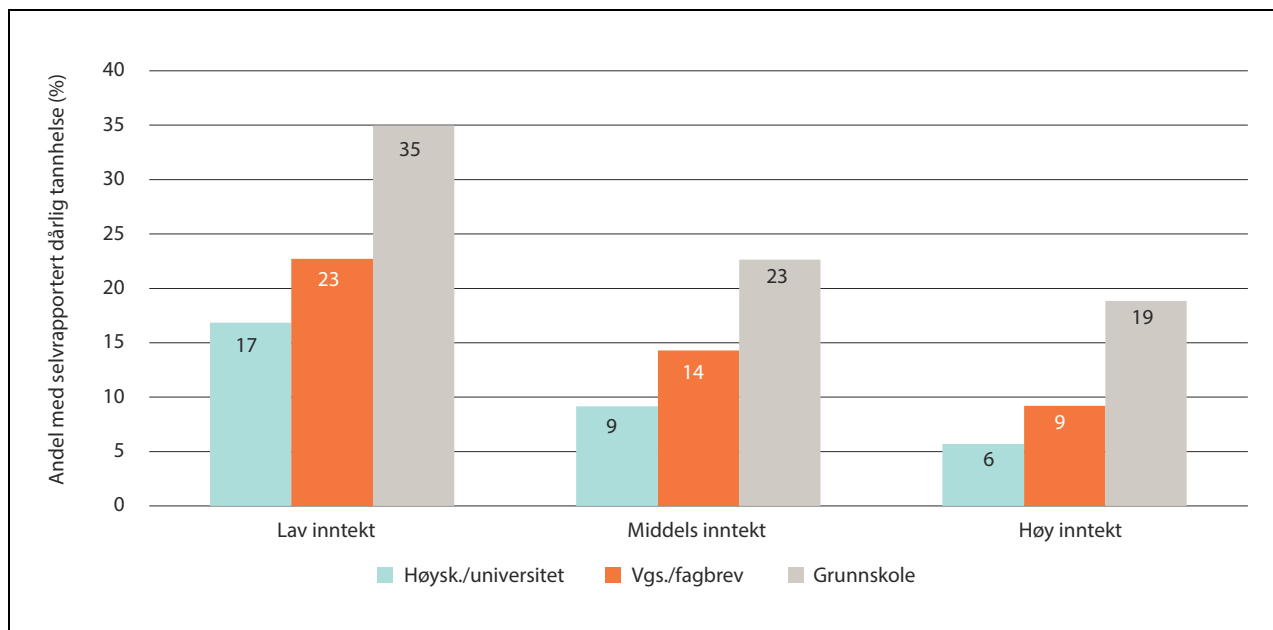
Figur 2.9 viser at samlet er det 13 prosent i populasjonen som oppgir å ha dårlig tannhelse. Andelen er høyest hos de yngste og de eldste deltakerne (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024).

Sosiale forskjeller vises også som ulikhet i helse. Sosioøkonomiske faktorer som husstandsinnkomst og utdanning overlapper med de fleste målene for oral helse i HUNT4.



Figur 2.9 Andel personer som oppgir dårlig tannhelse inndelt etter kjønn og alder (n=143 847). Sør- og Nord-Trøndelag. Prosent. HUNT4 2017–2019

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.



Figur 2.10 Andel personer som oppgir dårlig tannhelse inndelt etter kombinasjoner av husstandsinnkomst og utdanning (n=136 553). Sør- og Nord-Trøndelag. Prosent. HUNT4 2017–2019

Inntekt (husstand): lav ($\leq 450\,000$ NOK/år), middels ($> 450\,000 - 1\,000\,000$ NOK/år) og høy ($> 1\,000\,000$ NOK/år).

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.

Andelen med dårlig tannhelse er 6 prosent blant de som har høy inntekt og utdanning, sammenliknet med 35 prosent hos de med lav inntekt og utdanning. Det er en mulig forsterkende effekt av kombinasjonen inntektsnivå og grad av utdanning for selvrapportert tannhelse (figur 2.10).

2.4.1 Oral helsereelatert livskvalitet

Tannhelsereelatert livskvalitet kan defineres som orale sykdommers påvirkning av individets funksjon og psykologisk og sosialt velbefinnende. Mens orale sykdommer måles ved kliniske og epidemiologiske metoder, måles subjektiv oral helse enklest ved at man ber personer vurdere sin orale helse på en skala fra meget god til meget dårlig. Det er utviklet flere typer instrumenter med et varierende antall spørsmål til bruk ved måling av oral helsereelatert livskvalitet. Et av de mest brukte instrumentene for voksne er *Oral Impact of Daily Performances (OIDP)*. For å måle oral helsereelatert livskvalitet blant barn og unge er det utviklet egne måleverktøy tilpasset barnets utviklingstrinn. En studie blant voksne i Norge viser at oral helsereelatert livskvalitet er blitt dårligere i årene 2004–2018. Sosiale, demografiske og psykologiske faktorer påvirker oral helsereelatert livskvalitet i befolkningen, og denne påvirkningen endres over tid (World Health Organization, 2023) (Amdal et al., 2023).

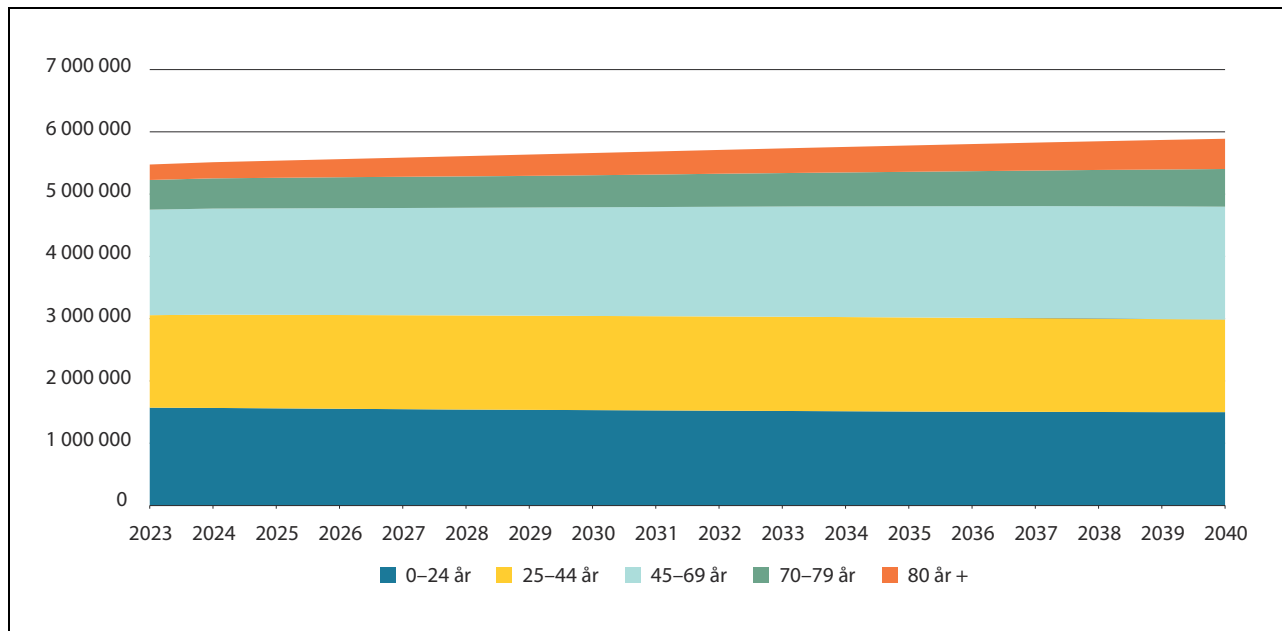
2.5 Utviklingstrekk

2.5.1 Den demografiske utviklingen

Levealderen i Norge øker, og det blir stadig flere eldre. Vi vet at de fleste eldre har beholdt sine egne tenner. Det innebærer økt behov for tannhelsetjenester hos skrøpelige eldre. Ikke minst må det legges et grunnlag for god oppfølging før den skrøpelige fasen inntreffer hos den enkelte. En studie viser at bistand i hjemmet blir utsatt til stadig høyere alder. I gjennomsnitt har man praktisk bistand eller helsetjenester i hjemmet de siste 1–2 årene (Chang et al., 2023). En aldrende befolkning vil også ha større forbruk av legemidler, og flere av disse har munntørrhet som bieffekt som gir økt risiko for utvikling av orale sykdommer.

Figur 2.11 er basert på Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger og viser befolkningsutviklingen samlet og fordelt på aldersgrupper for perioden 2023–2040. Det er i hovedsak aldersgruppen 75 år og eldre som øker, sammenliknet med dagens nivå (Finansdepartementet, 2021). For aldersgruppen 0–24 år anslås det en nedgang i antall.

Tannhelsen og behandlingsbehovet er ulikt i ulike aldersgrupper. Demografiske endringer i befolkningen tilsier dermed endringer i befolkningens tannhelsebehov.



Figur 2.11 Befolkningen fordelt på aldersgrupper, fremskrevet antall personer. 2023–2040

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 13599 fra Nasjonale befolkningsframskrivinger.

2.5.1.1 Demensutviklingen i Norge

Det anslås at det er i overkant av 100 000 personer i Norge med demens. Studier som har brukt data fra HUNT4 (2017–2019) med personer over 70 år, fant en forekomst av demens på 14,6 prosent og en mild forekomst av kognitiv svikt på 35,5 prosent. Forekomsten av demens øker med økende alder og nær fordobles for hvert femte år etter fylte 70 år og fram til 90 år. På grunn av de demografiske endringene med flere eldre er forekomsten forventet å fordoble seg i løpet av de neste 30 årene (Gjøra et al., 2021). Det innebærer økt omsorgsbehov, også innen oral helse.

Nasjonalt senter for aldring og helse skriver om oral helse blant eldre: «Studier viser at det å ha gode rutiner for tann- og munnstell tidlig i et demensforløp kan bidra til å gjøre både tannbehandling og munnstell enklere senere i forløpet. Enkelte studier viser også at dersom personer med demens i en tidlig fase starter å bruke el-tannbørste, kan det lette munnstellet for pleierne. Fluortilskudd i form av fluorskyll eller fluor-tabletter bør iverksettes tidlig i et demensforløp som en daglig rutine.» (Nasjonalt senter for aldring og helse).

Sentret har også etablert www.demenskartet.no som har framskrivninger på andelen med demens på kommunenivå for 2020, 2025, 2030, 2040 og 2050.

2.5.2 Flere eldre har gjenværende tenner

Et funksjonelt tannsett blir omtalt som 20 tenner eller flere, og dette brukes som mål på god tann-

Boks 2.2 Tre spørsmål til pasienter i omsorgstjenestene

Academisk centrum for eldretåndvård (ACT) har sammen med Folketandvården i Stockholm utviklet tre spørsmål for omsorgstjenesten som bidrar til oppmerksomhet på den orale helsen til pasientene:

- Har du vært i kontakt med tannlege de siste to årene?
- Har du smerter eller problemer i munnen? (tannverk, hevelse, vond smak, dårlige tenner/fyllinger, proteser som sitter i veien, løse tenner)
- Er det noen matvarer du unngår å spise fordi det er vanskelig å tygge eller svelge? (Har du problemer med å tygge og spise?)

Hensikten med disse tre spørsmålene er å avdekke om pasienten har problemer med sin orale helse. I stedet for å spørre direkte om det, spør omsorgstjenestene praktiske spørsmål, som har til hensikt å avdekke nettopp dette.

helse (Kayser, 1981; Witter et al., 1999). Befolkningsstudier fra Troms (Tromstannen) viser at tanntap først og fremst er et problem blant de som er 60 år og eldre (Oscarson et al., 2017). Av disse hadde om lag en tredel færre enn 20 tenner, og tanntap er forbundet med dårlig selvopplevd tannhelse (Hadler-Olsen & Jonsson, 2021).

Eldre har i dag flere egne tenner, og det kreves vedlikehold for å opprettholde et funksjonelt tannsett. I HUNT4 ble deltakere som var 70 år og eldre spurt om å oppgi antall egne tenner.

Funnene viser at i aldersgruppen 70–74 år er det 73 prosent som har 20 eller flere tenner. I aldersgruppen 75–79 år er tallet 63 prosent og i aldersgruppen 80–84 år 53 prosent, jf. figur 2.12. Andelen med tannløshet og få egne tenner øker med alderen.

De sosioøkonomiske faktorene utdanning og inntekt sammenfaller med selvrapportert antall tenner hos eldre. Rapporten HUNT4 Oral helse viser at det er tre ganger så mange som er tannløse i gruppen med lav inntekt (12 prosent) sammenliknet med de som har middels/høy inntekt (4 prosent). Videre er det nesten seks ganger så mange tannløse i gruppen med kun grunnskole (17 prosent), sammenliknet med gruppen med høyskole-/universitetsutdanning (3 prosent).

Boks 2.3 Akseptabel oral helse

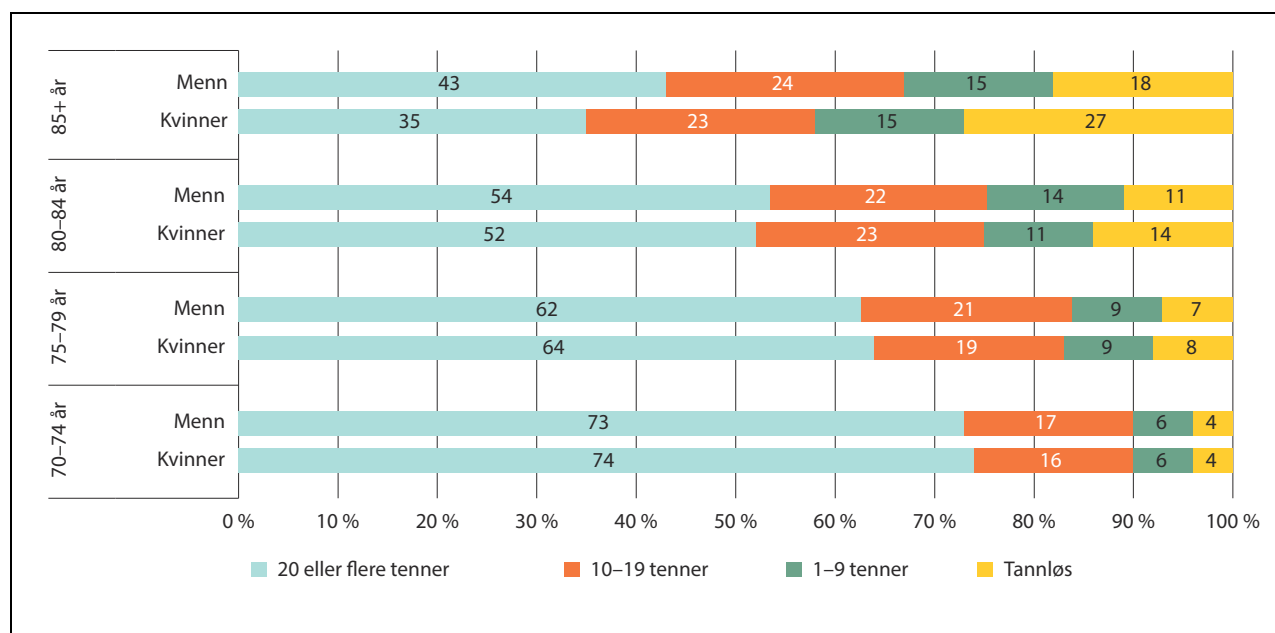
Helsedirektoratets definisjon av akseptabel oral helse innebærer at man:

- ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen
- har tilfredsstillende tyggefunksjon
- kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene

(Helsedirektoratet, 2011)

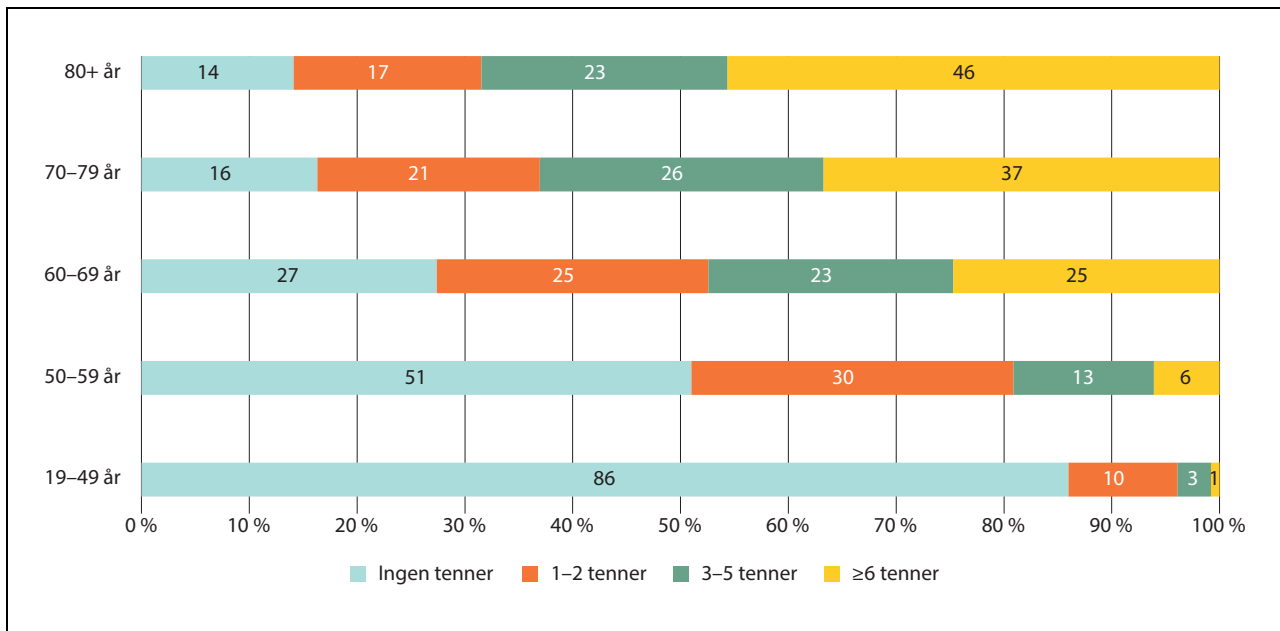
2.5.3 Flere har faste protetiske restaureringer

Helseundersøkelsen i Trøndelag har også kartlagt forekomst av faste protetiske restaureringer som krone, bro og implantat. Disse brukes for å erstatte tannsubstans eller manglende tenner for å ivareta orale funksjoner, komfort og estetikk. Kroner og broer blir utsatt for slitasje og ofte må de gjøres om fordi det er blitt ny karies i overgangen til tannen, og de har begrenset levetid. Utformingen av faste protetiske erstatninger kan også i noen tilfeller føre til at det er vanskelig å komme godt til med tannbørsten, og dermed føre til periodontal sykdom. Faste protetiske restaure-



Figur 2.12 Andel personer. Selvrapportert antall egne tenner. Personer inndelt etter alder og kjønn (kvinner n=11 036 og menn n=10 442). Sør- og Nord-Trøndelag. HUNT4 2017–2019

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.



Figur 2.13 Andelen personer, fordelt etter antall tenner med faste protetiske restaureringer (krone/bro/implantat). Personer inndelt etter alder (n=4880). Nord-Trøndelag. HUNT4 2017–2019

Tannløse (n = 33) er ikke inkludert.

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.

ringer krever god hygiene og regelmessig oppfølging ved tannklinikk.

Tannhelseundersøkelsen i Trøndelag fant at om lag 37 prosent hadde krone(r), 15 prosent hadde bro(er) og i underkant av 3 prosent hadde implantat(er). Figur 2.13 viser at antall tenner med faste restaureringer øker med økt alder.

Andelen med faste protetiske restaureringer vil ha betydning for framtidige behov for tannhelsetjenester i befolkningen. Særlig gjelder det den økende andelen eldre med restaurerte tannsett, lavere spyttproduksjon og pasienter som bruker legemidler som gir munntørrehet. Dette vil kreve god og jevnlig kontroll og tannbehandling og bistand til å ivareta god daglig munnhygiene hos eldre i den skrøpelige fasen og blant de som lider av demens.

2.5.4 Andre utviklingstrekk med betydning for tannhelsen

2.5.4.1 Levevaner og livsstilsykdommer

Det er et mål å redusere forskjeller mellom grupper i samfunnet og øke den enkeltes muligheter til å forbedre sin økonomiske situasjon slik at de kan oppnå best mulig helse (Meld. St. 15 (2022–2023)). Det er en tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og helse. Utdanning med-

fører bedre økonomi, levekår og mestringsressurser, reduserer risikoen for arbeidsledighet og gir grunnlag for sosial mobilitet, noe som igjen påvirker helsetilstanden. Helserelaterede forhold kan også påvirke utdanningsforløpet.

Tiltak for å få befolkningen til å ta gode valg er et viktig folkehelsepolitisk mål. Røyking og snusbruk gir forhøyet risiko for en rekke alvorlige sykdommer. Et eksempel er tiltak for å redusere tobakksbruken i befolkningen. Tobakksbruk påvirker den enkeltes orale helse negativt, blant annet med økt risiko for betennelse i tennenes festeapparat (periodontitt). Dette kan i verste fall gi tanntap. Et annet eksempel er tiltak knyttet til å redusere befolkningens inntak av sukker. Økt risiko for fedme og diabetes, men også for syreskader på tennene er en konsekvens av høyt inntak av sukker i kostholdet.

God oral helse henger sammen med livsstil. Flere av målene i folkehelsepolitikken omfatter tiltak for å få befolkningen til å ta gode valg. Levevaner og konsummønstre endres, og det kan komme nye utviklingstrekk som har og kan ha betydning for den generelle tannhelsen i befolkningen. Som på andre områder er det noen livsstilsvalg som har betydning for tannhelsen. Det er også viktig å ha med at livsstil og livsvaner i stor grad blir påvirket av vilkårene i samfunnet. Det er sosiale forskjeller i sykdomsforekomst og risiko-

faktorer, og det er avgjørende å rette innsatsen mot de bakenforliggende årsakene. Samfunnet bør legge til rette for sunne valg, avgrense usunne valg og sikre god oppfølging i helse- og omsorgstjenestene. Et godt kosthold kan blant annet fremmes med gunstig prissetting og subsidiering av sunne matalternativer.

Andre samfunnsmessige forhold av betydning for tannhelsen er for eksempel sukkeravgiften og markedsføring av godteri og brus, som ofte er rettet spesielt mot barn og unge. Etablering av «lørdagsgodt» bidro i lang tid til at inntaket av tilleggssukker i form av godteri og brus ble relativt godt kontrollert. Dette er nå utfordret gjennom en økende markedsføring av usunne matvarer og drikke, særlig gjennom sosiale medier (SOME). Sosiale medier har skapt nye samfunnsmessige utfordringer som har stor betydning for tannhelsen, og det kreves nye tiltak for å opprettholde god tannhelse i befolkningen.

2.5.4.2 Antibiotikabruk, smittevern og antibiotikaresistens

Verdens helseorganisasjon anser antimikrobiell resistens (AMR) som en av verdens største helse-trusler. Infeksjoner forårsaket av resistente mikrober er anslått å være direkte årsak til 1,3 millioner dødsfall årlig. Det europeiske smittevernbyrået ECDC har beregnet at det er mer enn 35 000 dødsfall årlig på grunn av resistente bakterier i EU/EØS-land (WHO Regional Office for Europe and European Centre for Disease Prevention and Control, 2023). Forekomsten av resistens i Norge har vært lavere enn i mange andre land, men også her er dette en økende utfordring.

Overforbruk og feilbruk av antibiotika har ført til en økning i antibiotikaresistente bakterier. Antibiotikaresistens gjør det vanskeligere å behandle en rekke infeksjoner med de antibiotika vi har til rådighet, og representerer en alvorlig trussel mot vår helse. Smittevernbyrået har beregnet at for rundt 75 prosent av pasientene med resistente bakterier var infeksjonen helsetjenesteassosiert (OECD, 2019).

Antibiotikaresistens kan føre til at enda flere bakterieinfeksjoner kan bli vanskelige å behandle. Det kan bli umulig å tilby helsetjenester som avhenger av tilgang på effektive antibiotika. Det er derfor avgjørende å fremme riktig bruk av antibiotika og utvikle nye, effektive antibiotika samt å bevare eksisterende antibiotika så lenge som mulig for å begrense antimikrobiell resistens. Samtidig er det viktig å styrke smittevern og over-

våkingen av antibiotikaresistens og antibiotikabruk i alle deler av helsetjenesten, inkludert tannhelsetjenesten.

Antibiotikaresistens, resistens mot soppmidler og antivirale midler vil kunne medføre betydelige endringer i tilbudet i tannhelsetjenesten. Behandlinger med større risiko for postoperativ infeksjon vil kanskje ikke lenger kunne tilbys, for eksempel implantatbehandlinger og bein- og bløtvevsprosedyrer. Det vil kunne medføre et skifte fra faste løsninger til mer tannstøttede løsninger og proteser for å erstatte tapte tenner.

2.5.4.3 Medisinsk strålebruk

Medisinsk strålebruk er det største bidraget til befolkningsdosen fra menneskeskapt strålekilder. De medisinske bildediagnostiske undersøkelser som bidrar til stråledoser, er røntgen, CT og PET. Det har lenge vært kjent at høye stråledoser er forbundet med risiko for utvikling av kreft. Ferske epidemiologiske studier styrker evidensgrunnlaget for økt kreftrisiko også ved stråledoser som benyttes innen bildediagnostikk med røntgen og CT, og risikoen for barn er høyere enn for voksne (Bosch de Basea Gomez et al., 2023; Hauptmann et al., 2023; Lee et al., 2024). Det forventes at bruken av slike undersøkelser kommer til å øke (Meld. St. 15 (2022–2023)).

2.6 Den voksne befolkningens fremtidige behov for tannhelsetjenester

Helsedirektoratet har levert tannhelsesdata fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR) til tannhelseutvalget. Dataene er kun basert på uttrekk fra den offentlige tannhelsetjenesten for perioden 2017–2022, både for pasienter med rettigheter i tannhelsetjenesteloven og for betalende voksne pasienter. Data fra den private delen av tjenesten er ikke tilgjengelig (se omtale i kapittel 10).

Helsedirektoratet har blant annet vurdert den voksne befolkningens fremtidige behov for tannhelsetjenester, basert på det som foreligger av tannhelsesdata. De oppsummerer de viktigste endringene i tannhelsen i Norge de siste 50–60 årene slik: Færre tenner er trukket på grunn av karies, det er færre tenner med tannrestaurering (fylling/kroner), og det er flere personer som er uten karieserfaring i de yngre aldersgruppene.

Sverige og Danmark har mer statistikk om forbruk av tannhelsetjenester og tannhelsetilstand i

den voksne befolkningen enn vi har i Norge. Det gjelder særlig for den delen av befolkningen som selv betaler for hoveddelen av behandlingen. Helsedirektoratet har derfor benyttet svenske og danske data som grunnlag for vurderingene sine og trekker fram følgende fellestrekk for tannhelsen i de skandinaviske landene:

- For befolkningen som helhet er tannhelsen svært god, og den blir stadig bedre.
- Tannhelseforbedringen som har skjedd siden ca. 1970 blir med videre gjennom voksenlivet i de ulike årskullene.
- Fordi tannhelsen bedres suksessivt opp gjennom årsklassene, minsker også behandlingsbehovet for de eldre årsklassene.
- På kort sikt vil de eldste aldersgruppene kunne ha et omfattende behov for tannhelsehjelp som en konsekvens av tidligere tannbehandlingserfaring.
- Det er sammenheng mellom generell helse og munn- og tannhelse, og flere overlever alvorlig sykdom og lever med økte utfordringer med sin munn- og tannhelse.
- Det understrekes fra alle de nordiske landene at det er personer som av ulike årsaker har mindre god tannhelse, og behov for mer omfattende tannbehandling.

(Kilde: Helsedirektoratet, 2024, s. 75 og 78)

Helsedirektoratet trekker fram karies som den tannsykdommen som påvirker tannhelsen mest. Sammen med periodontal sykdom er det karies som sterkest vil påvirke et framtidig tannbehandlingsbehov i befolkningen. De nevner også tilstan-

der som bittfeil og erosjoner, men vurderer at disse tilstandene i mindre grad vil påvirke et framtidig tannbehandlingsbehov for den voksne del av befolkningen, slik det ser ut i dag.

Utvalgets vurdering

Som nevnt peker Helsedirektoratet på at de eldste aldersgruppene på kort sikt vil kunne ha et omfattende behov for tannhelsehjelp som en konsekvens av tidligere tannbehandlingserfaring. Fordi tannhelsen bedres gjennom årsklassene, vil behovet hos de eldste årsklassene kunne avta med tid. Utvalget vil imidlertid framheve at når man eldes, går normal spyttproduksjon ned, og man bruker flere medikamenter som reduserer spyttproduksjonen ytterligere. Med flere egne intakte tenner vil disse tennene være mer utsatt for å få karies enn tenner med restaureringer fordi restaureringer dekker de flatene hvor karies lettest oppstår. Flere egne tenner vil også øke risikoen for å utvikle periodontal sykdom. Videre er det slik at når eldre utvikler demens og kommer inn i den skjøre fasen, vil det å opprettholde normal tyggefunksjon og smertefrihet kreve en innsats fra både helsetjenestene og tannhelsetjenesten. Utvalget stiller seg derfor tvilende til at man står overfor en kortvarig pukkel av behov for tannhelsetjenester for eldre framover. Det er mer sannsynlig at man står overfor et langvarig og stort behov for tjenester til eldre med en økende gruppe eldre pasienter som vil kreve betydelige ressurser. Utviklingen av befolkningens tannhelse må følges systematisk og regelmessig for å få svar på slike spørsmål.

Del III
Tannhelsetjenesten i Norge



Figur 3.1

Kapittel 3

Organisering, regulering og finansering av tannhelsetjenesten

I dette kapitlet gis det først en overordnet beskrivelse av tannhelsetjenesten. Deretter omtales temaer som er felles for den offentlige og den private tannhelsetjenesten: bruk av tannhelsetjenester, tilgjengelighet til tannhelsetjenester, priser på tannhelsetjenester og pasientenes egenbetaling.

3.1 Dagens tannhelsetjeneste

3.1.1 Organisering

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig og en privat tannhelsetjeneste. Den offentlige tannhelsetjenesten yter tjenester til utvalgte grupper av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Den private tannhelsetjenesten dekker i all hovedsak den voksne befolkningen. Ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten er lagt til fylkeskommunene. Fylkeskommunen er også pålagt et samordningsansvar for den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor.

Fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester, inkludert odontologiske spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for hele befolkningen i fylket. Fylkeskommunen skal både organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til gitte grupper. Det er i hovedsak barn og unge, samt utvalgte grupper med pleie- og omsorgsbehov som mottar tannhelsetjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten kan i tillegg yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter fylkeskommunens bestemmelser og fastsatte takster.

I 2022 mottok 28 prosent av befolkningen, om lag 1,5 millioner personer, tjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten. Om lag 1,3 millioner personer hadde lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, mens 260 000 var betalende voksne pasienter (Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S (2023–2024)).

Det er forskjeller i hvor stor del av befolkningen den enkelte fylkeskommune yter tjenester til. Dette henger sammen med variasjon i hvor stor andel av befolkningen som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og at det i noen områder av landet er få eller ingen private tannhelsetjenester. Der det ikke er et privat tilbud, har fylkeskommunene ansvar for å gi et tilbud også til den voksne delen av befolkningen som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Se kapittel 4 *Den offentlige tannhelsetjenesten* for nærmere omtale av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten samt mindre kommunale ordninger og særskilte tjenestetilbud.

I privat sektor er flertallet av pasientene voksne betalende pasienter, og det er her de fleste voksne får utført sin tannbehandling. I tillegg utfører privat sektor det meste av tannbehandlingen som gir stønad fra folketrygden, inkludert tannregulering for barn og unge. I 2022 ble folketrygdens stønad til tannbehandling benyttet av 14,8 prosent av den voksne befolkningen (over 21 år) (Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 12900 fra Tannhelsetjenesten).

Se kapittel 5 *Den private tannhelsetjenesten* for nærmere omtale av privat sektor, og kapittel 6 *Folketrygdens stønad til tannbehandling* for nærmere omtale av folketrygdens stønadsordning.

Staten fastsetter helsepolitiske mål og rammer. Regjeringen skal overfor Stortinget foreslå 1) lover, statsbudsjett og andre stortingsvedtak, 2) følge opp lov- og stortingsvedtak som Stortinget treffer, og 3) være gjenstand for Stortingets kontroll.

Helsedirektoratet har ansvar for å følge med på og gi råd om forhold som påvirker befolkningens helse og utviklingen i helse- og omsorgstjenesten, utarbeide nasjonale normer på utvalgte områder, være kompetanseorgan for myndigheter, tjenesteapparat, interesseorganisasjoner og fagmiljøer, ha spisskompetanse på den norske helselovgivningen og utvikle en helhetlig nasjonal helseberedskap.

Folkehelseinstituttet har en sentral rolle som kunnskapsprodusent for hele helsesektoren. Instituttet har nasjonale oppgaver innen forskning,

helseanalyse, systematisk kunnskapsoppsummering og metodevurdering, rådgivning og tjenester.

Statens helsetilsyn er øverste tilsynsmyndighet og har det overordnede faglige tilsynet med helse- og sosialtjenestene.

3.1.2 Regulering

Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester følger av tannhelsetjenesteloven, folketrygdloven og forskrifter til disse.

Tannhelsetjenesteloven omfatter vederlagsfrie/gratis tannhelsetjenester til barn og unge, personer med psykisk utviklingshemming, grupper av eldre, langtidssyke og uføre, personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar enkelte angitte tilbud og innsatte i kriminalomsorgen. I tillegg kommer grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere utover de lovfestede gruppene. Barn til og med 18 år får gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, med unntak av tannregulering. For unge voksne fra 19–26 år dekker det offentlige 75 prosent av utgiftene til tannbehandling etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024d).

Hovedregelen for resten av befolkningen er at personer over 26 år selv må betale for tannbehandlingen de har behov for.

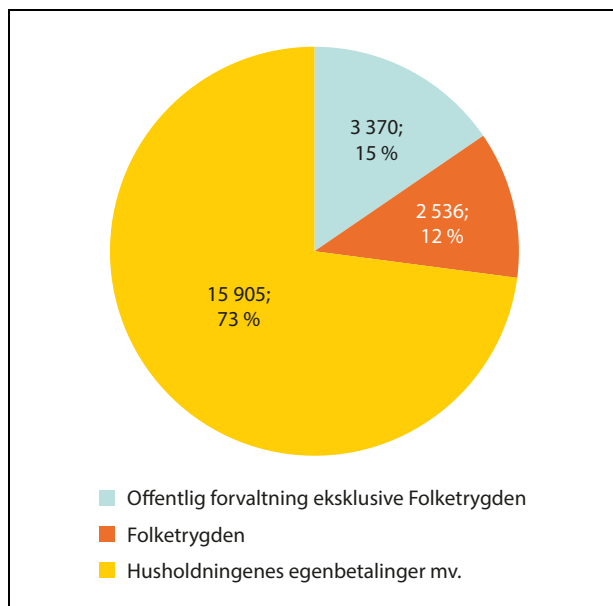
Imidlertid finnes det noen tilfeller der folketrygdloven gir stønad til tannbehandling. Formålet med folketrygdens stønad er å gi kompensasjon for nødvendige utgifter til tannhelsetjenester for bestemte grupper, ut over dem som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Det gis stønad til tannregulering for barn og unge og til dekning av utgifter til tannbehandling til voksne for visse tilstander/tilfeller.¹ I den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, gis det ikke stønad til tannbehandling etter folketrygdloven.

Det er fri prissetting for tannhelsetjenester. Det innebærer at pasientens betaling ofte ikke samsvarer med Helse- og omsorgsdepartementets takster for stønad til tannbehandling.

Se kapittel 4 *Den offentlige tannhelsetjenesten* og kapittel 6 *Folketrygdens stønad til tannbehandling* for nærmere omtale av befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester. I kapittel 4 omtales også støtte til tannbehandling gjennom økonomisk sosialhjelp.

Tannhelsepersonellet er underlagt helsepersonelloven. Lovens formål er å bidra til sikker-

¹ Tilstander/tilfeller er beskrevet i kapittel 6.1.2 *Stønads punkter*



Figur 3.2 Utgifter tannhelsetjenester, etter finansieringskilde. Millioner kroner. 2022

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 10811 fra Helseregnskap.

het for pasienter, til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og til tilliten til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven stiller også krav til helsepersonellens yrkesutøvelse, blant annet taushetsplikt, meldeplikt, dokumentasjonsplikt og plikt til å gi øyeblikkelig hjelp. Den regulerer også krav som stilles til organisering av virksomhet. Videre gis vilkår for autorisasjon og spesialistgodkjenning, samt hva som fører til at man kan bli fratatt disse. Tannleger, tannteknikere, tannhelsesekretærer og tannpleiere er omfattet av autorisasjonsordningen, jf. helsepersonelloven § 48 første ledd.

Det er ingen bestemmelser i gjeldende lov som regulerer eierskap av tannklinikker eller etablering av tannklinikkvirksomhet. I praksis betyr det at klinikker kan etableres uten at det må søkes om konsesjon hos myndighetene.

3.1.3 Finansiering

Samlede utgifter til tannhelsetjenesten var om lag 21,8 milliarder kroner i 2022, ifølge helseregnskapet til Statistisk sentralbyrå, jf. figur 3.2 (Statistisk sentralbyrå).

Egenbetaling fra privatpersoner er estimert til å utgjøre om lag 15,9 milliarder kroner, og dette tilsvarer 73 prosent av samlede utgifter til tannhelsetjenester.

Den offentlige tannhelsetjenesten finansieres gjennom inntektssystemet for fylkeskommunen

som er basert på prinsippet om økonomisk rammestyring. Av fylkeskommunenes samlede brutto driftsutgifter utgjør tannhelsetjenestene om lag fire prosent (Rapport fra ekspertutvalg, 2022). De senere årene er det i forbindelse med budsjettforhandlingene i Stortinget gjort vedtak som har styrket tannhelsetjenesten og gitt den fylkeskommunale tannhelsetjenesten nye oppgaver. Se nærmere omtale under kapittel 4.3.

Voksne har i hovedsak ansvar for å dekke sine utgifter til tannbehandling i den private tannhelsetjenesten. I en del tilfeller yter imidlertid folketrygden stønad til tannbehandling, basert på at pasienten har sykdommer eller tilstander som fyller vilkårene for slik folketrygdstonad. I så fall dekker folketrygden hele eller deler av utgiften etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

For at pasienter skal ha rett til stønad fra folketrygden, må tannlegen/tannpleieren ha avtale om direkte oppgjør med Helfo. Helfo utbetaler da stønaden direkte til behandleren, og pasientens betaling til behandler blir tilsvarende redusert.

Pasienten må som oftest betale en egenandel som inngår i folketrygdens takster, og et mellomlegg som tannlegen/tannpleieren, på grunn av fri prissetting, kan kreve i tillegg. Pasientenes egenbetaling er nærmere beskrevet i kapittel 3.4 *Priser på tannhelsetjenester og pasientenes egenbetaling*.

3.2 Bruk av tannhelsetjenester

3.2.1 Undersøkelser av befolkningens bruk av tannhelsetjenester

Tannhelseutvalget har innhentet data om befolkningens bruk av tannhelsetjenester. Data er innhentet fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT4) (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024) og fra befolkningsundersøkelsen som Vista Analyse har gjennomført på oppdrag fra utvalget (Holden & Øye, 2023). Se omtale av undersøkelsen i boks 3.1.

Utvalget har i tillegg sett på befolkningsstudier i Troms og Finnmark (Hadler-Olsen & Jonsson, 2021; Neramo & Hadler-Olsen, 2023), Statistisk sentralbyrås rapport fra 2021 om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester (Statistisk sentralbyrå, 2021), Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse 2023 (Statistisk sentralbyrå, 2024), EUs statistikk om inntekt og levekår (Eurostat, 2023), og studien «Inequality in access to dental services in a market-based dental care system: A population study from Norway 1975–2018» fra Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo (Jiang et al., 2022).

Boks 3.1 Undersøkelse av voksnes tannhelseutgifter og forbruksmønster

Vista Analyse har på oppdrag fra utvalget levert rapporten *Befolkningens tannhelseutgifter og forbruksmønster* (Holden & Øye, 2023). Den omfatter undersøkelse av voksenbefolkningens bruk av tannhelsetjenester. Resultatene er representative for befolkningen mellom 20 og 70 år med unntak for enkelte grupper som rusmisbrukere, personer uten tilgang til internett eller e-post og personer med dårlige norskkunnskaper. Vista Analyse har sammenliknet resultater med en tilsvarende undersøkelse fra 2013.

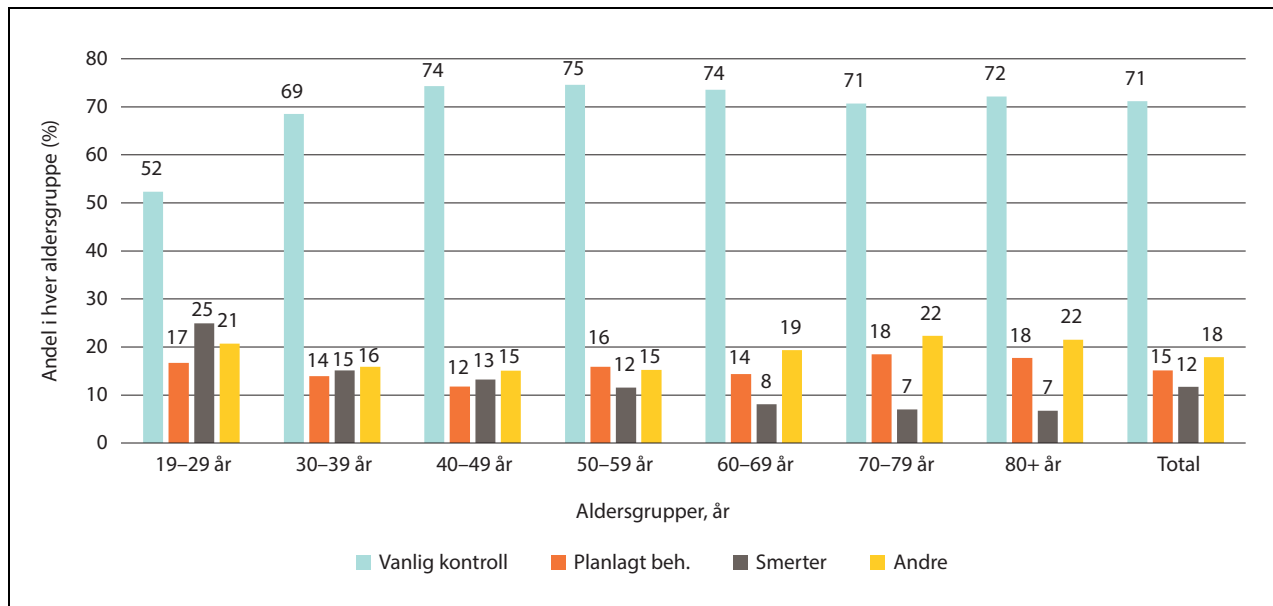
Se kapittel 4 *Den offentlige tannhelsetjenesten* for spesifikk omtale av befolkningens bruk av den offentlige tannhelsetjenesten samt kapittel 6 *Folketrygdens stønad til tannbehandling* for spesifikk omtale av befolkningens bruk av folketrygdens stønad til tannbehandling.

Besøkhypighet og årsaker til å oppsøke tannhelsetjenester

I Statistisk sentralbyrås rapport fra 2021 framgår det at i 2019 hadde 90 prosent av befolkningen på 16 år og eldre vært hos tannlege i løpet av en toårs periode. Tilsvarende tall for 2015 var 91 prosent. Når det gjelder andelen (16 år og eldre) som har vært hos tannlege de siste 12 månedene, var andelen 77 prosent i 2019, mot 78 prosent i 2015 (Statistisk sentralbyrå, 2021).

For personer med landbakgrunn fra «øvrige land», det vil si ikke Norge, finner Statistisk sentralbyrå at disse, sammenliknet med befolkningen i stort, har dårligere tannhelse, men likevel en lavere andel som har vært hos tannlege siste år (Statistisk sentralbyrå, 2021).

I befolkningsundersøkelsen gjennomført av Vista Analyse (Holden & Øye, 2023) oppgir 74 prosent av de mellom 20–70 år å ha vært hos tannlegen i løpet av de siste 12 månedene og 86 prosent i løpet av de siste to årene. De fleste går regelmessig til tannlegen, men likevel er andelen som går regelmessig lavere enn i 2013. Dette finner Vista Analyse ved sammenlikning med resultater fra befolkningsundersøkelse gjennomført i 2013 (Grytten et al., 2014). I befolkningsundersøkelsen



Figur 3.3 Årsaker til besøk hos tannlege/tannpleier siste to år, andel personer inndelt etter alder (n=6089). Nord-Trøndelag. Prosent. HUNT4 2017–2019

Deltakerne kan ha oppgitt flere årsaker.

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.

fra 2013 oppga 80 prosent at de går regelmessig til tannlegen. Litt færre svarer dette i dag, men andelen er over 60 prosent i alle aldersgruppene, og andelen er høyest i de eldste aldersgruppene. Sammenliknet med 2013 er andelen mellom 5 og 8 prosentpoeng lavere i 2023 i de ulike aldersgruppene. I sum viser undersøkelsen at befolkningen går om lag like ofte til tannlegen i dag som for ti år siden. Personer i 50- og 60-årene går noe sjeldnere til tannlegen enn tidligere, men forskjellen er likevel kun anslagsvis 3–6 prosentpoeng. Noen færre går regelmessig, og de går også noe sjeldnere enn for ti år siden (Holden & Øye, 2023).

Videre viser undersøkelsen at timeinnkalling er den vanligste måten å komme i kontakt med tannlegen på, i aldersgruppene 30–70 år. Her varierer andelen som får timeinnkalling mellom 55 og 80 prosent, med høyest andel i den eldste aldersgruppen. Av de under 30 år får kun 35 prosent timeinnkalling. Denne aldersgruppen bestiller i større grad timer selv regelmessig eller ved behov enn andre aldersgrupper (Holden & Øye, 2023).

Befolkningsundersøkelsen fra 2013 viser at innkalling var enda vanligere for ti år siden. Andelen som kalles inn regelmessig har gått ned med mellom 4 og 12 prosentpoeng i de ulike aldersgruppene, mest blant de i 20- og 40-årene og minst blant de over 60 år (Holden & Øye, 2023).

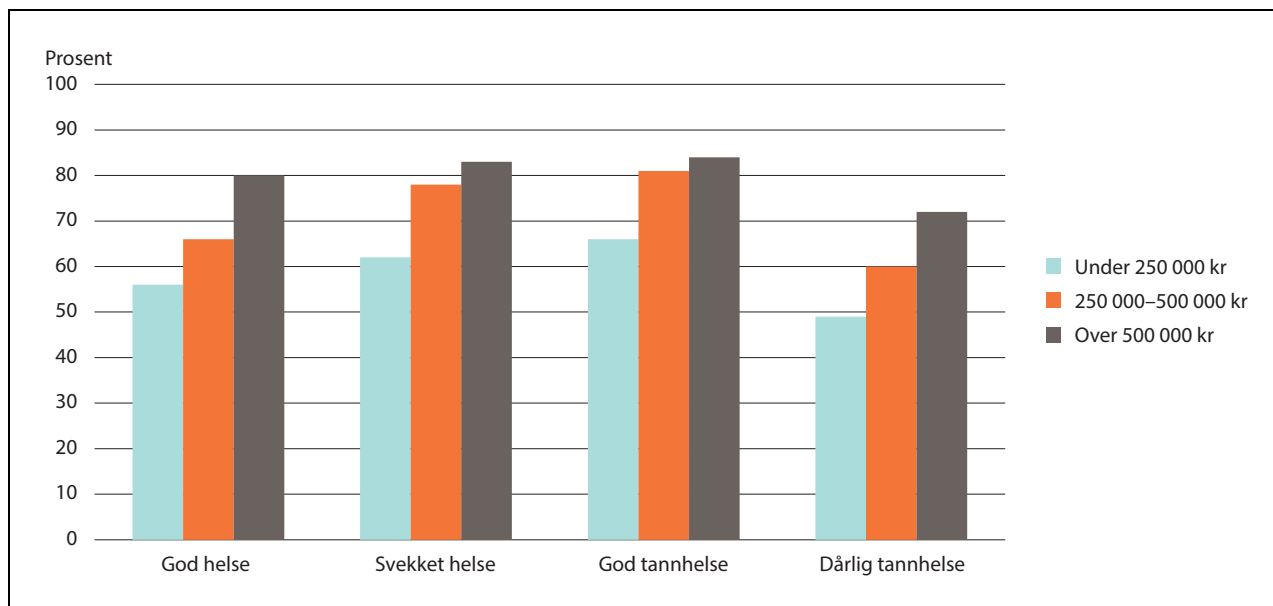
Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT4) (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024) har også spurt om årsaker til besøk hos tannlege eller tannpleier de siste to årene.

Resultatene fordelt på aldersgrupper presenteres i figur 3.3. I samsvar med resultatene fra Vista Analyses undersøkelse oppgir de fleste (71 prosent) at de har oppsøkt tannhelsetjenester på grunn av innkallelse til vanlig kontroll. Også denne undersøkelsen finner at andelen er lavest (50 prosent) i den yngste aldersgruppen (19–29 år). I de andre aldersgruppene er andelen rimelig lik. Årsakene til besøk synes i større grad å være behovsdrevet i den yngste aldersgruppen siden andelen som oppgir smerter (25 prosent) som årsaken til besøk hos tannlege/tannpleier er klart høyere enn i de andre aldersgruppene (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024).

I Tromstann-undersøkelsen oppga i gjennomsnitt 66 prosent at de går regelmessig til tannbehandling minst annethvert år. Av de over 60 år oppga 74 prosent det samme (Hadler-Olsen & Jonsson, 2021).

Sammenhengen mellom inntekt og bruk av tannhelsetjenester

I Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse fra 2019 undersøkes hvordan bruken av tannhelsetjenester henger sammen med inntekts-



Figur 3.4 Andel personer 16 år og over som har vært hos tannlege i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter husholdningsinntekt. Prosent. 2019

Kilde: Statistisk sentralbyrå, 2021.

nivå, resultatene er presentert i Statistisk sentralbyrås rapport fra 2021 om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester (Statistisk sentralbyrå, 2021). Som for andre helsetjenester viser rapporten at det er en sosial gradient etter husholdningens inntektsnivå.

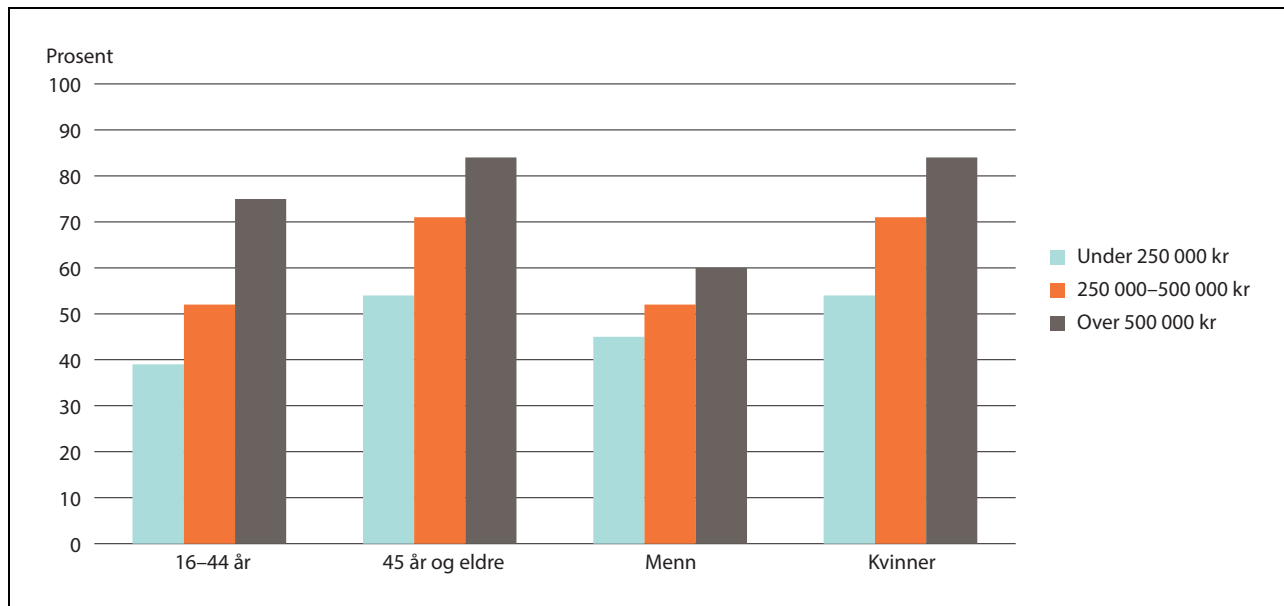
Figur 3.4 viser hvordan sammenhengen mellom besøk hos tannlege siste 12 måneder varierer med husholdningens inntekt. Videre er respondentene delt i grupper etter egenrapportert generell helsetilstand og tannhelsetilstand.

Andelen som har besøkt tannlege siste 12 måneder avhenger av inntekt. Uavhengig av helse er det om lag 20 prosentpoeng færre som har besøkt tannlege blant de med lav inntekt sammenliknet med de med høy inntekt. Forskjell i inntekt forklarer mer variasjon i tannlegebesøk enn generell helsetilstand, men noe overraskende viser resultatene at personer som rapporterer om svekket helse i større grad besøker tannlegen. Også når det grupperes etter status for tannhelse observeres samme sammenheng mellom inntekt og besøk hos tannlege. Det er også interessant at uavhengig av inntektsnivå er det færre med dårlig tannhelse som oppsøker tannlege. Dette betyr at det også er andre forhold enn inntekt som gjør at innbyggere med dårlig tannhelse ikke oppsøker tannlege (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Levekårsundersøkelsen undersøker også om betydningen av inntekt for tannlegebesøk varierer med alder og kjønn. Figur 3.5 viser at av personer med svekket helse, så går personer over 45 år oftere til tannlege enn yngre og kvinner går oftere enn menn. Både når respondentene er gruppert etter alder og kjønn kan inntekt forklare variasjon i tannlegebesøk, personer i husholdninger med lavere inntekt går i mindre grad til tannlege enn de med høy inntekt (Statistisk sentralbyrå, 2021).

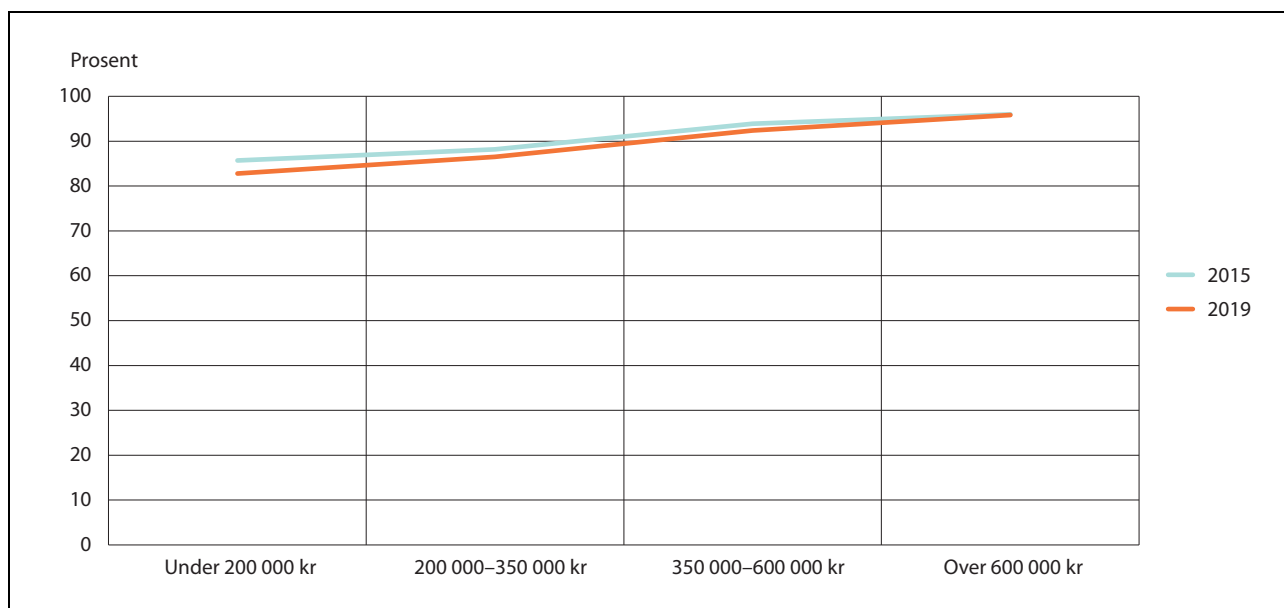
Levekårsundersøkelsen presenterer også sammenhengen mellom tannlegebesøk og husholdningens inntekt i 2015. Statistisk sentralbyrå finner, med forbehold om tilfeldig variasjon, at det kan se ut som det har vært en nedgang i bruk av tannlegetjenester i lavere inntektsgrupper fra 2015 til 2019. Samtidig ser bruken for de med høy inntekt ut til å være uendret, jf. figur 3.6.

En studie fra Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo har også sett på ulikhet i bruk av tannhelsetjenester (Jiang et al., 2022). Denne studien konkluderer med at personer med lav inntekt har hatt en markant økning i kjøpekraften fra 1975 til 2018, og at dette har falt sammen med en økning i etterspørselen etter tannpleie for denne lavinntektsgruppen. I en artikkel knyttet til studien trekker forfatterne fram at ulikheter i bruken av tannhelsetjenester er på et historisk lavt nivå (Kinge et al., 2021).



Figur 3.5 Andel personer med svekket helse som har vært hos tannlege i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt. Prosent. 2019

Kilde: Statistisk sentralbyrå, 2021.



Figur 3.6 Andel personer 16 år og over som har vært hos tannlege i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt. Prosent. 2015 og 2019

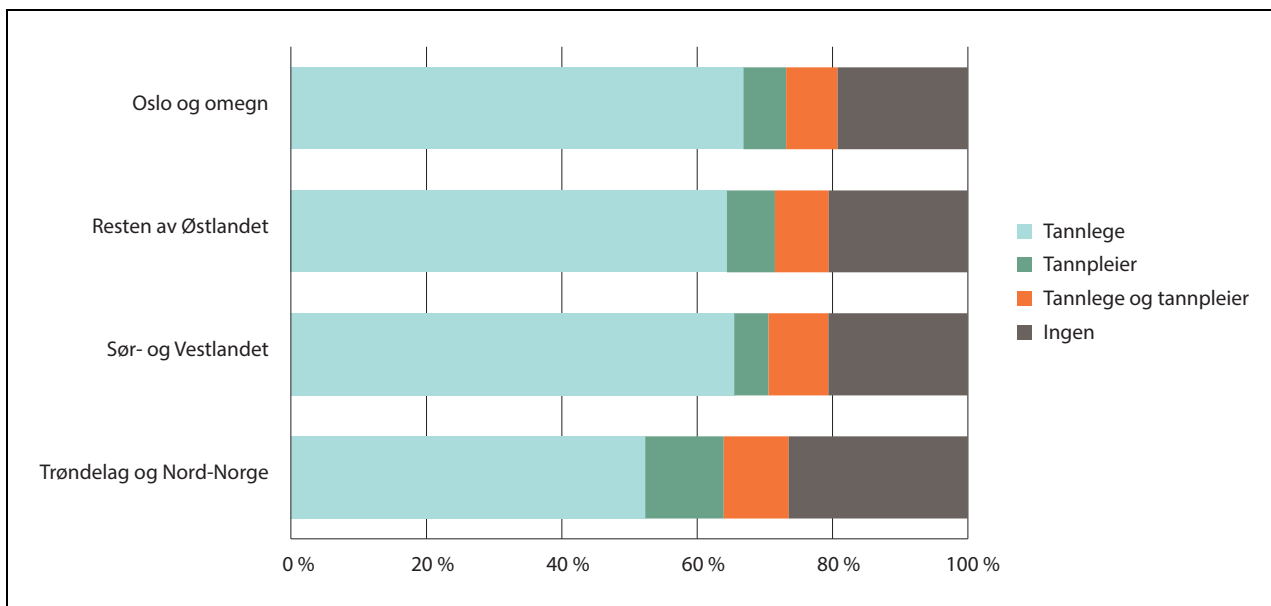
Kilde: Statistisk sentralbyrå, 2021.

Sammenhengen mellom geografi og bruk av tannhelsetjenester

Vista Analyse har i sin befolkningsundersøkelse sett på geografisk variasjon i bruk av tannhelsetjenester. Resultatene fra undersøkelsen viser at bosted kan ha en viss betydning for hvor ofte

befolkningen går til tannlege og/eller tannpleier (Holden & Øye, 2023).

I figur 3.7 viser besøk hos tannlege eller tannpleier fordelt på landsdeler. Resultatene viser at 26 prosent av respondentene i Trøndelag og Nord-Norge svarer at de verken har vært hos tannlege eller tannpleier i løpet av det siste året,

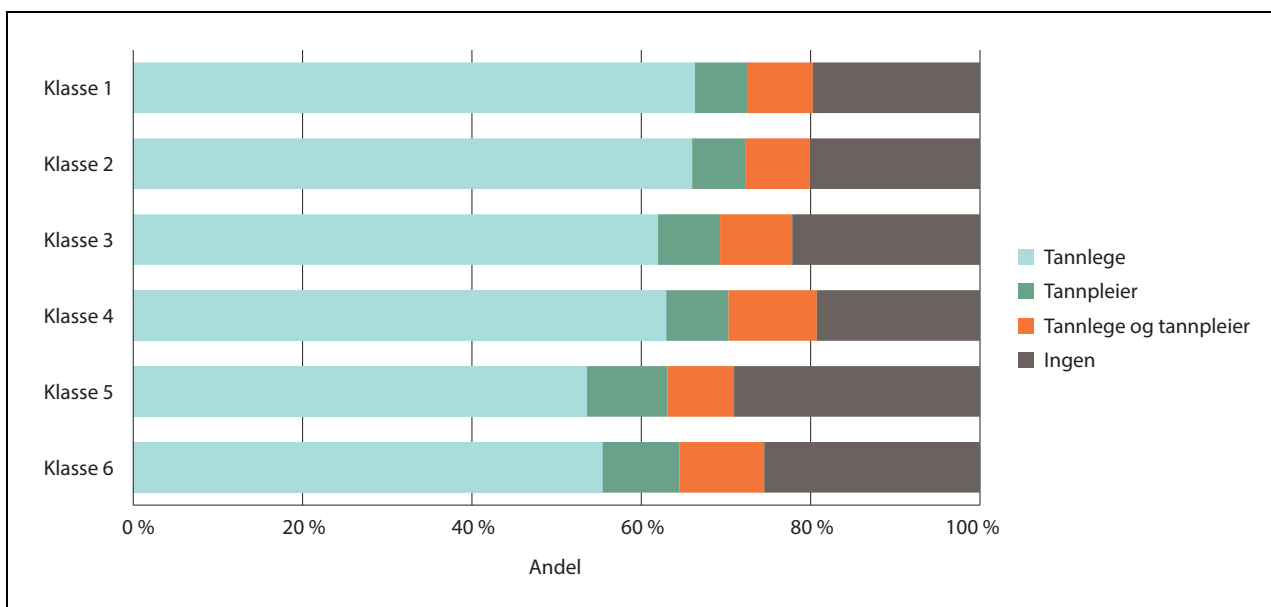


Figur 3.7 Andel personer som har vært hos tannlege og/eller tannpleier det siste året, etter landsdel. Prosent. 2023

Kilde: Holden & Øye, 2023.

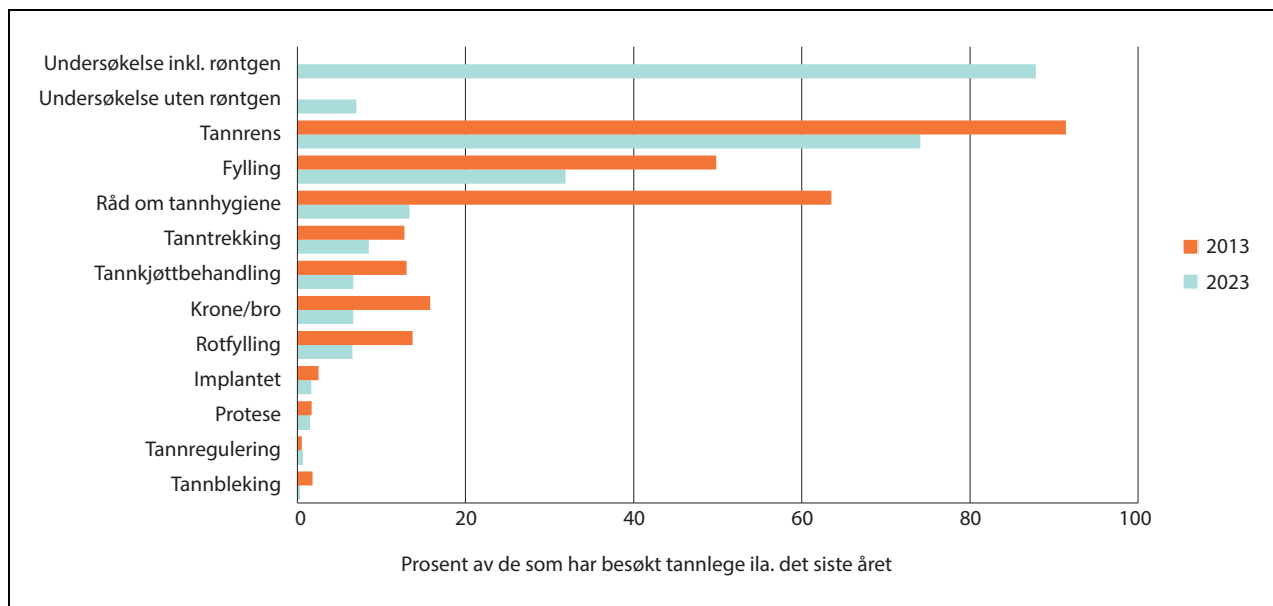
mot 20 prosent i de øvrige landsdelene. Vista Analyse mener dette kan ha sammenheng med at Nord-Norge har mange av de minst sentrale kommunene i Norge, og at tannhelsetjenester er mindre tilgjengelig i mindre sentrale deler av landet.

Figur 3.8 viser besøk hos tannlege eller tannpleier etter hvilken sentralitetsklasse bostedskommunen tilhører, og det framgår av figuren at personer bosatt i de minst sentrale kommunene (sentralitetsklasse 5 og 6), går markant sjeldnere til tannlege enn personer bosatt i mer sentrale kommuner (Holden & Øye, 2023).



Figur 3.8 Andel personer som har vært hos tannlege og/eller tannpleier det siste året, etter sentralitetsklasse. Prosent. 2023

Kilde: Holden & Øye, 2023.



Figur 3.9 Type behandling utført hos tannlege det siste året. Andel personer. Prosent. 2013 og 2023

Kilde: Holden & Øye, 2023.

De vanligste undersøkelsene og behandlingene

Hele 88 prosent av respondentene i Vista Analyser befolkningsundersøkelse, som har besøkt tannlege i løpet av det siste året, oppga at de hadde undersøkelse med røntgen da de var hos tannlegen. Litt over halvparten av de som har besøkt tannlegen i løpet av det siste året gikk kun for tannhelsekontroll og eventuelt tannrens. Blant de som har vært hos tannlegen kun én gang i løpet av de siste 12 månedene, fikk over 70 prosent kun utført undersøkelse og eventuelt rens (Holden & Øye, 2023).

Befolkningsundersøkelsen viste videre at de vanligste behandlingene er rensing av tennene (74 prosent) og plombering eller fylling av hull (32 prosent). Ni prosent trakk tann/tenner. Sju prosent hadde rotfylling og like mange fikk utført tannkjøttbehandling og krone-/broterapi. Under to prosent fikk protese, og like mange fikk implantat (Holden & Øye, 2023).

Vista Analyse har sammenliknet resultater fra befolkningsundersøkelse med tilsvarende undersøkelse gjennomført i 2013 (Grytten et al., 2014). Sammenliknet med 2013-tallene er det en reduksjon i de fleste behandlingene, jf. figur 3.9. Det var betydelig færre som fikk utført fylling i 2023 enn i 2013, blant personene mellom 20–70 år som hadde vært hos tannlegen i løpet av de siste 12

månedene ved befolkningsundersøkelsens tidspunkt, det vil si 50 prosent i 2013 og 32 prosent i 2023. Andelen som fikk krone- og broterapi har falt fra 16 prosent til sju prosent. Også for behandlingene tannrens, rotfylling, tanntrekking, tannkjøttbehandling og tannbleking har behandlingsvolumet blitt markant lavere de siste ti årene (Holden & Øye, 2023).

Vista Analyser undersøkelse viser at det har vært en betydelig nedgang i tannbehandlingsvolumet siden 2013, selv om befolkningen går like ofte til tannlegen som før. Besøkene hos tannlegen består i dag i større grad av kun kontroll enn for ti år siden. Andelen som har fått råd om hvordan de kan holde tennene rene, har også falt signifikant gjennom perioden, fra 63 prosent til 13 prosent (Holden & Øye, 2023).

Tabell 3.1. viser hvilken behandling som er utført hos tannpleier blant respondentene som har vært hos tannpleier i løpet av det siste året. Også hos tannpleier er undersøkelse med røntgen og rens av tenner de to mest vanlige behandlingene (60 og 78 prosent). For flere av behandlingene er det betraktelige forskjeller mellom aldersgruppene. Blant personer i aldersgruppen 20–29 år har en betydelig lavere andel fått utført rens av tenner og tannkjøttbehandling sammenliknet med de andre aldersgruppene, jf. tabell 3.1 (Holden & Øye, 2023).

Tabell 3.1 Type behandling utført hos tannpleier det siste året. Prosentandel av personer som har vært til tannpleier det siste året. Aldersinndelt. 2023

Behandling	Alle	20–29 år	30–39 år	40–49 år	50–59 år	60–70 år
Undersøkelse med røntgen	59,9	53	70,3	70,8	55,9	55,5
Undersøkelse uten røntgen	14,5	16,4	16,4	15	11,5	14,1
Tannrens	77,7	54,2	82,3	83,3	88,4	82,5
Fikk råd om renhold av tenner	25,9	29,6	28,9	31,4	23,5	18,3
Tannkjøttbehandling	18,9	3	9,8	17	29,6	31,9
Tannbleking	1	1,3	0	1,9	1	0,5

Kilde: Holden & Øye, 2023.

Udekket behov og årsaker til ikke å oppsøke tannhelsetjenester

Tabell 3.2 viser funn fra Vista Analyses befolkningsundersøkelse når det gjelder årsaker til at noen ikke går regelmessig til tannlegen.

I alt 24 prosent av respondentene i befolkningsundersøkelsen oppgir at de ikke går regelmessig til tannlegen. Av disse oppgir 26 prosent at årsaken er at de ikke har hatt behov for tannbehandling, mens 16 prosent svarer at årsaken er at det er ubehagelig å gå til tannlegen og 23 prosent svarer at årsaken er at de har tannlegeskrekk (Holden & Øye, 2023).

Det var i befolkningsundersøkelsen mulig å krysse av for flere årsaker for ikke å gå regel-

messig til tannlege. «Annet» var et svaralternativ, og for en stor andel av dem som svarte «annet», framgår det av fritekstsvar at respondenten likevel får undersøkt tennene regelmessig. Mange går regelmessig til tannpleier eller til tannlege etter behov (Holden & Øye, 2023).

Pris og økonomi peker seg ut som viktige faktorer i befolkningsundersøkelsen. Den vanligste kombinasjonen av svaralternativer er at det er dyrt og at man ikke har råd til å gå til tannlegen. Blant respondentene som ikke går regelmessig til tannlegen, oppgir nesten en av sju disse to årsakene som de eneste årsakene blant svaralternativene. I alt svarer 35 prosent av dem som ikke går regelmessig til tannlegen, at det blant annet skyldes at de ikke har råd. Dette tilsvarer anslagsvis åtte prosent av befolkningen mellom 20 og 70 år (Holden & Øye, 2023).

Figur 3.10 viser funn fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT4) (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024).

Deltakerne i HUNT4 som svarte at de ikke hadde vært hos tannlege eller tannpleier de siste to årene, ble spurt om årsak(er) til dette. I alt 47 prosent oppga at de ikke har behov, og 27 prosent at de ikke har hatt råd, jf. figur 3.10.

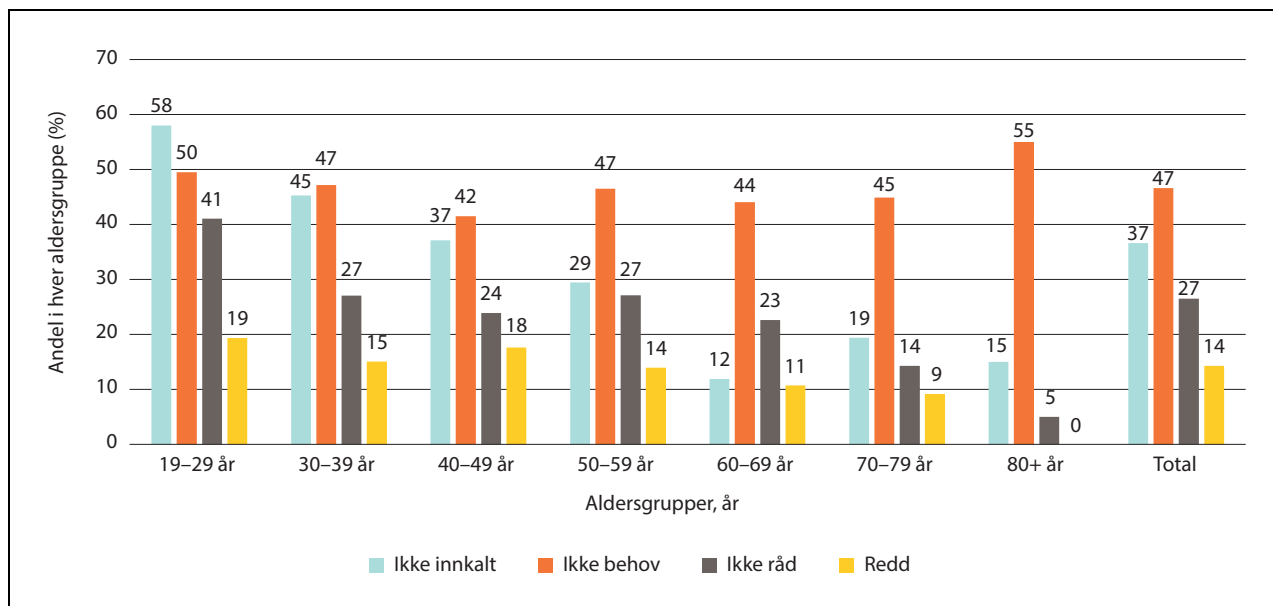
Andelen som i HUNT4 oppgir at de ikke har vært hos tannlege fordi de er redde utgjør totalt 14 prosent, med den høyeste andelen på 19 prosent i den yngste aldersgruppen (19–29 år). Aldersgruppen 19–29 år skiller seg også fra de andre aldersgruppene når det gjelder øvrige årsaker til at de ikke har gått til tannhelsetjenesten. I denne aldersgruppen oppgir 58 prosent av deltakerne at de ikke er blitt innkalt som årsak, 50 prosent at de ikke har hatt behov og 41 prosent at de ikke har hatt råd (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024).

Tabell 3.2 Årsaker til å ikke gå regelmessig til tannlege. Andel personer. Prosent. 2023

Årsak	%
Vanskelig å få dratt til tannlegen	4
Har ikke hatt behov	26
Har ikke råd	35
Det er ubehagelig	16
Kjenner ingen god tannlege	7
Det er dyrt	60
Har tannlegeskrekk	23
Annet	8

Kun respondenter som ikke går regelmessig til tannlegen, dvs. de som oppga at de ikke går til tannlegen eller kun bestiller time ved behov. Mulig å oppgi flere årsaker.

Kilde: Holden & Øye, 2023.



Figur 3.10 Årsaker til at personer ikke har vært til tannlege/tannpleier de siste to år, andel inndelt etter alder (n=901). Nord-Trøndelag. Prosent. HUNT4 2017–2019

Deltakerne kan ha oppgitt flere årsaker.

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.

Når man i HUNT4 ser nærmere på de 27 prosent som oppgir å ikke ha råd som årsak til at de ikke har vært hos tannlege/tannpleier siste to år, er det 38 prosent som har lav inntekt mot 20 prosent med middels og høy inntekt (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024).

Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse ser også på udekket behov for tannhelsetjenester og hvordan dette varierer med ulike karakteristika ved respondentene (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Tabell 3.3 presenterer resultatene fra levekårsundersøkelsen 2019 og samlet sett oppgir åtte prosent av befolkningen som er 16 år og eldre et udekket behov for tannhelsetjenester (Statistisk sentralbyrå, 2021). I Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse for 2023 oppgir 7,3 prosent å ikke ha råd til å gå til tannlege (Statistisk sentralbyrå, 2024). Dette er en økning fra 2019 hvor om lag 5 prosent oppga dette, jf. tabell 3.3.

Variasjonen i udekket behov reflekterer i stor grad variasjonen i bruk av tannlegetjenester ved at de som i mindre grad oppsøker tannlege, i større grad har et udekket behov. For eksempel ses den sosiale gradienten også her med større udekket behov blant respondenter med lavere inntekt. Arbeidsmarkedsstatus har også betydning. Andelen med udekket behov er langt høyere enn gjennomsnittet blant arbeidsledige og uføre, mens den er lav blant alders- og AFP-pensjonister (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Videre viser resultatene at andelen av innbyggerne under 45 år som oppgir et udekket behov, er mer enn dobbelt så høy som for dem over 45 år. Yngre oppsøker i mindre grad tannlege og har et høyere udekket behov. Høyest udekket behov oppgis av respondentene som samtidig oppgir at de har svekket helse eller opplever psykiske plager. I denne gruppen oppgir hver femte innbygger at de har et udekket behov for tannhelsetjenester, mens blant innbyggerne som har god helse er udekket behov fem prosent (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Respondentene oppgir også landbakgrunn i undersøkelsen og resultatene viser at respondenter med landbakgrunn utenfor Norge oppgir et noe høyere udekket behov. Som nevnt tidligere i dette kapittelet finner Statistisk sentralbyrå at personer med landbakgrunn utenfor Norge, sammenliknet med befolkningen i stort, har dårligere tannhelse, men det er likevel en lavere andel som har vært hos tannlege siste år (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Befolkningsstudier i Troms og Finnmark (Hadler-Olsen & Jonsson, 2021; Nermo & Hadler-Olsen, 2023) viser at regelmessige tannlegebesøk årlig eller annet hvert år er forbundet med god munnhelse, både egenopplevd og klinisk. Videre viser de at både høyt og lavt konsum av tannlegetjenester er assosiert med dårligere tannhelse, både selvopplevd og klinisk. Økonomi opp-

Tabell 3.3 Andel personer 16 år og over som ikke har tatt kontakt med tannlege på tross av behov, samt grunner for ikke å ha tatt kontakt. Etter aldersgruppe, kjønn, utdanning, husholdningsinntekt, helsetilstand, arbeidsstatus, bostatus og landbakgrunn. Prosent. 2019

	Udekket behov tannlege	Har ikke råd	Tar for lang tid å få time	Problemer med transport/ lang vei	Andre grunner	Antall respondenter
Alle	8	5	1	0,4	4	7879
Menn	8	4	1	0,5	4	3952
Kvinner	8	5	1	0,3	4	3927
16–44 år	12	7	1	0,7	6	3405
45 år og over	5	2	1	0,2	2	4474
Grunnskolenivå	11	7	0	0,9	5	1713
Videregående nivå	7	4	1	0,2	3	3114
Høyere utdanning	7	3	1	0,3	3	2891
Under 250 000 kr	16	11	1	1,2	7	1005
250 000–500 000 kr	8	5	1	0,2	4	4685
Over 500 000 kr	4	1	1	0,3	3	2189
God helse	5	2	1	0,2	2	5559
Svekket helse	22	15	1	1,3	9	1092
Psykiske plager	22	15	1	1,1	8	754
I jobb	9	5	1	0,3	4	4766
Arbeidsledig	18	13	0	0,8	7	155
Student eller verneplikt	10	5	1	0,7	6	822
Alders- eller AFP-pensjonist	2	1	0	0,2	1	1579
Ufør	17	11	1	0,7	6	441
Hjemmearbeidende eller annet	10	10	-	1,1	0	116
Bor alene	10	5	0	0,5	5	1927
Bor sammen med andre	8	4	1	0,4	3	5952
Landbakgrunn Norge	7	4	1	0,4	4	6278
Landbakgrunn øvrige land	12	7	1	0,6	5	1601

Flere grunner kan oppgis.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, 2021.

gis som vanligste årsak for sjeldne tannlegebesøk hos unge voksne og middelaldrende. Tromstannundersøkelsen viser at så mye som 40 prosent av unge voksne hadde utsatt tannbehandling på grunn av økonomi. Mindre enn 50 prosent av unge voksne rapporterte regelmessige tannlegebesøk (Hadler-Olsen & Jonsson, 2021; Nermo & Hadler-Olsen, 2023).

Statistisk sentralbyrå har sett nærmere på om befolkningen opplever å ha råd til å fullføre en tannbehandling (Statistisk sentralbyrå, 2021). I levekårsundersøkelsen om helse fra 2019 har de stilt følgende spørsmål: «Har det noen gang hendt at du ikke har gjennomført en tannbehandling du trenger, eller bare har gjort deler av behandlingen, fordi det ville blitt for dyrt?» På dette spørsmålet svarte 17 prosent ja. Statistisk sentralbyrå ser en tydelig sosial gradient etter inntekt. I alt 27 prosent av dem i den laveste inntektsgruppen, mot ni prosent i den høyeste gruppen, svarte at de har unnlatt å gjennomføre eller fullføre en tannbehandling på grunn av prisen. Videre ser Statistisk sentralbyrå at det særlig er mange blant arbeidsledige (37 prosent), men også mange uføre, og personer med nedsatt psykisk og/eller fysisk helse som svarer dette. Kjønnsforskjellene er små, men det er en forskjell etter alder. I undersøkelsen er det flere under 45 år enn over som oppgir at de har valgt å takke nei til tannbehandling på grunn av prisen, det vil si 20 prosent blant personer under 45 år og 13 prosent blant personer over 45 år (Statistisk sentralbyrå, 2021).

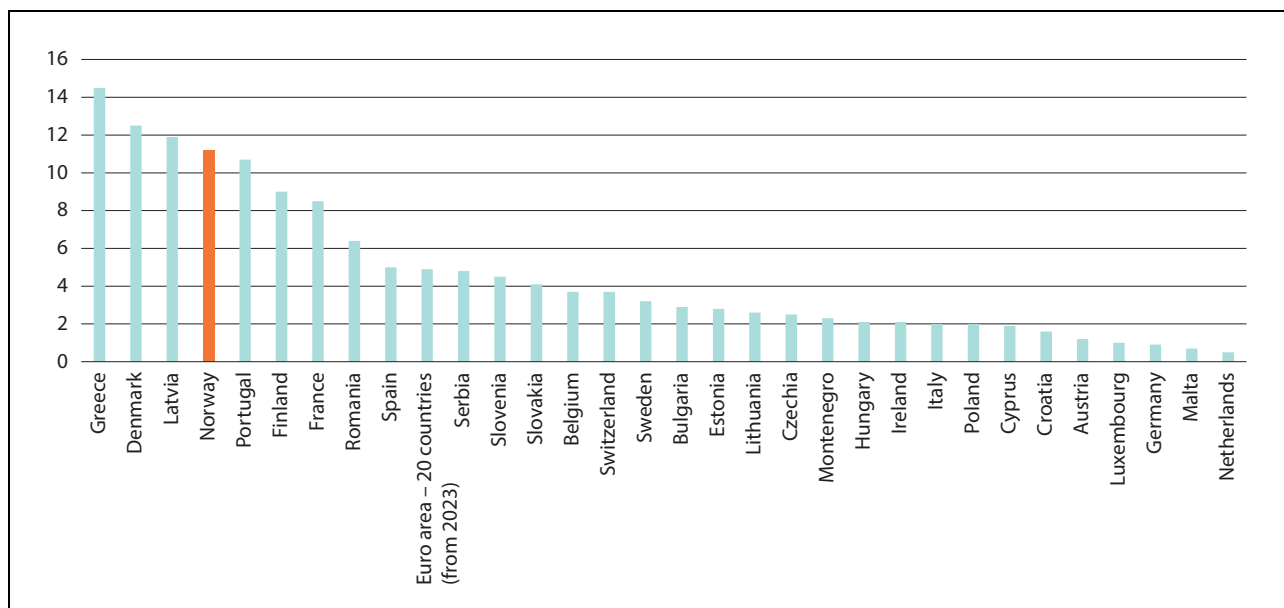
3.2.2 Udekket behov i et internasjonalt perspektiv

Medlemslandene i EU og et fåtall andre europeiske land, inkludert Norge, bidrar årlig til innsamling til EUs statistikk om inntekt og levekår (EU-SILC) (Eurostat, 2023). I Norge gjennomfører Statistisk sentralbyrå undersøkelsen som inngår i EU-SILC.

EU-SILC presenterer blant annet statistikk relatert til udekkede behov for tannbehandling og annen medisinsk behandling blant befolkningen i EU og enkelte andre europeiske land. Udekket behov er egenrapportert og basert på spørreundersøkelser. Figur 3.11 viser hvor stor andel av innbyggerne over 16 år som anslås å ha et udekket behov for tannhelseundersøkelse eller tannbehandling.

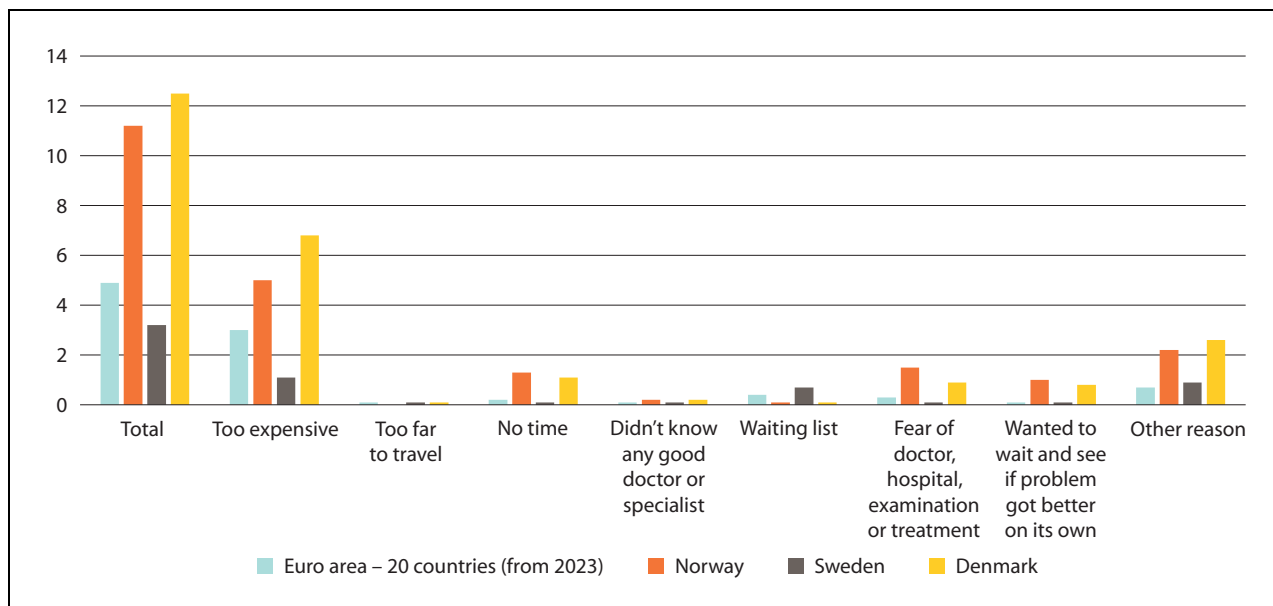
I Norge oppga 11,3 prosent av respondentene i 2022 at de har et udekket behov for tannhelse-tjenester, jf. figur 3.11. Andelen som oppgir udekket behov i Norge er klart høyere enn gjennomsnittet i EU som er på 4,8 prosent, men andelen i Norge har ligget lavere i tidligere år, og har variert mellom 5 og 8 prosent fra 2014 til 2021. Med det høye nivået som er registrert i 2022, er det bare innbyggerne i Hellas, Danmark og Latvia som oppgir et høyere udekket behov enn innbyggerne i Norge (Eurostat, 2023).

EU-SILC-undersøkelsen spør også etter hovedårsaken bak det udekkede behovet for tannbehandling eller -undersøkelse. Her skiller det mellom årsaker knyttet til organisering og funk-



Figur 3.11 Andel personer over 16 år som oppgir udekkede behov for tannundersøkelse eller -behandling. Prosent. 2022

Kilde: Eurostat, 2023.



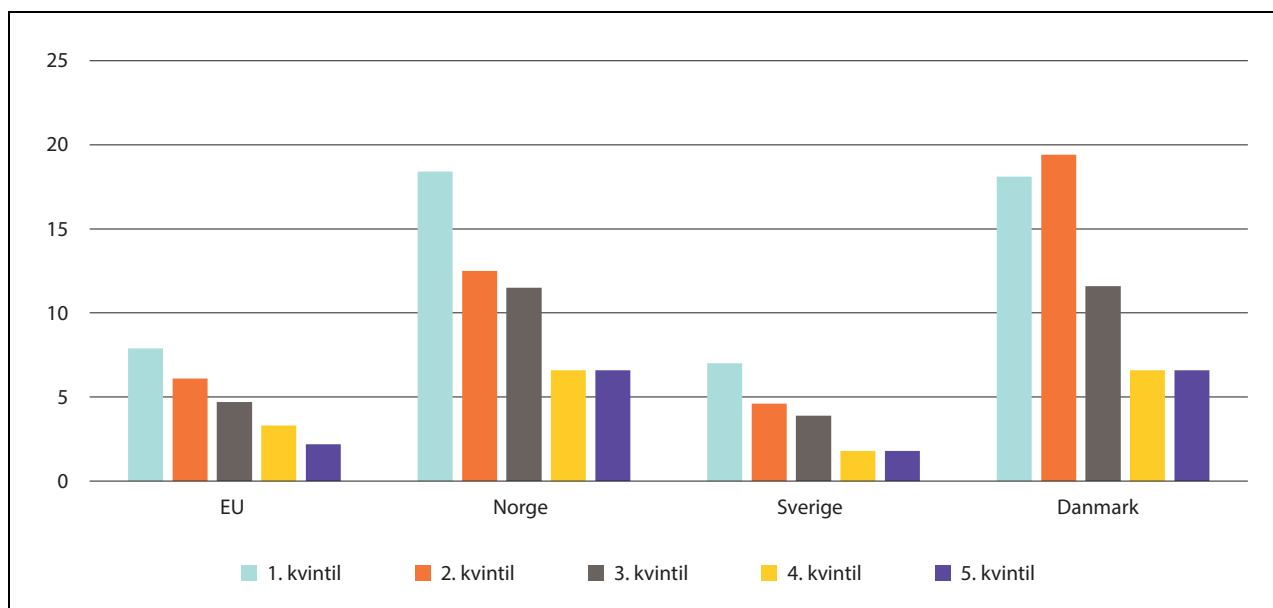
Figur 3.12 Andel personer over 16 år som oppgir udekkede behov for tannundersøkelse eller -behandling, etter hovedårsak. Gjennomsnitt i EU, Norge, Sverige og Danmark. Prosent. 2022

Kilde: Eurostat, 2023.

sjon av helsetjenester – for dyrt, for langt å reise eller ventelister – og andre årsaker. Figur 3.12 viser andelen av innbyggerne i EU og i de nordiske landene som oppgir et udekket behov fordelt på årsaker.

Figur 3.12 viser at den vanligste hovedårsaken til udekkede behov for tannbehandling i EU er at det er for dyrt. Andre årsaker har liten betydning.

I Norge svarte i 2022 noe under halvparten av respondentene med et udekket behov at dette skyldes høye utgifter ved å gå til tannlegen. Samlet utgjør dette om lag 5 prosent av innbyggerne. Dette er klart over gjennomsnittet i EU som er på 2,9 prosent, og i bare fire av landene oppgir en høyere andel av respondentene at udekket behov har økonomiske årsaker. Svært få forklarer udek-



Figur 3.13 Andel personer med udekket behov for tannhelsetjenester i EU, Norge, Sverige og Danmark, per land og inntektsklasse. Prosent. 2022

Kilde: Eurostat, 2023.

ket behov med reiseavstand og i Norge oppgir ingen at dette er forklaringen. I Norge oppga imidlertid 1,5 prosent av respondentene frykt for tannhelsepersonellet eller behandlingen. Det eneste andre landet som har en viss andel som oppgir slik frykt, er Danmark med 0,9 prosent. For øvrig har dette ingen tilsvarende parallell i andre EU-land (Eurostat, 2023).

Figur 3.13 viser EUs statistikk fra 2022 om udekket behov i ulike inntektsklasser. Inntektsklassene er inndelt i kvintiler (femdeler). Laveste inntekt i 1. kvintil, høyeste inntekt i 5. kvintil. Statistikken viser at Norge og Danmark er svært like og har et markert høyere udekket behov enn Sverige og EU. Det er også betydelig større innslag av udekket behov i de lavere inntektsklassene i Norge og Danmark, enn i Sverige og EU.

3.2.3 Oppsummert

Undersøkelsene viser oppsummert i hovedtrekk at:

- De fleste går regelmessig til tannlegen.
- De fleste besøk hos tannlege eller tannpleier skyldes innkalling til tannhelsekontroll.
- Personer bosatt i de minst sentrale kommunene går sjeldnere til tannlege enn personer bosatt i mer sentrale kommuner.
- Besøk hos tannlegen består i dag i større grad av kun tannhelsekontroll enn for ti år siden.
- Den mest vanlige behandlingen, utenom tannhelsekontroll, er rensing av tennene. Deretter følger fylling av hull.

- For de fleste typer behandling er det en reduksjon i omfang gjennom de seneste ti årene. Likevel går befolkningen om lag like ofte til tannlegen som tidligere.
- Av dem som ikke har vært hos tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene, oppgir 26–47 prosent som årsak at de ikke har hatt behov. I alt 27–35 prosent oppgir at årsaken er, eller blant annet er, at de ikke hatt råd. I alt 14–23 prosent oppgir at årsaken er, eller blant annet er, at de er redde for å gå til tannlege.
- Rundt 8–11 prosent av befolkningen (16 år og eldre) har udekket behov for tannhelsetjenester. Økonomi oppgis som den vanligste årsaken til at voksne har udekket behov tannhelsetjenester. Andelen som oppgir udekket behov i Norge er klart høyere enn gjennomsnittet i EU som er på 4,8 prosent.

3.3 Tilgjengelighet til tannhelsetjenester

3.3.1 Dekning tannhelsepersonell

Norge har om lag 4 480 allmenntannleger og 580 tannlegespesialister, til sammen i overkant av 5 000 tannleger. I tillegg kommer om lag 1 140 tannpleiere, 375 tannteknikere og 4 700 tannhelsesekretærer, jf. tabell 3.4 (Statistisk sentralbyrå).

Se for øvrig nærmere omtale av tannhelsepersonell i kapittel 10.10 *Utdanning av tannhelsepersonell*.

Tabell 3.4 Antall avtalte årsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste, etter personellgruppe, sektor og år. 2021–2023

		2021	2022	2023
Tannhelsesekretær	Offentlig sektor	1518,9	1582,5	1592,2
	Privat sektor	3292,4	3341,8	3373,8
Tannpleiere	Offentlig sektor	575,2	600,8	640,8
	Privat sektor	496,7	509,4	499,3
Tannteknikere	Offentlig sektor	.	.	.
	Privat sektor	412,4	397,4	375,0
Tannlegespesialist	Offentlig sektor	82,3	90,5	90,7
	Privat sektor	485,5	485,9	489,9
Tannleger uten spesialitet	Offentlig sektor	1273,6	1278,3	1337,1
	Privat sektor	3066,0	3124,9	3143,7

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 11774 fra Tannhelsetenesta.

Boks 3.2 Datagrunnlaget for undersøkelse av tilbudet i tannhelsetjenesten – Markedsstruktur og priser

Vista Analyse har på oppdrag fra tannhelseutvalget levert rapporten *Undersøkelse av tilbudet i tannhelsetjenesten – Markedsstruktur og priser* (Holden et al., 2023).

I beskrivelsen av markedsstruktur har «Legelisten.no» vært deres viktigste kilde. Listen gir oversikt over tilnærmet samtlige tannleger og tannklinikker i Norge (per februar 2023). I tillegg har Vista Analyse benyttet data og statistikk fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner), Statistisk sentralbyrå, samt gjennomført en egen spørreundersøkelse.

Priskartleggingen er gjort gjennom spørreundersøkelsen Vista Analyse sendte til samtlige klinikker med e-postadresse i Legelisten.no. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i april

2023. Spørreundersøkelsen ble også sendt til samtlige private og offentlige tannpleiere som er medlemmer i Tannpleierforeningen. I tillegg benyttet Vista Analyse uttrekk fra Forbrukerrådets nå nedlagte prisportal, «Hvakostertannlegen.no». Portalen gir prisinformasjon fra ca. 1600 klinikker, oppdatert i løpet av januar 2019 til mai 2020. Som et supplement til spørreundersøkelsen og Hvakostertannlegen.no har Vista analyse også gjennomført en nettpreisundersøkelse.

Vista Analyse har også hentet inn regnskapsdata som en del av grunnlaget for å vise hvordan markedet utvikler seg. Her har de brukt tjenesten Proff Forvalt som henter inn data på virksomhetsnivå fra Brønnøysundregisteret.

Vista Analyses undersøkelse av tilbudet i tannhelsetjenesten (Holden et al., 2023) viser at i 2022 var det 4 120 årsverk (tannleger og tannpleiere) tilknyttet privat sektor og 1 970 årsverk tilknyttet offentlig sektor. Totalt utgjør dette 11,2 tannlege- og tannpleierårsverk per 10 000 innbyggere. Dette tilsvarer om lag 890 innbyggere per årsverk. Undersøkelsen er basert på tall fra hentet fra Statistisk sentralbyrå (Holden et al., 2023).

Antall tannlege- og tannpleierårsverk per innbygger har steget med 4,6 prosent fra 2015 til 2022. Veksten er høyere i det private markedet (5,4 prosent) enn i offentlig sektor (2,8 prosent). Antall tannpleiere har hatt den største prosentvise veksten, med 15,5 prosent vekst per innbygger, mens private allmenntannleger har hatt den største absolutte veksten i årsverk med 242 flere tannlegeårsverk i 2022 enn i 2015 (Holden et al., 2023).

Personelldekningen er forholdsvis lik mellom fylkene med unntak av høyere dekning i Troms og Finnmark og Oslo (Holden et al., 2023).

Figur 3.14 viser fylkesvis dekning av tannleger, tannlegespesialister og tannpleiere per 10 000 innbyggere for 2022 fordelt på offentlig og privat sektor. Troms og Finnmark har den klart høyest dekningen med 16 årsverk per 10 000 innbyggere, etterfulgt av Oslo med 13 årsverk per 10 000 innbyggere. Trøndelag og Viken har den laveste andelen med ti årsverk per 10 000 innbyggere (Holden et al., 2023).

Selv om Troms og Finnmark har høyest andel per innbygger, er også avstandene store, noe som er viktig å ta hensyn til når man skal vurdere hvorvidt dekningen er god eller dårlig.

Figur 3.14 viser også fordelingen av årsverk i offentlig og privat sektor. Troms og Finnmark har høyest andel tannhelsepersonell ansatt i offentlig sektor, mens Oslo har lavest andel.

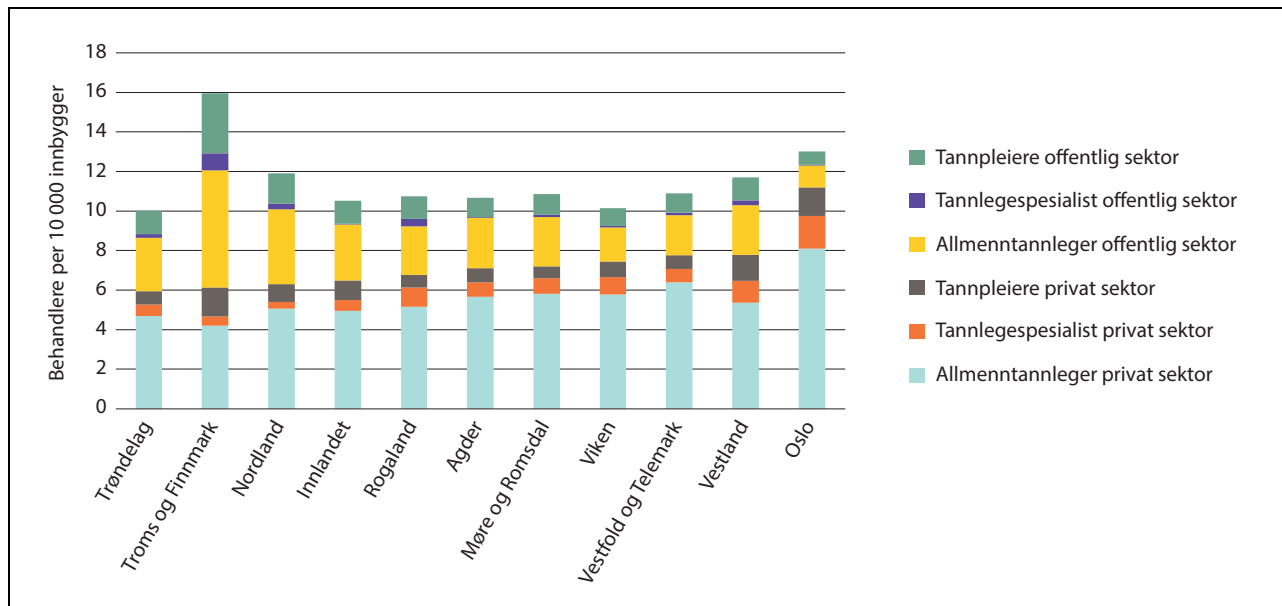
Figuren viser videre fordelingen av årsverk etter type tannbehandler. Allmenntannlegene (i privat og offentlig sektor) utgjør den største andelen. Det er noe variasjon mellom fylkene i fordelingen av ulike typer personell.

De tre nordligste fylkene har dårligst dekning av private tannbehandlere, men dersom vi ser bort fra Oslo, er forskjellen sett mot de øvrige fylkene moderat. Vi ser også at den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark har høyere dekning av spesialister enn den offentlige tannhelsetjenesten i de øvrige fylkene (Holden et al., 2023).

3.3.2 Dekning av tannleger og tannlegespesialister

I en global rangering av land, målt etter tannlegedekning per innbygger i 2019, ligger Norge på tredje plass (Holden et al., 2023).

I Norden er Norge nå det landet med høyest tannlegedekning, og det eneste landet som har økt tannlegedekningen etter 2000. I Sverige,



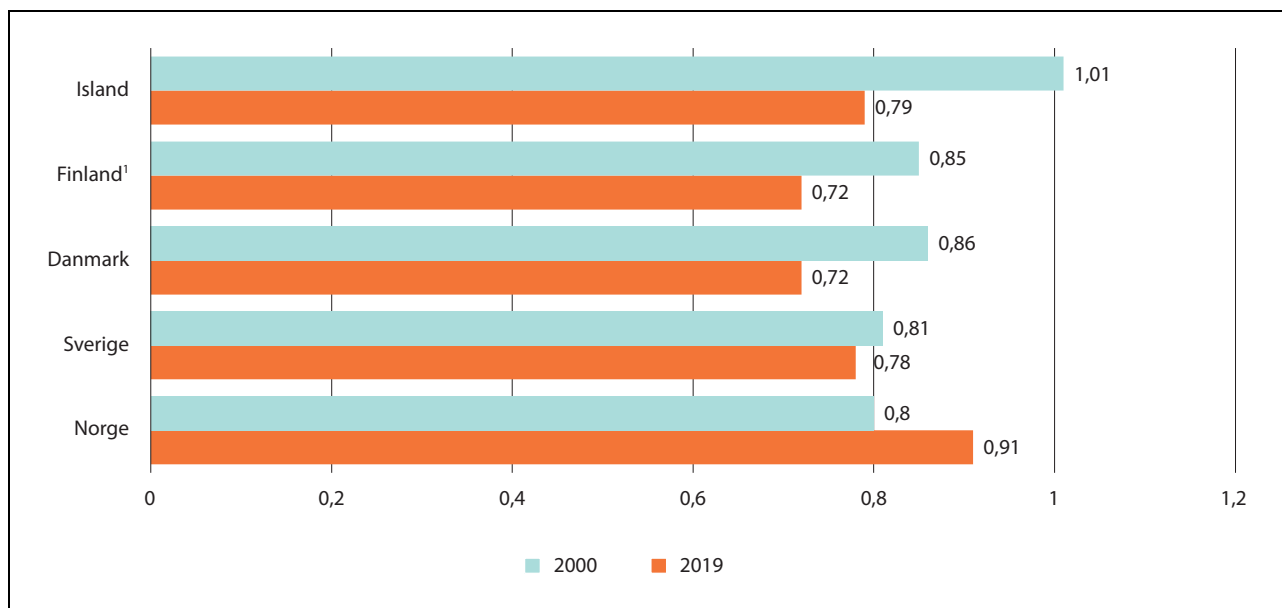
Figur 3.14 Antall årsverk per 10 000 innbyggere. Tannpleiere og tannleger med og uten spesialitet. Fylkesfordelt. 2022

Kilde: Holden et al., 2023.

Danmark, Finland og på Island, har tannlegedekning falt i samme periode, jf. figur 3.15 (Holden et al., 2023).

I perioden 2015–2022 har utviklingen i antall tannleger fulgt befolkningsveksten i Norge, slik at tannlegedekningen nasjonalt har vært stabil, men det er geografiske forskjeller (Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S (2023–2024)).

De geografiske forskjellene i tannlegedekning ser man særlig mellom Sør- og Nord-Norge. For eksempel hadde Viken 4,7 ganger så mange tannleger som Nordland i 2022. Forskjellene er større for spesialister enn for allmenntannleger. Oslo har høyest spesialistdekning med nesten tre ganger så mange spesialister per innbygger som Innlandet med lavest spesialistdekning (Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S (2023–2024)).



Figur 3.15 Antall tannleger per 1 000 innbyggere i de nordiske landene. 2000 og 2019

¹ Finland er oppgitt med 2018-tall, i stedet for 2019

Kilde: Holden et al., 2023.

Tabell 3.5 Tannlegedekning, antall årsverk per 10 000 innbyggere

Sentralitet	Befolkning 2022	Tannleger	Private tannleger	Offentlige tannleger	Antall spesialister	Antall private allmenn- tannleger	Antall private spesialister
1	1 042 653	11,21	10,15	1,06	2,01	8,23	1,92
2	1 388 098	9,75	8,15	1,61	1,71	6,56	1,59
3	1 383 132	8,45	6,59	1,86	0,9	5,76	0,84
4	882 613	8,09	5,47	2,62	0,63	4,95	0,52
5	496 699	6,89	3,89	3	0,42	3,58	0,3
6	232 075	4,44	1,25	3,19	0,09	1,21	0,04
Legelisten.no	5 425 270	8,94	7,02	1,93	1,2	5,91	1,1
KUHR		9,2			1,3		
SSB Årsverk		9,2	6,7	2,5	1,1	5,8	0,9

Tannlege som er tilknyttet flere klinikker, er talt kun én gang. Tannlegen som både er tilknyttet offentlig og privat klinikk, og/eller i flere sentralitetsgrupper, er tilfeldig plassert. Plasseringen av disse tannlegene gir begrenset utslag på tallene.

Kilde: Holden et al., 2023.

Om lag en firedel av landets tannleger arbeider i offentlig sektor. Tannlegedekningen av offentlig ansatte tannleger er vesentlig høyere i Nord-Norge enn i Sør-Norge, illustrert ved at det var seks ganger flere offentlig ansatt tannleger per 10 000 innbyggere i Troms og Finnmark enn i Oslo ved utgangen av 2022. Dette har sammenheng med lav privat tannlegedekning i nord (Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S (2023–2024)).

Når det gjelder veksten i antall tannleger har denne vært størst i Øst-Norge. Mer enn halvparten av veksten i tannlegeårsverk har skjedd her. Hele 15 prosent av veksten i tannlegeårsverk har skjedd i Oslo. Sør-Norge hadde 140 færre private tannlegeårsverk i 2022 enn de hadde i 2015. Tannlegedekningen i Sør-Norge, målt i årsverk per innbygger, er likevel på nivå med resten av landet (unntatt Oslo og Troms og Finnmark) i 2022 (Holden et al., 2023).

Tabell 3.5 viser kartlegging av tannlegedekning basert på Legelisten.no, fordelt etter sentralitet. Tabellen viser også tannlegedekning på nasjonalt nivå basert på henholdsvis Legelisten.no, KUHR og Statistisk sentralbyrå (Holden et al., 2023).

Vista Analyse finner at dekingen i tannhelsetjenester varierer med sentralitet slik at befolkningen i mindre sentrale kommuner må reise lenger for å få behandling hos tannlege, særlig hos spesialist, jf. tabell 3.5.

I undersøkelsen framgår det videre at de fleste kommuner har minst én allmenntannlege med avtale om direkte oppgjør med Helfo, men 15 prosent av kommunene (53 stk.) har ingen allmenntannlege med registrert avtale i 2022. Fire av disse kommunene har minst en tannpleier, mens 49 kommuner har ingen tannbehandler (allmenntannlege, spesialist eller tannpleier) i kommunen. Det er hovedsakelig de små og minst sentrale kommunene som ikke har tannlege med direkteoppgjørsavtale. Blant de små og minst sentrale kommunene som har tannlege, består tilbudet i hovedsak av offentlige klinikker og/eller klinikker med åpningstid en til to dager i uken, kombinert med skiftordninger. I større og mer sentrale kommuner er det stort sett tilstedeværelse av faste tannleger fordelt på flere klinikker, og hovedvekten av tilbudet er private klinikker (Holden et al., 2023).

Helsedirektoratet finner at andelen innbyggere som benytter offentlige tannhelsetjenester er høyest i kommuner med få innbyggere, og at det er store forskjeller mellom fylkeskommunene (Helsedirektoratet, 2024).

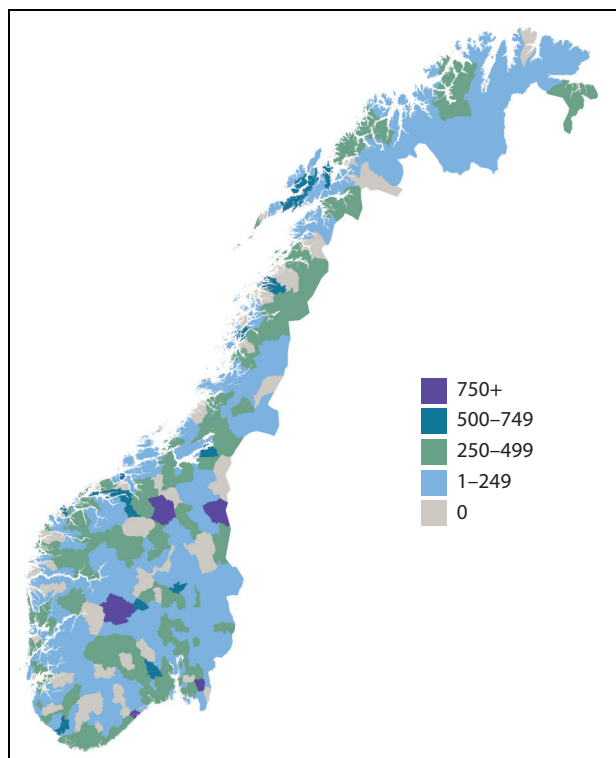
Vista Analyses undersøkelse viser at tannlegedekning har betydning for bruk av folketrygdens stønad til tannbehandling.

For å undersøke tilbudet i kommunene nærmere, i form av behandlingsvolum, har Vista Analyse sett på gjennomsnittlig utbetalt stønad til tannbehandling per innbygger over 20 år. Figur

3.16 viser funnene på et norgeskart (Holden et al., 2023).

Vista Analyse finner at Trøndelag har to av kommunene med høyest tannhelsestønad per innbygger (Røros og Oppdal). Begge disse kommunene er å anse som mellomstore i Trøndelag, og de har nærliggende kommuner som er mindre og som ikke er registrert med utbetalinger av folketrygdstønad til allmenntannleger i 2022. Vista Analyse trekker fram dette som et eksempel på at enkelte kommuner ikke har, eller har et svakt tilbud av allmenntannleger, og at befolkningen derfor oppsøker nabokommuner for å få dekket sine tannhelsebehov. Kartleggingen viser at det er gjennomgående at små og usentrale kommuner ikke har et tjenestetilbud i egen kommune. De aller fleste har likevel et tilbud i en nærliggende kommune, som det ser ut til at de benytter (Holden et al., 2023).

Også Statistisk sentralbyrås rapport *Tannhelserefusjoner fra folketrygden Utgifter og mottakere i perioden 2011–2021* (Statistisk sentralbyrå, 2023b) viser at tannlegedekning, særlig tilgang til private tannleger, ser ut til å ha betydning for bruk av folketrygdens stønad til tannbehandling. Andelen mottakere av folketrygdens stønad til tannbehandling er større blant personer som



Figur 3.16 Gjennomsnittlig stønadsbeløp hos allmenntannlege per voksne innbyggere. Kroner

Kilde: Holden et al., 2023.

Boks 3.3 Ny spesialitet i multidisiplinær odontologi

Multidisiplinær odontologi (MDO) er vedtatt som ny tannlegespesialitet. Spesialiteten gir en breddekompetanse som er viktig for pasienter med særlige behov og for pasienter med lang reisevei til andre tannlegespesialister. Spesialistkompetansen er samtidig vurdert nyttig ved tilbud om orale helsetjenester i tverrfaglig miljø på sykehus og ved tannhelse-tilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi. Etterspørselen etter spesialister i MDO vil trolig være størst i landsdeler som har lav dekning av tannlegespesialister. Spesialiteten vil også kunne bidra til å bedre den geografiske fordelingen av tannlegespesialister.

bor i sentrale strøk med høy tannlegedekning, enn blant innbyggere i mindre sentrale strøk med lav tannlegedekning (Statistisk sentralbyrå, 2023b). Se kapittel 6.3.5 for nærmere beskrivelse av funn.

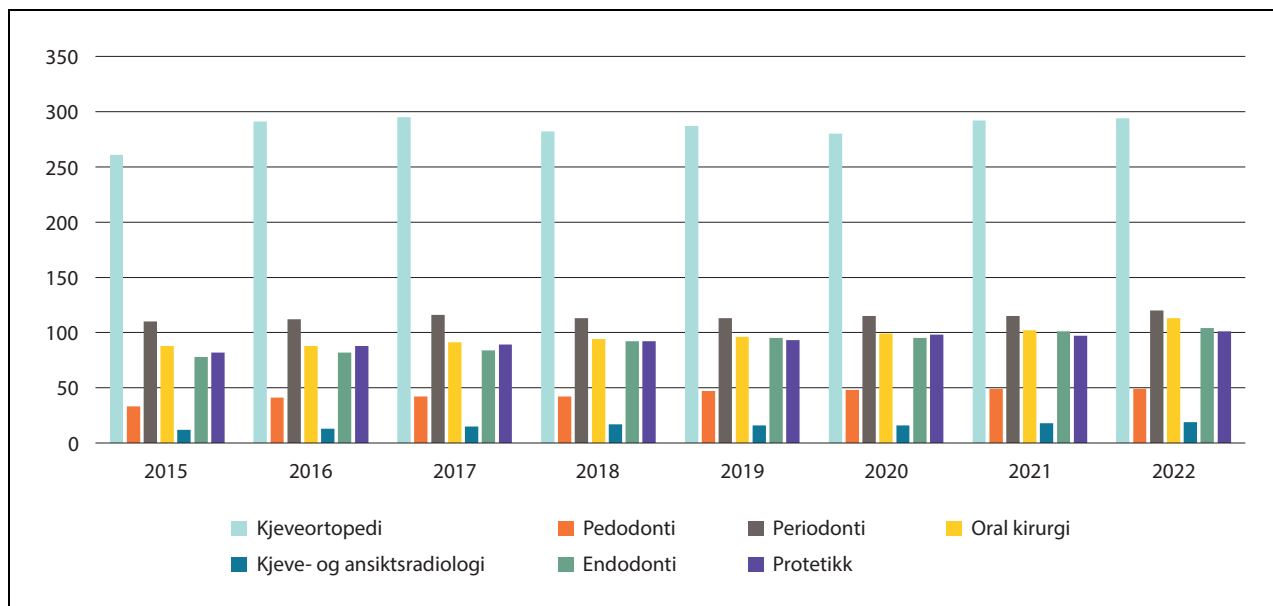
Om lag en av ti tannleger er spesialister. I Norge finnes det åtte godkjente spesialiteter innen odontologi.

Figur 3.17 viser antall tannleger med de ulike spesialitetene i perioden 2015–2022. Spesialiteten multidisiplinær odontologi (MDO) ble godkjent i 2022 og er derfor ikke med i figuren. Figur 3.17 viser at den største andelen tannlegespesialister er kjeveortopedier. Se kapittel 4.4.4 for beskrivelse av hvordan fordelingen av tannlegespesialister er i de ulike fylkeskommunene.

I rapporten *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040* (Statistisk sentralbyrå, 2023a) anslår Statistisk sentralbyrå i sine framskrivninger at det fram til 2040 kan bli rikelig tilgang på tannleger i Norge. Det er en del usikkerhet forbundet med forutsetningene for etterspørselen etter tannleger i årene framover, men med nøkterne anslag for veksten i etterspørselen går det mot et overskudd av tannleger, ifølge Statistisk sentralbyrå.

3.3.3 Dekning av tannpleiere

Tannpleierdekningen i Norge har økt med 11 prosent på landsbasis fra 2015 til 2022, fra 1,8 tannpleiere per 10 000 innbyggere i 2015 til 2,0 i 2022 (Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S



Figur 3.17 Antall tannleger med spesialistutdanning, etter hovedspesialitet. 2015–2022

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 07935 fra Helse- og sosialpersonell.

(2022–2023)). Veksten i antall tannpleiere kan blant annet henge sammen med at tannpleiere fikk mulighet til å inngå avtale om direkte oppgjør med Helfo fra 2013 (Holden et al., 2023). En annen forklaring kan være at måltallet for utdanning av tannpleiere har økt. Kunnskapsdepartementet fastsetter kandidatmåltall for helseutdanningene. Måltallene er et minstekrav til antall uteksaminerte kandidater fra de enkelte utdanningsinstitusjonene. For tannpleiere har måltallet økt med om lag 20 kandidater årlig fra 2016–2021 (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2022).

Tannpleierdekningen er høyest i Nord-Norge, med omtrent dobbelt så høy dekning som de fleste fylkene i resten av landet. Vestland har høyest tannpleierdekning i Sør-Norge. Den sterkeste prosentvise veksten i tannpleierdekning har funnet sted i Viken, Innlandet og Oslo i perioden 2015–2022, mens de nordnorske fylkene har hatt svakest vekst (Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S (2022–2023)).

Rapporten *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040* (Statistisk sentralbyrå, 2023a) viser at det vil være en klar vekst i etterspørselen etter tannpleiere fram mot 2040, men veksten i etterspørselen er anslått å bli litt svakere enn veksten i tilbudet. Denne utviklingen kan etter hvert gi et overskudd av tannpleiere.

Se figur 3.14 som viser fylkesvis dekning av tannlege- og tannpleierårsverk per 10 000 innbyggere for 2022 fordelt på offentlig og privat sektor.

3.3.4 Dekning av tannteknikere

Antall tannteknikere har vist en jevn nedgang, fra 460 avtalte årsverk i 2015 til 397 i 2022 (Statistisk sentralbyrå).

Markedet for tanntekniske arbeider er preget av konkurranse, import og krav om offentlig anbudsutsetting av tanntekniske tjenester. Tannteknikere er autorisert helsepersonell.

3.3.5 Dekning av tannhelsesekretærer

I Rapporten *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040* (Statistisk sentralbyrå, 2023a) framgår det at det utdannes for få tannhelsesekretærer og at det kan bli mangel på denne yrkesgruppen over tid.

Tannhelsesekretærene er autorisert helsepersonell. De har oppgaver på tannklinikkene knyttet til administrasjon, hygiene, smittevern og pasientsikkerhet. I tillegg er sekretærene viktig i assistanse ved pasienten, i pasientkommunikasjon, hjerte- og lungeredning (HLR) mv.

3.4 Priser på tannhelsetjenester og pasientenes egenbetaling

3.4.1 Fri prissetting

Det har siden 1995 vært fri prissetting for tannhelsetjenester i Norge. Før dette var prisene regulert i form av honorartariffen for tannbehandling,

men denne ble opphevet da forhandlingene mellom Tannlegeforeningen og staten strandet i 1995.

Fri prissetting medfører at tannlegene kan sette priser avhengig av kostnader, etterspørselsforhold og konkurransesituasjonen i lokale markeder. Det betyr at prisene kan variere mellom tilbydere i samme marked, men også mellom geografiske områder med ulike etterspørsels- og konkurranseforhold.

Fri prissetting gjelder også når tannbehandlingen inngår i folketrygdens stønad til tannbehandling, inkludert ved tannregulering til barn og unge. Helfo utbetaler da stønad etter folketrygdens takster. Takstene er maksimalbeløp for hva folketrygden dekker, men tannlegen/tannpleieren kan ta høyere pris enn det pasienten får dekket gjennom folketrygden. Pasienten må da selv betale det eventuelle mellomlegget mellom det tannlegen/tannpleieren krever og det beløpet folketrygden dekker. Vi omtaler ofte mellomlegget som et prispåslag.

Fri prissetting gjelder også i den offentlige tannhelsetjenesten om betalende pasienter behandles der. Statsstøtteregler medfører imidlertid at fylkeskommunene plikter å utarbeide adskilte regnskaper og følge øvrige bestemmelser i regelverket for å unngå krysssubsidiering der de tilbyr tannhelsetjenester i et marked i konkurranse med private tilbydere. Det medfører i praksis et prisgulv for offentlig tannhelsebehandling. Se nærmere omtale i kapittel 4.4 *Tjenestetilbudet i den offentlige tannhelsetjenesten*.

3.4.2 Opplysningsplikt

Prisopplysninger ved tannhelsetjenester er regulert i forskrift om prisopplysninger mv. for varer og tjenester (prisopplysningsforskriften).

Prisopplysningsforskriften krever at det skal opplyses om de fullstendige prisene på de tjenestene som tilbys. Dette inkluderer alt av materialer og ytelser som inngår i tjenesten. Dersom stykkprisen varierer på en tjeneste innenfor et bestemt intervall, skal høyeste og laveste pris innenfor intervallet opplyses om. Eventuelle minstepriser skal oppgis. Det er også krav om at prisopplysning skal gis ved lett synlig prisoppslag/prisliste og på hjemmesiden på internett.

Pristilbud for tannhelsetjenester er regulert særskilt i forskriftens § 18. Her framgår det at om totalprisen vil overstige 5 000 kroner, skal tilbyderen av tannhelsetjenesten uoppfordret gi forbrukeren et skriftlig tilbud med totalprisen før behandlingen starter. Pristilbudet kan gis muntlig

dersom all behandling foregår i den første konsultasjonen. I tilfeller hvor folketrygden gir stønad til tannbehandlingen, skal stønadsbeløpet komme fram av pristilbudet.

Forskriften regulerer også at prisopplysninger for tannhelsetjenester registreres i elektronisk prisportal for tannhelsetjenester, jf. forskriften § 14. Forbrukerrådets prisportal www.hvakoster-tannlegen.no ble stengt i 2020 som følge av pandemien og manglende innrapportering av priser over tid fra tannklinikker i hele landet. Det er igangsatt et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Forbrukerrådet for å utvikle samme kanal for innrapportering til prisportalen som til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) fra den private tannhelsetjenesten. Meldeplikt for private virksomheter som yter tannhelsetjenester, ble presisert i forskriftens § 3-1 med virkning fra 1. november 2022. Direktoratet satte i gang en pilot for innhenting av data i 2023. Arbeidet med å reetablere prisportalen er så langt stilt i bero til prisinformasjon fra tannhelsetjenesten er tilgjengelig i KPR. Se nærmere omtale under kapittel 10 *Pågående utviklingsarbeid*.

Erfaring Vista Analyse har gjort i forbindelse med innhenting av prisinformasjon for et utvalg av 127 klinikker, viser at ikke alle klinikker har hjemmesider med prisopplysninger. Det er mer vanlig med manglende prisinformasjon på nett for klinikker i mindre sentrale kommuner. Blant klinikkene som har prisopplysninger på nett, er det flere som opererer med fra-priser eller intervaller.

3.4.3 Prisutvikling

Vista Analyse har sett på prisutviklingen for tannhelsetjenester. Undersøkelsen er basert på tall fra Statistisk sentralbyrå.

Vista Analyse finner en realprisvekst for tannhelsetjenester de siste 20 årene. Prisveksten er illustrert i figur 3.18 ved at den blå linjen for prisvekst i tannhelsetjenester stiger noe brattere enn den gule linjen som viser konsumprisindeksen (KPI) – altså den generelle prisutviklingen på varer og tjenester – fra 2014 og framover.

Vista Analyse beskriver at prisene på tannbehandling hadde en svakere utvikling enn KPI fram til forhandlingene mellom Tannlegeforeningen og staten strandet i 1995 og honorartariffen for tannbehandling ble opphevet. Fra det ble fri prissetting i 1995 har prisen på tannhelsetjenester steget kraftigere enn prisveksten på øvrige varer og tjenester. Vista Analyse mener det er uklart i hvor

stor grad prisveksten siden 1995 kan forklares av kostnadsøkninger og nye investeringer og i hvilken grad tannlegene bruker sin markedsrett til å heve prisene. De første årene etter overgangen fra honorartariff til fri prissetting kan det ha vært behov for en priskorrigerings for å sikre kostnadsdekning, etter en tiårsperiode med lavere prisvekst på tannhelsetjenester enn KPI i forkant av 1995. De viser til at det har vært en teknologisk utvikling siden 1990-tallet som hever kvaliteten på behandlingene, men også innebærer at tannlegene har gjennomført relativt kostnadskreven investeringer (Holden et al., 2023).

3.4.4 Prisnivå og prisspredning

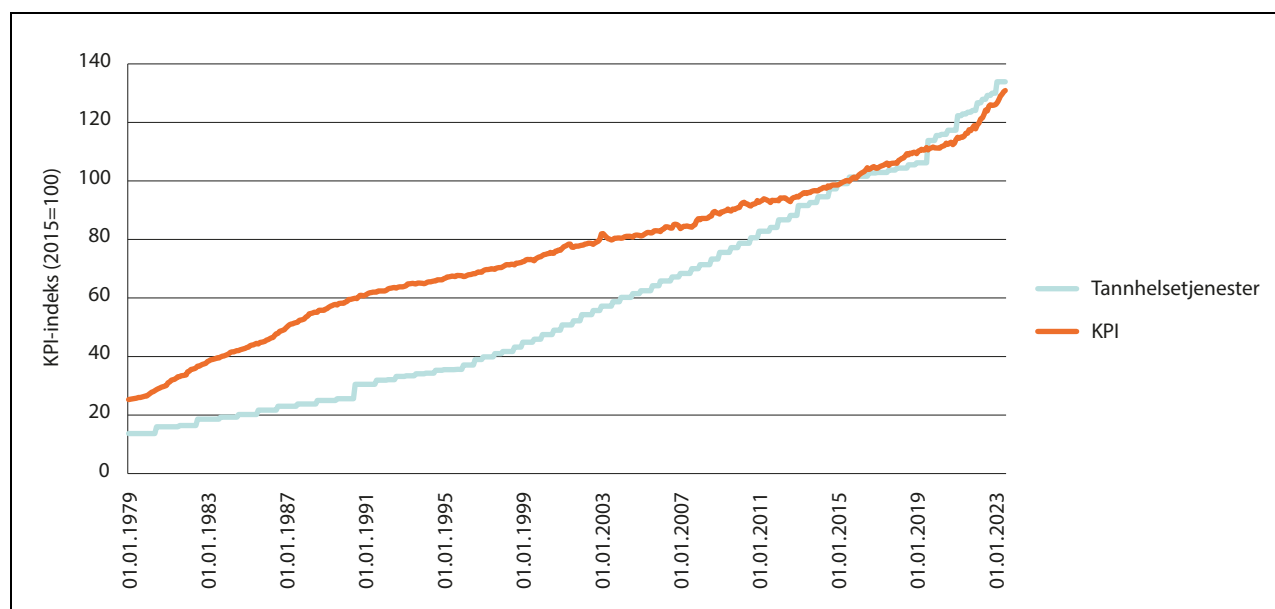
Vista Analyse har undersøkt prisnivå og prisvariasjon i det norske tannhelsemarkedet (Holden et al., 2023) for utvalget. Prisinformasjonen er innhentet ved hjelp av en spørreundersøkelse til de private allmenntannlegene samt private og offentlige tannpleiere. For de fleste behandlingene er det supplert med prisinformasjon fra nettsideundersøkelser, fylkeskommunenes prislister og www.hvakostertannlegen.no.

Prisundersøkelsen gir deskriptiv informasjon om prisnivå og prisvariasjoner. Den fanger ikke

opp eventuelle kvalitetsforskjeller mellom behandlingene de ulike respondentene tilbyr, herunder variasjon i utstyr, materialer, tannteknikk mv. i tillegg til tannbehandlerens ferdigheter og tidsbruk (Holden et al., 2023).

På de fleste behandlingene er det begrenset prisspredning mellom de private allmenntannlegeres respondenter. Halvparten av respondentene oppgir priser innenfor et intervall på om lag 20 prosent av medianprisen på behandlingen på de fleste behandling, blant annet standard undersøkelse (median 1 320 kroner, 23 prosent prisspredning, som tilsvarer 300 kroner), fylling 2 flater (median 1 740 kroner, spredning 315 kroner), rotfylling 1 kanal (median 4 270 kroner, spredning 800 kroner) og behandling av marginal periodontitt (median 1 513 kroner, spredning 313 kroner) (Holden et al., 2023).

På enkelte behandlinger er prisforskjellen mellom respondentene betydelig større. For implantatretinert krone med implantat (helkrone metall/keram) oppgir respondentene priser som gir en prisspredning på 58 prosent (median 10 000 kroner), som vil si at halvparten av respondentene oppgir priser innenfor et spenn på ca. 5 800 kroner. Den store prisspredningen kan henge sammen med at det er store forskjeller i pris på



Figur 3.18 Prisutvikling på tannhelsetjenester. 1979–2023

SSBs statistikkbank tabell 03013. Prisutviklingen for tannhelsetjenester kartlegges vha spørreskjema til et utvalg av landets tannleger fire ganger i året, hhv. februar, mai, august og november. Mellom ca. 2015 og 2020 ble prisene hentet fra Forbrukerrådets prisportal «Hvakostertannlegen.no» hhv. februar og august hvert år. Den svake prisutviklingen fra 2015 til juli 2019 og den kraftige prisøkningen i august 2019 kan sannsynligvis i hovedsak forklares av at en betydelig andel av klinikkene ikke oppdaterte sine priser i portalen, slik at gjennomsnittsprisene ble stadig mer utdaterte, inntil Forbrukerrådet i 2019 gjorde en større gjennomgang, som medførte at en betydelig andel av prisene ble oppdatert. Analysen bruker 2015 som basisår. Eventuelle endringer i forbruk er ikke hensyntatt.

Kilde: Holden et al., 2023.

tannteknikk, blant annet avhengig av om det er norskprodusert eller importert fra utlandet (Holden et al., 2023).

Vista Analyse finner gjennomgående tendens til høyere priser i mer sentrale strøk og i større, mer folkerike kommuner. Dette kan henge sammen med høyere inntektsnivå og følgelig høyere betalingsvillighet, samt større etterspørsel i slike områder (Holden et al., 2023). I tillegg kan tannklinikkerne ha høyere kostnader knyttet til blant annet lokaler i mer sentrale og større kommuner. Man kunne tenke seg at konkurransen var hardere i mer sentrale strøk, ettersom dekningen er bedre, og det er flere tannleger per innbygger. Det skulle i så fall tilsi lavere priser i sentrale strøk, men siden etterspørsels- og kostnadsforhold ikke er de samme i sentrale og rurale områder, er det vanskelig å si noe om effekten av konkurranse på prisene i tannhelsemarkedet.

Videre finner Vista Analyse små prisforskjeller mellom offentlige og private klinikker, men at kjeder i snitt har om lag ti prosent høyere priser enn andre private klinikker (Holden et al., 2023).

3.4.5 Befolkningens tannbehandlingsutgifter

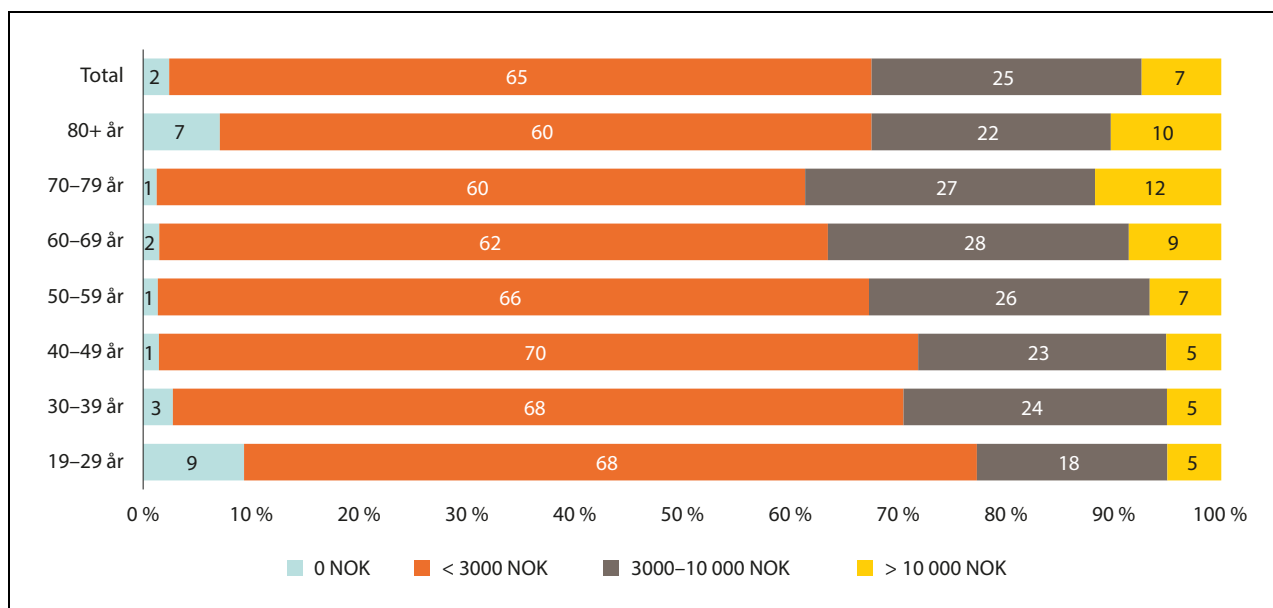
Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT4) har blant annet undersøkt befolkningens utgifter til tannhelsetjenester (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024).

Figur 3.19 viser at blant dem som har vært hos tannlege eller tannpleier i løpet av de siste to årene, oppgir sju prosent av respondentene å ha betalt mer enn 10 000 kroner for behandlingen. Hovedandelen i alle aldersgrupper oppgir å ha betalt inntil 3 000 kroner. Andelen personer som oppgir å betale mer for tannbehandling, stiger med alder for så å synke noe for den eldste aldersgruppen, de over 80 år. Andelen som oppgir å ikke ha betalt noe for tannbehandling, er høyest i den yngste og den eldste aldersgruppen. Dette er logisk fordi det i disse aldersgruppene er flere med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Figur 3.20 viser funn i HUNT4 når det gjelder utgifter for tannbehandling fordelt etter kjønn og utdanning. Det som klart skiller seg ut er at det er en relativt stor andel av menn med kun grunnskole som har betalt mer enn 10 000 kroner for tannbehandling de siste to årene.

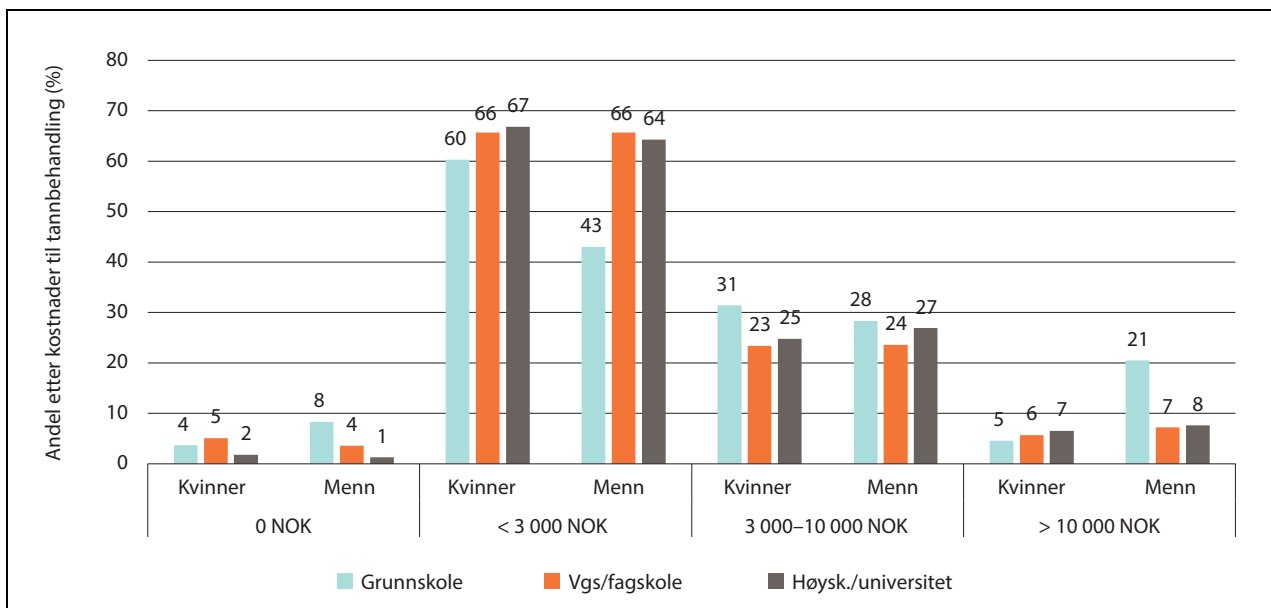
Figur 3.21 viser Vista Analyse sine funn om voksenbefolkningens utgifter for tannhelsetjenester (Holden & Øye, 2023).

Befolkningsundersøkelsen viser at gjennomsnittlige utgifter for tannbehandling blant de som har vært hos tannlege eller tannpleier det siste året, var 3 435 kroner. Tannbehandlingsutgiftene var i gjennomsnitt høyere for de eldre enn for de yngre. Det framkommer at 60 prosent av respondentene som har vært hos tannlegen og/eller tannpleier det siste året, oppgir under 2 000 kroner i tannbehandlingsutgifter i løpet av året.



Figur 3.19 Voksnes utgifter til tannbehandling siste to år, andel personer inndelt etter alder (n = 5958). Nord-Trøndelag. Prosent. HUNT4 2017-2019

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.



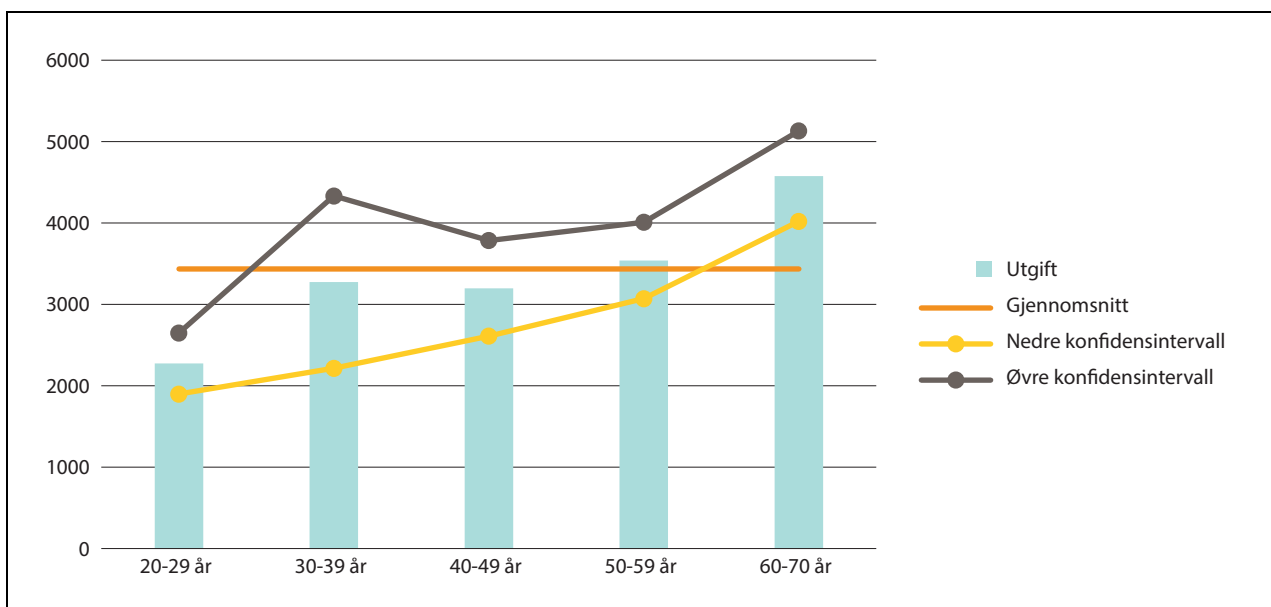
Figur 3.20 Utgifter i forbindelse med tannbehandling siste to år, andel personer inndelt etter kjønn og utdanning (n = 5940). Nord-Trøndelag. Prosent. HUNT4 2017–2019

Kilde: Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024.

Videre oppgir hele 25 prosent utgifter mellom 1 001–1 500 kroner. Seks prosent oppgir utgifter over 10 000 kroner og én prosent over 30 000 kroner. Et fåtall rapporterer om utgifter på over 100 000 kroner (Holden & Øye, 2023).

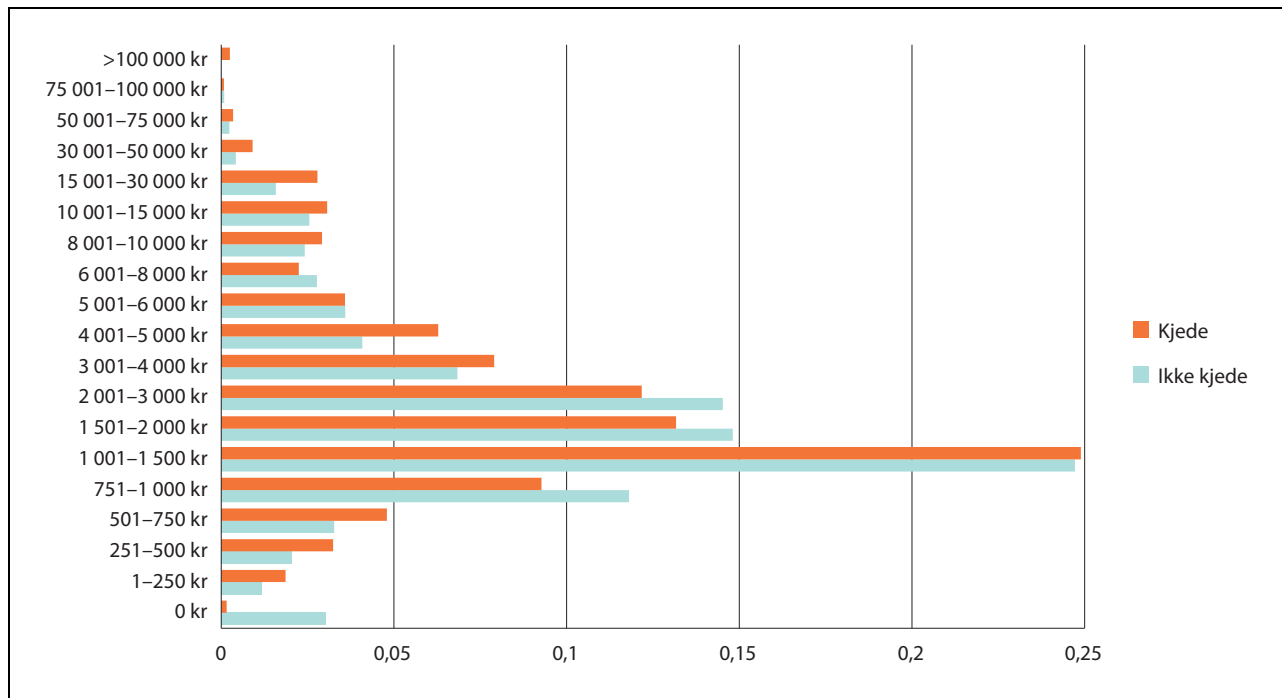
Figur 3.22 viser hvordan tannbehandlingsutgiftene fordeler seg blant respondentene som

har vært hos tannlegen, tannpleier eller begge det siste året. Tallene vises for besøkende hos kjede og ikke-kjede. De som har vært hos en kjede, oppgir i snitt høyere tannbehandlingsutgifter. Medianutgiftene er imidlertid på 1 750 kroner både blant respondentene som har besøkt kjede og ikke-kjede (Holden & Øye, 2023).



Figur 3.21 Gjennomsnittlige tannbehandlingsutgifter det siste året etter aldersgruppe. Kroner. 2023

Basert på befolkningsundersøkelse til et utvalg av Kantars GallupPanel september 2023. Vektet. 95 pst. konfidensintervall. N=2487 etter 7 ekstremobservasjoner er ekskludert. Respondenter som har vært hos tannlege og/eller tannpleier ila de siste 12 månedene. Kilde: Holden & Øye, 2023.



Figur 3.22 Tannbehandlingsutgifter blant de som har vært hos kjede og ikke kjede. Kroner. 2023

Basert på befolkningsundersøkelse til et utvalg av Kantars GallupPanel september 2023. Vektet. N=2428, hvorav 630 har besøkt kjede. 7 ekstremobservasjoner er ekskludert. Respondenter som har vært hos tannlege og/eller tannpleier ila siste 12 månedene.

Kilde: Holden & Øye, 2023.

Vista Analyse vurderer at utgiftsforskjellene mellom kjeder og ikke-kjeder kan henge sammen med at det er en større andel spesialister blant tannlegene i kjeder og andre forskjeller i behandlingsomfanget. Når det kontrolleres for hvilken behandling respondentene oppgir å ha fått, er utgiftsforskjellene stort sett ikke lenger statistisk signifikante. Det er eksempelvis ingen statistisk signifikant prisforskjell mellom kjeder, offentlige klinikker og øvrige klinikker blant respondentene som kun har gjennomført undersøkelse med røntgen og tannrens (Holden & Øye, 2023).

Vista Analyse har også undersøkt gruppen med høye tannbehandlingsutgifter. Andelen personer med utgifter over 10 000 og 15 000 kroner er i 2023 henholdsvis seks og tre prosent. Korrigert for den generelle prisøkningen for varer og tjenester siden 2013, har omtrent en like stor andel

av befolkningen høye tannbehandlingsutgifter i dag som for ti år siden (Holden & Øye, 2023).

Tre prosent av respondentene i befolkningsundersøkelse oppga å ha fått tannbehandling i utlandet i løpet av de to siste årene. For ca. 20 prosent av disse gjaldt denne tannbehandlingen akuttbehandling, mens nesten halvparten oppga at de fikk behandling i utlandet, fordi det er rimeligere enn behandling i Norge. En tredel svarte at årsaken var at behandling/service er bedre enn i Norge. Halvparten av de som svarte dette, oppga i tillegg rimeligere behandling enn i Norge som årsak (Holden & Øye, 2023).

Også barn og unge med behov for tannregulering som omfattes av folketrygden, kan ha betydelig egenbetaling. Se kapittel 6.3.8 for nærmere beskrivelse knyttet til tannregulering.

Kapittel 4

Den offentlige tannhelsetjenesten

I dette kapittelet omtales den offentlige tannhelsetjenesten.

4.1 Organisering

4.1.1 Fylkeskommunal tjeneste

Ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten er lagt til fylkeskommunen. Fylkeskommuner er selvstendige, folkevalgte organer som ivaretar oppgaver som tjenesteprodusenter, myndighetsutøvere, samfunnsutviklere og oppgaver fylkeskommunene selv har tatt initiativ til ut fra egne vurderinger og prioriteringer. Dette innebærer at det er de folkevalgte i fylkestingene som vedtar de årlige budsjettene. Det er også fylkestingene som beslutter klinikkstrukturen i sitt fylke. Siden organisering avgjøres av fylkeskommunen er det derfor ikke en del av kommune-stat-rapporteringen (KOSTRA).

Den offentlige tannhelsetjenesten er organisert ulikt i de 15 fylkeskommunene. I noen fylker er tannhelsetjenesten et eget fylkeskommunalt foretak/virksomhet, mens andre fylkeskommuner har en egen divisjon/seksjon/avdeling. Tannhelsetjenestens organisasjonstilhørighet innad i fylkeskommunen har endret seg etter regionreformen, og flere har valgt å samordne tannhelsetjenesten med andre deler av fylkeskommunenes ansvarsområder. I noen fylkeskommuner er tannhelsetjenestene i samme divisjon som utdanning, andre i samme rådsområde som næring, sammen med forebygging, IT, opplæring og folkehelse.

4.2 Rettslig regulering

4.2.1 Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjeneste

I tannhelsetjenesteloven § 1-1 andre ledd framgår det at fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd fastslår at: «Fylkeskommunen skal sørge for at tann-

helsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket».

Hva som ligger i dette er omtalt på denne måten i Prop. 16 L (2014–2015), side 14–15:

«Begrepet «tilgjengelig» er ikke konkretisert i tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider. Lovens forarbeider bidrar heller ikke til å kaste lys over hva som ligger i begrensningen om at tannhelsetjenester «i rimelig grad» skal være tilgjengelige. Formuleringen angir et visst minstenivå på tilgang på tannhelsetjenester som ligger lavere enn det som kan karakteriseres som optimal tilgjengelighet, men som ikke kan være lavere enn det som følger av det generelle helserettslige kravet til forsvarlige tjenester.

Tilgjengelighetsansvaret innebærer i praksis at fylkeskommunen må påse at det samlet sett er tilstrekkelig tilgang på kvalifisert tannhelsepersonell i fylket, inkludert spesialistkompetanse, sett i forhold til befolkningens behov. Dette gjelder både innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og i privat sektor. Andre faktorer som fylkeskommunen må ta hensyn til ved vurderingen av om tilgjengeligheten er tilfredsstillende er nærhet til nærmeste tannhelsetilbud, ventetid på behandling, åpningstider og fysisk tilgjengelighet til tannklinikker. Tilgjengelighetsansvaret omfatter både organisering av forebyggende tiltak for hele befolkningen, samt behandling av akutte tilstander. Videre kan det være behov for å få utført mer omfattende tannbehandling fra tidlig alder for barn med medfødte sykdommer/tilstander som har innvirkning på kjeve, munn og tenner. Dette er behandling som i stor grad forutsetter spesialistkompetanse hos tannlegen.

Tilgjengelighetsansvaret må ses i sammenheng med fylkeskommunens ansvar for å samordne den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-4. Samordningen skal både sikre effektiv utnyt-

telse av de samlede tannhelseressursene i fylket og likeverdig tilgang på tannhelsetjenester over hele landet. Dette innebærer at fylkeskommunen må ha oversikt over tannhelseressursene og behandlingsskapasiteten i fylket og vurdere tilgjengeligheten på bakgrunn av faktorene som er nevnt i avsnittet over. Fylkeskommunens virkemidler for å ivareta tilgjengelighetsansvaret må i første rekke forstås ut fra muligheten til å rekruttere kvalifisert personell til den fylkeskommunale tannhelsetjenesten samt å legge forholdene til rette for og oppmuntre til etablering av privat tannhelsevirksomhet i fylket.»

Fylkeskommunens ansvar omfatter både forebygging og behandling, jf. § 1-2 og § 1-3 første ledd første punktum.

Tannhelsetjenestelovens § 1–4 sier fylkeskommunene har ansvar for å samordne den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor. Tannhelsetjenesteloven § 1-3 b pålegger fylkeskommunene plikt til å ta imot og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten. Disse bestemmelsene er ment å gi myndighetene oversikt over helsepersonelldekningen som grunnlag for å kunne ivareta tilgjengelighetsansvaret og for å iverksette styringstiltak ved behov. Se også omtale i kapittel 4.6 *Helseberedskap*. Tilsvarende bestemmelser finnes også i annen helselovgivning (helse- og omsorgstjenesteloven).

4.2.2 Plikt til å tilby tannhelsetjenester til bestemte pasientgrupper

Enkelte grupper er gitt rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommunen der de bor eller oppholder seg i medhold av tannhelsetjenesteloven § 2-1. Personer som har midlertidig oppholdstillatelse i riket, må ha fem års botid i riket for å ha rett til nødvendig tannhelsehjelp etter § 2-1, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd. Kravet om botid i riket gjelder ikke for personer som har rettigheter i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd.

Retten til nødvendig tannhelsehjelp samsvarer med den plikt fylkeskommunens er pålagt til regelmessig og oppsøkende tilbud til særskilte grupper etter § 1-3 første ledd første punktum.

Tannhelsetjenesteloven § 1-3 pålegger fylkeskommunen å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til følgende grupper:

a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.

- b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
- c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
- d. Unge voksne fra året de fyller 19 til og med året de fyller 24 år.
- e. Personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar noen av følgende tilbud:
 - personlig assistanse i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b
 - avlastningstiltak for pårørende i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2
 - legemiddelassistert rehabilitering i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16
- f. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen.
- g. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

Fram til 1. juli 2024 sa tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd at opplistingen i grupper (a til e) er i prioritert rekkefølge. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene, skulle denne prioriteringen følges.

Tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd ble foreslått opphevet i Prop. 60 L (2023–2024). Departementet vurderte at tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd ikke er i samsvar med retten pasienten har til behandling, eller med prinsippene for prioritering i helsetjenesten. Bestemmelsen ble opphevet ved LOV-2024-06-25-54.

4.2.2.1 Gruppe a – barn og unge

Den offentlige tannhelsetjenesten har i henhold til tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.

Tannhelsehjelp til barn og unge skal bidra til at disse aldersgruppene får hjelp til så langt det lar seg gjøre å opprettholde god munnhelse. Dette omfatter både forebyggende tiltak for å unngå sykdom og behandling av sykdom når den inntrer. Hjelpen omfatter også nødvendig behandling av medfødte tilstander, slik at alle gis mulighet til å ha et funksjonelt tannsett. Fylkeskommunen har også plikt til å sørge for at barn og unge får nødvendig spesialisttilbud.

Fylkeskommunen har et lovpålagt ansvar for å legge til rette for at tannhelsetjenestene skal være i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 c. Et tilsvarende ansvar har kommunen og de regionale helseforetakene, jf. helse- og

omsorgstjenesteloven § 3-3 a og spesialisthelse-tjenesteloven § 2-1 f.

Det stilles krav om at tannhelsetjenesten må organiseres på en slik måte at tjenesteyterne settes i stand til å forebygge, avdekke samt avverge vold og seksuelle overgrep, jf. Prop. 71 L (2016–2017) kapittel 12.1 til ny § 1-3 c. Ansvar for å tilrettelegge tjenestene på en slik måte gjelder uavhengig om tjenestene ytes av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som fylkeskommunen inngår avtale med, jf. Prop. 71 L (2016–2017) kapittel 12.1 til ny § 1-3 c.

Den nasjonale faglige retningslinjen Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år (TannBarn) omtaler dette ansvaret særskilt. Retningslinjen redegjør for personellets opplysningsplikt, hvilke tegn som de skal følge med på og som gir grunn til bekymring for at barn er utsatt for vold eller overgrep. Fylkeskommunene skal også ha et system som sikrer ivaretagelsen av opplysningsplikten til barnevernet. Opplysningsplikten til barnevernstjenesten er lovfestet i helsepersonelloven § 33 og barnevernsloven § 13-2. Retningslinjen redegjør for nødvendig samhandling med Statens Barnehus, se nærmere omtale kapittel 4.5.2.

4.2.2.2 Gruppe b – psykisk utviklingshemmede

Den offentlige tannhelsetjenesten har i henhold til tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav b, plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.

Regelmessig og oppsøkende tannhelsehjelp er viktig for personer med utviklingshemming. Sentralt er både forebyggings- og mestringsaspektet. Symptombildet hos barn og unge med psykisk utviklingshemming er ofte sammensatt og krever en grundig og tverrfaglig vurdering og må vurderes i et utviklingsperspektiv. Psykisk utviklingshemmede pasienter over 18 år med medfødt eller tidlige ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter har behov for oppfølging over tid fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Bakgrunnen for at det offentlige er tillagt ansvar for denne persongruppen, er at det vanligvis dreier seg om personer som har et funksjonsnivå som medfører redusert evne til egenomsorg og derfor trenger hjelp til å ivareta egen tannhelse.

4.2.2.3 Gruppe c – grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie

Den offentlige tannhelsetjenesten har iht. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c,

plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.

Regelmessig og oppsøkende tannhelsehjelp er viktig for personer på sykehjem og for de som mottar hjemmesykepleie. Sentralt er både forebyggings- og mestringsaspektet. Dette er personer som i mindre grad mestrer å ivareta egen tannhelse / daglig munnstell, og ikke selv oppsøker tannhelsetjenesten ved behov. Risikoen er stor for reduksjon i tannhelsetilstand hvis de ikke gis regelmessig og oppsøkende tannhelsehjelp.

Det følger av forskrift om vederlag for tannhelsetjenester § 2 at når eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie har hatt institusjonsopphold eller pleie av hjemmesykepleien i sammenhengende tre måneder eller mer, skal disse gis vederlagsfritt tannhelsetjenester så lenge oppholdet eller pleien vedvarer. For tannhelsetjenester som blir gitt før institusjonsoppholdet eller hjemmesykepleien har vart i tre måneder, kan det kreves vederlag dersom oppholdet eller omsorgen ikke forventes å vare over tre måneder. Vederlagsfriheten gis uavhengig av om tannhelsen er påvirket av sykdommen vedkommende er innlagt eller får pleie for.

Tannbehandling som har sammenheng med eller påvirker den sykdommen pasienten er innlagt for eller får pleie for, skal ytes vederlagsfritt selv om institusjonsoppholdet eller pleien ikke har vart i tre måneder. Her gis dermed vederlagsfrie tannhelsetjenester som en følge av at tannhelsen direkte er påvirket av sykdommen vedkommende er innlagt eller får pleie for.

For å få dekket utgiftene til tannbehandling, må pasientene gå til den offentlige tannhelsetjenesten. Pasientene må selv dekke kostnadene om de går til en privat tannlege.

Det er fylkeskommunen som skal gi tilbud, men det er kommunen som må informere hver enkelt pasient om retten til gratis tannhelsehjelp. Manglende informasjonsflyt mellom fylkeskommuner og kommuner gjør at det kan oppstå svikt i informasjon om hvem som til enhver tid har rett til gratis tannhelsetjenester.

4.2.2.4 Gruppe d – ungdom fra året de fyller 19 til og med året de fyller 26 år

Den offentlige tannhelsetjenesten har iht. tannhelsetjenestelovens § 1-3 første ledd bokstav d, en plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til ungdom fra året de fyller 19 til og med året de fyller 24 år. Disse pasientene skal ikke betale større vederlag enn 25 prosent av departementets

fastsatte takster, inkludert eventuelle utgifter til tann tekniske arbeider, jf. forskrift om vederlag for tannhelsetjenester § 3.

Da tannhelsetjenesteloven ble innført i 1983 ble ungdom gitt rett til oppfølging fram til og med det året de fylte 20 år. I forbindelse med budsjettvedtakene i 2022 ble det vedtatt å utvide tilbudet til 21–22-åringene og i 2023 for aldergruppen opp til 24 år. Det ble vurdert at 25 prosent egenbetaling er i tråd med regelverket om statsstøtte etter EØS-avtalen, fordi en egenbetaling i denne størrelsesordenen gjør tilbudet til en del av den solidarisk finansierte offentlige tannhelsetjenesten. Endringen ble lovfestet i 2024.

I rundskriv I-3/2024 orienteres det om at i Stortingets budsjettvedtak for 2024 tilbys 25- og 26-åringer tannhelsetjenester med 25 prosent egenandel. Det legges til grunn at tiltaket videreføres i 2025. Det opplyses også om at Stortinget har bedt regjeringen om å fremme forslag om å endre tannhelsetjenesteloven, slik at personer i alderen 25 og 26 år får rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten på lik linje med unge voksne opp til 25 år.

4.2.2.5 *Gruppe e – personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar noen av følgende tilbud*

Av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e framgår det at den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar noen av følgende tilbud:

- personlig assistanse i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b
- avlastningstiltak for pårørende i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2
- legemiddelassistert rehabilitering i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16

Bestemmelsen ble inntatt i loven i 2024. I Prop. 60 L (2023–2024) kapittel 4.4.3 framgår det at det var meningen å lovfeste tilbudet til de pasientene som allerede var gitt et tilbud om tannbehandling etter rundskriv I-2/2006.

Tannhelsetjenestene gis vederlagsfritt hvis helse- og omsorgstjenestene har varighet sammenhengende i tre måneder eller lenger, jf. forskrift om vederlag for tannhelsetjenester § 2a. Retten til slike tannhelsetjenester gjelder fra oppstart av behandlingsopplegget med helse- og omsorgstjenester og så lenge dette vedvarer, jf. forskrift om vederlag for tannhelsetjenester § 2a andre ledd.

4.2.2.6 *Gruppe f – innsatte i fengsler i kriminalomsorgen*

Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav f.

I Prop. 60 L (2023–2024) 4.5.3 uttaler departementet:

«Fengselsstraff og forvaring kan i dag bli gjennomført på fleire ulike måtar. Lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven) gir i kapittel 3 ei oversikt over dei ulike gjennomføringsformene for fengselsstraff, forvaring og strafferettslege særreaksjonar. Straffegjennomføringsloven kapittel 4 omhandlar mellom anna varetektsfengsling

Med bakgrunn i straffegjennomføringsloven definerer departementet omgrepet «innsatt i fengsel» i tannhelsetjenesteloven til å omfatte følgjande grupper innsette:

- innsette i varetekt, jf. straffegjennomføringsloven kapittel 4
- innsette i fengsel med høgt og lågare tryggingnivå, jf. straffegjennomføringsloven § 10 første ledd bokstav a og b
- innsette i overgangsbustad, jf. straffegjennomføringsloven § 10 første ledd bokstav c
- innsette som gjennomfører straffa ved heildøgns opphald i institusjon eller sjukehus, jf. straffegjennomføringsloven §§ 12 og 13, jf. § 10 tredje ledd
- Den siste gruppa innsette kan også etter omstenda omfattast av gruppa i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c (eldre, langtidssjuke og uføre i institusjon og heimesjukepleie).

Følgjande grupper av innsette blir ikkje definererte som «innsatt i fengsel» etter tannhelsetjenesteloven:

Personar som sonar utanfor fengsel med særlege vilkår etter straffegjennomføringsloven § 16, jf. § 10 første ledd bokstav d. Dette omfattar personar som sonar i heimen og personar som sonar med elektronisk fotlenke».

Egenbetalingen til de innsatte reguleres i forskrift om vederlag for tannhelsetjenester § 2a tredje ledd:

«Når innsatte i fengsel i kriminalomsorgen har fengselsopphold som varer tre måneder eller lenger, skal disse gis vederlagsfrie tannhelse-

tjenester, inkludert eventuelle utgifter til tann tekniske arbeidere, så lenge fengselsoppholdet vedvarer. Akutt tannhelsehjelp gis vederlagsfritt uavhengig av oppholdets varighet.»

4.2.2.7 *Gruppe g – andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere*

I henhold til tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav g kan fylkeskommunen gi rett til regelmessig og oppsøkende tannhelsehjelp til andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere, utover det som følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3 a-f.

En kartlegging foretatt av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2021c) viste at få fylkeskommuner har vedtak om å gi tannhelsetjenester etter bokstav g og til pasienter med psykiske lidelser. Rogaland fylkeskommune har siden 2003 gitt tilbud til personer som mottar poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten med varighet i minimum tre måneder og ikke er i fast arbeidsforhold. Videre har Møre og Romsdal fylkeskommune gitt et tilsvarende tilbud. Når det gjelder tidligere Viken fylkeskommune er tilbudet avgrenset til området for Buskerud fylkeskommune. Tilbudet gis til personer som er 100 prosent uføretrygdet som følge av en psykisk lidelse, og gir disse rett til fri tannbehandling, med unntak for utgifter til tannteknikk og behandling hos spesialist, som må dekkes av pasienten selv. Kartleggingen viste også at i fylkeskommunene Akershus og Buskerud likestilte man behandling i distriktpsikiatriske senter (DPS) med helsetjenester i hjemmet. Det betyr at personer som mottar behandling minst en gang per uke i minimum tre måneder gis tilbud om vederlagsfri tannhelsetjeneste. Det finnes ingen statistikk over hvor mange personer dette gjelder. Personene rapporteres i KOSTRA sammen med de som mottar helsetjenester i hjemmet.

4.2.2.8 *Reiseutgifter*

Fylkeskommunen skal dekke skyssutgifter i samsvarende med forskrift fastsatt av fylkeskommunen for pasienter under § 1-3 som søker tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd.

Voksne betalende pasienter må som hovedregel dekke reiseutgifter i forbindelse med tannbehandling selv. Pasienter som har krav på tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6 har rett til dekning av utgifter ved reise til behandling som gis i pasientens bostedskommune, eller som er

geografisk nærmest pasientens oppholdssted, jf. pasientreiseforskriften § 2.

4.2.3 **Forslag om å utvide retten til nødvendig tannhelsehjelp**

4.2.3.1 *Tannhelsetilbud til personer med psykiske helseproblemer*

I behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i 2023 ble rammetilskuddet til fylkeskommunene styrket med 15 millioner kroner. Styrkingen er knyttet til et anmodningsvedtak (vedtak nr. 938, 16. juni 2023) fra Stortinget der regjeringen blir bedt om «å sikre at pasienter med psykiske helseplager som faller inn under tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c, beholder tilbudet fra tannhelsetjenesten i fylkeskommunene i inntil 6 måneder etter at pasienten er utskrevet, friskmeldt eller overført til oppfølging i ACT/FACT-team eller liknende».

I rundskriv av oktober 2023 vises det til tannhelseutvalget som blant annet er bedt særskilt om å vurdere tiltak som kan bidra til å redusere sosiale forskjeller i oral helse og bruk av tannhelsetjenester, egenandeler, egenbetaling og modeller for egenandelstak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023d). Det går fram av rundskrivet at det er lite hensiktsmessig å igangsette et lovarbeid nå med sikte på å detaljregulere utvidede rettigheter til personer som har psykiske helseplager og skrives ut fra institusjonsbehandling. Det vises videre til at tannhelsetjenesteloven ikke er til hinder for at fylkeskommunene kan gi et tilbud slik stortingsvedtaket beskriver.

4.2.4 **Andre forhold**

4.2.4.1 *Betalende pasienter*

Den offentlige tannhelsetjenesten utfører også noe tannbehandling av voksne betalende pasienter. Dette er særlig aktuelt i kommuner med få eller ingen private tilbydere av tannhelsetjenester.

Noen av de voksne pasientene har rett til stønad fra folketrygden, etter folketrygdloven § 5-6 med forskrift. Det inngås derfor avtale om direkte oppgjør mellom fylkeskommunen og Helfo.

Når kjeveortopedier som er tilsatt i den offentlige tannhelsetjenesten behandler barn og unge, ytes det også stønad fra trygden. I slike tilfeller betaler pårørende egenandeler. Se nærmere omtale i kapittel 3.1 om dagens tannhelsetjeneste og omtale av folketrygdens stønad til tannbehandling under kapittel 6.

For tannhelsetjenester til de som selv betaler for tjenesten, eventuelt med stønad etter folkestrygdloven § 5-6 med forskrift, og som eventuelt ytes av fylkeskommunen i konkurranse med private tjenesteytere, gjelder forskrift om føring av atskilte regnskaper for tannhelsetjenester mv., blant annet for å sikre at det offentlig tjenestetilbudet ikke subsidierer et privat tjenestetilbud. Den offentlige tannhelsetjenesten skal gå med overskudd på tannhelsetjenester som tilbys voksne mot betaling, og det er derfor innført regler for utarbeidelse av regnskap og beregning av kostnader, jf. forskriften § 5. Forskrift om krav til føring av atskilte regnskaper mv. ble innført for å imøtekomme ESAs krav og sammenfaller med kravene i ESAs beslutning.

4.2.5 Forholdet til annen helselovgivning

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten en rekke rettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Pasientene har blant annet krav på informasjon, journalinnsyn, å samtykke til behandlingen og vern mot spredning av personlige opplysninger, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, 4 og 5. Pasientene kan også henvende seg til pasient- og brukerombudet for bistand, og kan klage til statsforvalteren om de mener at bestemmelsene i kapitlene 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7 og 8.

Tannhelsesekretær, tannlege, tannpleier og tanntekniker er helsepersonell og er dermed omfattet av pliktene i helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 3 og § 48. Helsepersonell må blant annet overholde regler om faglig forsvarlighet, ressursbruk, journalføring, informasjon til pasient, taushetsplikt og opplysningsplikt, jf. helsepersonelloven § 4, § 6, § 10 og kapittel 5 og 8.

Helselovgivning stiller også krav som fylkeskommunen må overholde i driften og organiseringen av den offentlige tannhelsetjenesten. Pasientjournalloven har regler om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og internkontroll, jf. pasientjournalloven kapittel 4. Forvaltningsloven og kommuneloven har saksbehandlingsregler fylkeskommunen må følge i arbeidet med å organisere den offentlige tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenesten omfattes av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 a. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring,

pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

4.3 Finansiering

4.3.1 Finansiering av fylkeskommunene

Ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten er lagt til fylkeskommunen. Fylkeskommuner er selvstendige, folkevalgte organer som ivaretar oppgaver som tjenesteprodusenter, myndighetsutøvere, samfunnsutviklere og oppgaver fylkeskommunene selv har tatt initiativ til ut fra egne vurderinger og prioriteringer.

Fylkeskommunene forvalter betydelige økonomiske ressurser. I 2022 var deres samlede brutto driftsinntekter 102,9 milliarder kroner og utgifter 99,7 milliarder kroner, og de samlede investeringene utgjorde 22,2 milliarder kroner (tall for landet utenom Oslo) (Statistisk sentralbyrå). Den offentlige tannhelsetjenesten sto for om lag 2,2 prosent av driftsutgiftene i 2022.

Hovedprinsippet for den statlige styringen av kommunesektoren er økonomisk og juridisk rammestyring. Rammefinansiering innebærer at hoveddelen av fylkeskommunenes inntekter er frie midler som kan disponeres innenfor rammene av lov og forskrift. Ikke minst er rammestyringen en forutsetning for at fylkeskommunene skal fungere som lokaldemokratier som kan gjøre lokale tilpassinger av sine tjenester. I 2022 var 72,4 prosent av kommunesektorens samlede inntekter frie inntekter (Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi, 2023). De øvrige inntektene er blant annet brukerbetaling, gebyrer og øremerkede tilskudd.

De frie inntektene består av rammeoverføringer fra staten og skatteinntekter og fordeles mellom fylkeskommunene gjennom inntektssystemet. Målet med inntektssystemet er å utjevne fylkeskommunenes økonomiske forutsetning slik at forholdene legges bedre til rette for et likeverdig tilbud til innbyggerne. Flere mekanismer bidrar til utjevningen og de to viktigste er inntekts- og utgiftsutjevningen. Inntektsutjevningen omfordeler skatteinntekter fra fylkeskommuner med skatteinntekter over gjennomsnittet til fylkeskommuner med inntekter under snittet. Utjevningsgraden for fylkeskommunene er høy slik at det i praksis er små forskjeller i skatteinntektene etter utjevningen.

Utgiftsutjevningen skal kompensere fylkeskommunene for faktorer som påvirker kostnader og etterspørsel ved ulike tjenester og som ligger

Boks 4.1 Delkostnadsnøkkelen for tannhelse

Delkostnadsnøkkelen for tannhelse utgjør 4,5 prosent av den samlede kostnadsnøkkelen i 2024. Fra 2024 er det gjort noen endringer i tannhelsenøkkelen, blant annet basert på analysene og vurderingene til et ekspertutvalg som vurderte inntektssystemet for fylkeskommunene i 2022 (Rapport fra ekspertutvalg, 2022). Den nye tannhelsenøkkelen ble lagt fram for Stortinget i Prop. 112 S (2022–2023) *Kommuneproposisjonen 2024*. Tannhelsenøkkelen følger utvalgets forslag, men med noen justeringer for å ta hensyn til endringer i målgruppen for og egenandelene i den offentlige tannhelsetjenesten etter at utvalget la fram sin rapport. Den gjeldende delkostnadsnøkkelen består av kriterier for antall innbyggere i brukergruppene som fylkeskommunene skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til, i henhold til tannhelsetjenesteloven eller Stortingets budsjettvedtak. I tillegg er det et kriterium for å fange opp avstandsulemper innen tannhelsetjenesten. De fem kriteriene i nøkkelen fra 2024 er:

- innbyggere 1–18 år: 0,6098
- innbyggere 19–24 år: 0,1430
- psykisk utviklingshemmede 18 år og over: 0,0289
- innbyggere 67 år og over: 0,1146
- reiseavstand for å nå 11 000 innbyggere: 0,1037

(Rapport fra ekspertutvalg, 2022)

utenfor fylkeskommunens kontroll, for eksempel alderssammensetning i befolkningen og andre strukturelle forhold. Utgiftsutjevningen skjer ved hjelp av en kostnadsnøkkel som består av ulike objektive kriterier som kan forklare hvorfor det er forskjeller i utgifter til ulike tjenester mellom fylkeskommunene.

Kriteriet «innbyggere 67 år og over» skal fange opp grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Ekspertutvalget som vurderte inntektssystemet for fylkeskommunene viste til det pågående arbeidet med Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som kan bidra til bedre data for personer i sykehjem og i hjemmesykepleie. Dette kan vurderes som en

kilde for kriteriedata i framtiden. Inntil videre er denne gruppen fortsatt fanget opp gjennom kriteriet «innbyggere 67 år og over».

4.3.2 Styrking av tannhelsetjeneste og utvidet ansvar

De senere årene har Stortinget i forbindelse med budsjettforhandlingene gjort vedtak som har styrket tannhelsetjenesten og gitt den fylkeskommunale tannhelsetjenesten nye oppgaver.

I statsbudsjettet for 2022 økte også Stortinget rammetilskuddet til fylkeskommunene med 100 millioner kroner (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2022). Samme år ble stønadsordningene over folketrygden til tannregulering styrket med 50 millioner kroner og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med odontofobi («TOO-tilbudet») ble styrket med 60 millioner kroner. Videre ble det bevilget 168 millioner kroner i 2022 og ytterligere 280 millioner kroner i 2023 til rabatt innen tannhelsetjenesten for 21–24-åringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c). I statsbudsjettet for 2024 har Stortinget bevilget 300 millioner kroner. Formålet med det økte rammetilskuddet til fylkeskommunene er å styrke det oppsøkende og aktive arbeidet for å sikre personer som har rett til tannhelsetjenester. I budsjettinnstillingen påpekes KOSTRA-tall som viser at det er mange eldre med rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, som ikke benytter seg av tilbudet eller ikke kjenner til tilbudet. Samlet beløper de omtalte styrkingene seg til nær 1 milliard kroner.

4.4 Tjenestetilbud i den offentlige tannhelsetjenesten

4.4.1 Folkehelsearbeid, forebyggende og helsefremmende arbeid

I kapittel 2.1. *Betydningen av forebygging* vises det til at de vanligste orale sykdommene kan forebygges, og at tidlig behandling har god effekt.

I tillegg til bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven, som angir at tannhelsehjelpen skal være oppsøkende og regelmessig, har fylkeskommunene ansvar for folkehelsearbeidet i sin region (Folkehelseloven – fhl, 2011). Det innebærer å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer. Fylkeskommunen skal ha oversikt over helsetilstanden i

Boks 4.2 Definisjon av folkehelsearbeid

Folkehelselovens definisjon av folkehelsearbeid:

«samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helse-trusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.»

fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal baseres på relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen, samt opplysninger fra Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet sammenstiller og publiserer årlig folkehelseprofilene for fylkeskommunene, kommunene og bydeler. Det gir informasjon om helsetilstanden og påvirkningsfaktorer og er ment som et grunnlag for det lokale arbeidet med å bedre folkehelsen. Folkehelseprofilene inneholder oversikt over ulike indikatorer som sammenlikner fylket/kommunen med landstall. Andelen femåringer med friske tenner er en av ti indikatorer for befolkningens helsetilstand i fylket.

4.4.1.1 Bygging av helsekompetanse hos barn og unge

Kvalitetsindikatorerne for barn og unges tannhelse ved 5 år, 12 år og 18 år viser tannhelsestatus relatert til karies hos barn og unge (Helsedirektoratet). Indikatorerne gir tannhelsetjenesten mulighet for å følge egen populasjon over tid og mulighet for å sammenlikne seg med nasjonale resultater. Som omtalt er andelen femåringer med friske tenner en av parameterne i fylkenes folkehelseprofil. Endring i fylkesinndeling gjør at profilene i 2023 ikke inneholder indikatoren, men det planlegges at skal inngå fra 2024.

Dette gir den offentlige tannhelsetjenesten god oversikt over utfordringer i egen barn- og ungepopulasjon. Det gir dem videre et godt grunnlag for å drive målrettede forebyggende til-

tak på individ- og populasjonsnivå. Det er svært viktig med forebyggende tiltak for barn og unge slik at de kan settes i stand til å ta vare på egen orale helse gjennom hele livet. Orale lidelser rammer skjevt, og det er de mest utsatte som også har dårlig oral helse. Derfor er det spesielt viktig med individuelt tilpassede tiltak og opplæring for personer med økt risiko for oral sykdom.

4.4.2 Behandlende tilbud i den offentlige tannhelsetjenesten

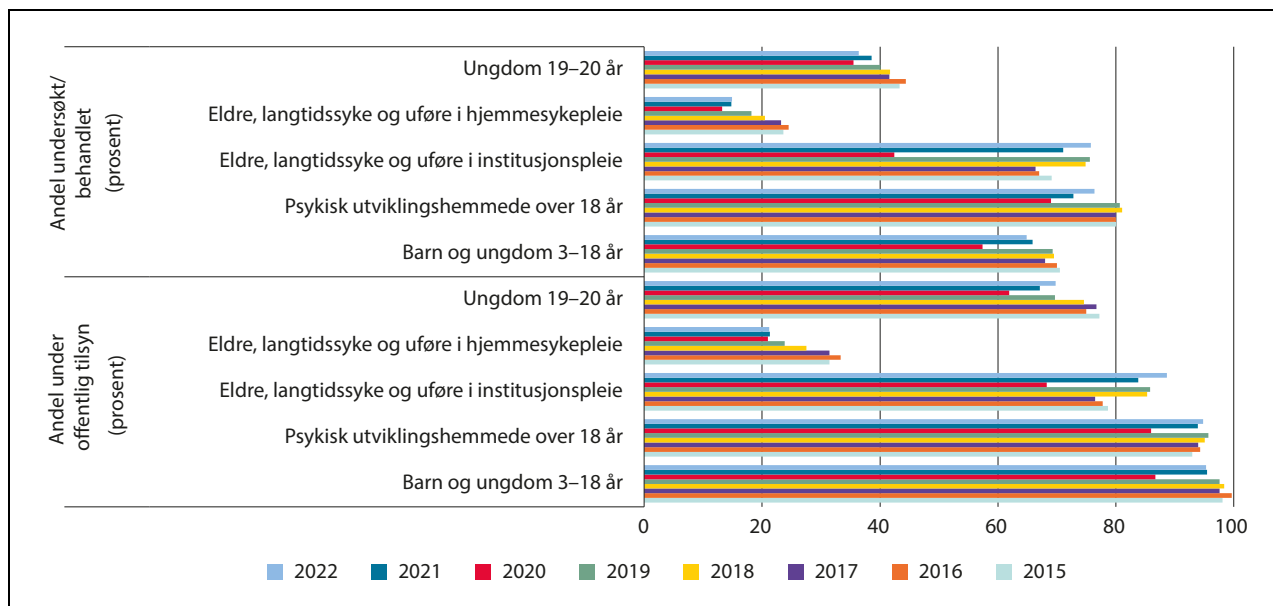
4.4.2.1 Data fra Kommunalt pasient- og brukerregister

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2023 i oppdrag å framskaffe representativt datagrunnlag fra Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) for tannhelseutvalget. Innhentede data fra den offentlige tannhelsetjenesten bygger på at det er pasienter med aktivitet i perioden 01.01.2017–01.06.2023 som er med i dataene. Videre er det bare pasienter med fødselsnummer/D-nummer som er inkludert (97,1 prosent av datagrunnlaget), samt at personer som har meldt fra om at de ikke ønsker å avgi tannhelseopplysninger er fjernet. 2 106 367 personer er med i dataene for dette tidsrommet.

Helsedirektoratet finner at det for en stor del er samsvar mellom KOSTRA og KPR i antallet pasienter (Helsedirektoratet, 2024). Det er utarbeidet en oversikt som viser andel mottakere av helse- og omsorgstjenester som er undersøkt/behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten. Funnene viser at brukerne/pasientene i den offentlige tannhelsetjenesten har oppfølging fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det var ca. 1,1 millioner registrerte kontakter (fram møte for undersøkelse og/eller behandling) i offentlige tannhelsetjenester i 2022. I disse kontaktene ble det gjennomført ca. 954 000 undersøkelser, ca. 276 000 pasienter ble behandlete med tannfarget fylling og ca. 94 000 pasienter ble behandlet med ekstraksjon. Videre ble ca. 8 000 pasienter behandlet med rotfylling, et tilsvarende antall fikk behandling med krone og ca. 1 000 pasienter ble behandlet med implantat.

4.4.2.2 Utviklingstrekk og omfanget av tjenestetilbud

Figur 4.1 viser utviklingstrekk og omfanget av tannhelsetilbudet på landsbasis til de gruppene som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven for perioden 2015–2022.



Figur 4.1 Pasientbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Andel personer i ulike grupper. Prosent. 2015–2022

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 11961 fra Tannhelsetenesta.

Figur 4.1 operer med to kategorier. Det er andel personer i ulike grupper som var undersøkt/behandlet i rapportåret. Den andre kategorien er andelen under offentlig tilsyn. Begrepet «under tilsyn» innebærer at minst ett av følgende kriterier må være oppfylt for at en person kan sies å være under offentlig tilsyn: a) Personen skal være undersøkt av tannlege eller tannpleier b) Personen skal ha fått tannbehandling, opplæring i forebyggende tiltak eller tilbud om oppfølging. Under tilsyn innebærer at pasienten er under oppfølging av den offentlige tannhelsetjenesten.

4.4.2.3 Barn og unge

Figur 4.1 viser at den offentlige tannhelsetjenesten har god oppfølging av barn og unge.

I kapittel 2.3 *Ulike mål på tannhelse* redegjøres det for de 3 kvalitetsindikatorerne som omfatter gruppen barn og unge i Norge. Kvalitetsindikatoren tannhelsetilstand og kariesforekomst blant 5-, 12- og 18-åringer viser tannhelsetilstand hos undersøkte siste år. For å måle tannhelsetilstand benyttes et mål som heter DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth). Dette er et mål for summen av antall tenner som har eller har hatt behov for behandling, eller som har gått tapt på grunn av kariessykdom. Indikatoren viser at tannhelsen i Norge er gjennomgående god, men det er fortsatt individer som har store kariesproblemer.

SIC-indeks gir en indikasjon på tannhelsetilstand ved å vise gjennomsnittlig antall tenner med karies, fyllinger eller tenner som er trukket (DMFT) hos tredelen med dårligst tanntilstand. Det er et mål for summen av antall tenner som har eller har hatt behov for kariesbehandling, eller som har gått tapt på grunn av karies. Kvalitetsindikatorerne for barn og unges tannhelse ved 5 år, 12 år og 18 år, viser at 5,4 prosent av andelen undersøkte og behandlede 18-åringer har dårlig tannhelse ved DMFT >9. Det store flertallet av ungdommene i Norge har svært god tannhelse, jf. nærmere omtale i kapittel 2.3.

Nasjonalt faglig retningslinje, Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år (TannBarn) omfatter blant annet kliniske anbefalinger som er rettet mot det enkelte individ. Retningslinjen er laget av Helsedirektoratet i nært samarbeid med fagmiljøene og tjenestene. Den vektlegger også forebyggende og helsefremmende tannhelsetjenester overfor denne aldersgruppen. Se nærmere omtale i kap. 8.3.

4.4.2.4 Beboere i institusjon og med hjemmesykepleie

KOSTRA-tallene for hjemmeboende med rettigheter til fylkeskommunale tannhelsetjenester viser at kun et fåtall benytter seg av rettigheten, eller er ikke kjent med at de har en slik rettighet. Andelen i de ulike gruppene som er under tilsyn¹

hos den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, er lavest for hjemmeboende, 27,5 prosent i 2018 og 21,6 prosent i 2022 (KOSTRA). Andelen undersøkt/behandlet av hjemmeboende var 21 prosent i 2018 og 15 prosent i 2022 (KOSTRA).

Av beboere på institusjon er 85,3 prosent i 2018 og 89 prosent i 2022 under tilsyn (KOSTRA). Av beboere på institusjon mottok 75 prosent i 2018 og 76 prosent i 2022 tannbehandling (KOSTRA).

Tannhelsesdata i KPR viser at 21 prosent av personer i gruppe c1 som var til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten i 2022, fikk tannfarget fylling. Tilsvarende tall for personer i gruppe c2 var 49 prosent.

I en undersøkelse fra 2014 fant man at en tredel av brukerne ikke var kjent med eller hadde forstått at det finnes et vederlagsfritt tannhelsetilbud de kunne ha rett til (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, 2019). Videre viste undersøkelsen at kun halvparten av de som kjente til tilbudet benyttet seg av det. Resten ønsket å fortsette med å benytte sin private tannlege.

En rapport fra Senter for omsorgsforskning, Sør omhandler tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region sør (Hovden et al., 2017). Det framgår av rapporten at de kommunale helse- og omsorgssjefene opplever at samarbeidsavtaler og det praktiske samarbeidet fungerer godt, mens fylkestannlegene og fylkets folkehelsekoordinatorene påpeker at samarbeidet med hjemmebaserte tjenester er en stor utfordring «på tross av de formaliserte samarbeidsavtalene». Fylkeskommunene opplyser at det største problemet med å ivareta ansvaret for regelmessig og oppsøkende tannhelsehjelp er manglende opplysninger fra kommunale pleie- og omsorgstjenester om hvilke personer som har fått tildelingsvedtak om hjemmesykepleie minst én gang per uke. Det hevdes at helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt er til hinder for at de kan gi slike opplysninger.

Helsedirektoratet er i gang med å pilotere kommunal tannpleier i samarbeid med Nordland fylkeskommune og 3 kommuner. Formålet er å styrke tannhelsetilbudet til personer med rettigheter etter § 1-3 første ledd bokstav c i tannhelsetjenesteloven, det vil si beboere på institusjon og personer som mottar hjemmesykepleie, jf. nærmere omtale i kapittel 10.7 *Samhandling*.

Boks 4.3 Nasjonalt senter for aldring og helse

Nasjonalt senter for aldring og helse har opplæringsmateriell, blant annet en film med tittel «Oral helse på sykehjem» og har oppsummert kunnskap om eldre og tann- og munnhelse (Nasjonalt senter for aldring og helse).

Tannhelse er omtalt i Meld. St. 24 (2022–2023) *Felleskap og meistring – Bu trygt heime*. Det pekes på dårlig tann- og munnhelse som en av mange faktorer som kan påvirke matinntak og ernæringsstatus hos eldre. Tygge- og svelgevansker, smerter og infeksjoner i munnhulen og munntørrehet er eksempler på tilstander som kan påvirke matlysten og ernæringstilførselen. Eldre med demenssykdom har gjennomgående dårligere tann- og munnhelse enn eldre uten demenssykdom. Dårlig tannhelse gir også eldre økt risiko for andre sykdommer, som for eksempel lungebetennelse.

I den tidligere Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester ble det pekt på at manglende tverrfaglighet er en utfordring, og at tjenesten har for lite samarbeid med tannhelsetjenesten på ernæringsområdet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Det ble vist til at eldre som mottar helse- og omsorgstjenester kan trenge hjelp til daglig munnstell, og tilsyn av tannpleier eller tannlege. Dette er forhold som virker inn på den enkeltes ernæringsstatus.

4.4.2.5 Innsatte i fengsel

Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav f.

Fylkeskommunen mottar et øremerket tilskudd fra staten som skal bidra til dekning av utgifter til organisering av et tilbud om tannbehandling for innsatte i fengsel. Tilskuddet er ikke ment å fullfinansiere tjenestene. I 2023 ble det bevilget 24,4 millioner kroner til fylkeskommuner med fengsel.

I årsrapport fra 2018 (Helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel), vises det til at mange innsatte har problemer med rus og psykisk helse. Mange av disse har

¹ «under tilsyn» omfatter både undersøkt/behandlet og innkalt eller planlagt innkalt, f.eks. neste år.

dårlig tannhelse og store behandlingsbehov (Helsedirektoratet, 2017a).

Helsedirektoratet har, som et ledd i arbeidet med å framskaffe data til utvalget, innhentet informasjon om tannhelsetjenester til innsatte i norske fengsler som har fått tannhelsehjelp fra offentlig tannhelsetjeneste lokalisert i fengsler (Helsedirektoratet, 2024). De sammenstilte dataene viser *kun* tannhelsehjelp som er gjennomført ved tannklinikker som er lokalisert i fengselet. Funnene viser at andelen av pasienter som får behandling for tannfarget fylling og ekstraksjon, er betydelig høyere enn tilsvarende andeler for hele pasientpopulasjonen i fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Foreløpig finnes ikke tilgjengelige KPR-data om alle innsatte som har fått tannhelsehjelp i offentlig tannhelsetjeneste, fordi en stor del av innsatte framstilles for tannhelsehjelp på offentlige tannklinikker utenfor fengsel. Sammenliknet med data på alle innsatte (Statistisk sentralbyrå) er det samsvar i fordelingen på alderskategorier, noe som understøtter at det er et representativt utvalg innsatte i datagrunnlaget.

4.4.2.6 Tannlegevakt / akutt tannhelsehjelp

Fylkeskommunen har plikt til å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for alle som oppholder seg i fylket. Dette gjelder også ved behov for akutt hjelp. Fylkeskommunene har derimot ikke en lovpålagt plikt til å organisere et tilbud om akutt tannhelsehjelp i form av tannlegevakt utover ordinær åpningstid. Akuttmedisinforskriften omhandler ikke organisering av tannlegevakt, og det inngår derfor ikke i den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus (Akuttmedisinforskriften, 2015).

Med akutt tannbehandling forstås tannbehandling som ikke kan utsettes (Akuttmedisinforskriften, 2015). Dette kan eksempelvis være på grunn av sterke smerter, traumer (tann- og kjeveskader) eller akutte infeksjoner som tilsier at pasienten må få 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 å minimere behovet for snarlig oppfølging.

Dersom det oppstår skade av ansiktsskjelettet knyttet til munnhulen, vil pasienten bli ivaretatt på sykehus. Det er 3 helsepersonellgrupper som håndterer disse skadene: legespesialistene i

maxillofacial kirurgi eller øre-nese-halssykdommer og tannlegespesialistene i oral kirurgi og oral medisin. Dette inngår som en del av ordinær sykehusdrift. Ved poliklinisk behandling betaler pasientene ordinær egenandel dersom de er over 16 år.

Dersom det oppstår tannskader i tillegg til ansiktsskader eller at det oppstår tannskader alene vil dette håndteres av tannhelsetjenesten. Tannskader eller utslåtte tenner skjer ofte hos barn, og prognosen for å bevare tennene avhenger av tidsaspektet og riktig behandling. Noen ganger kan det være behov for å få utført behandlingen i narkose.

Flertallet av fylkeskommunene anser dette som en del av sitt sørge-for-ansvar og har etablert ordninger for innbyggerne som har behov for akutt tannhelsehjelp i helger, ferier og utenom ordinær arbeidstid i ukedagene. Kartlegging foretatt sommeren 2011 viste at alle fylkeskommunene hadde etablert systemer for å ivareta henvendelser om behov for rådgivning og akuttbehandling av tannskader hos barn og unge utenom klinikkenes åpningstider (Prop. 71 L (2016–2017)).

Helsedirektoratet utførte i 2023 en enkel kartlegging av tannlegevakttilbudet, basert på informasjon på nettsidene til alle fylkeskommunene. Kartleggingen viser at:

- Det er geografisk variasjon og ulik tilgang til akutt tannhelsehjelp i Norge.
- Bare Oslo og Bergen har organisert tannlegevakt utenom ordinær arbeidstid på hverdager.
- Tilbudet 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.
- 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.
- Ved en eventuell økning i antall flyktninger som kommer til Norge, vil kapasiteten i tannhelsetjenesten påvirkes. Erfaringsmessig har de dårlig tannhelse, til dels stort behandlingsbehov og derigjennom er brukere av akutt tannhelsehjelp.

Det er dokumentert at flyktninger som kommer til Norge har dårligere selvvalgt tannhelse enn den øvrige befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2023). Dårligere tannhelse betyr et mer omfattende behandlingsbehov og sannsynligvis også økt behov for akutt tannhelsehjelp.

Under koronapandemien som brøt ut i 2020, anmodet Helsedirektoratet den offentlige tannhelsetjenesten om å etablere et tilbud om akutt tannbehandling til hele befolkningen med umiddelbar virkning. Folkehelseinstituttets råd og informasjon til helsepersonell inkludert råd til tannhelsetjenesten skulle være førende for tilbudet. Offentlig og privat tannhelsetjeneste viste god vilje og evne til å omstille seg og samhandle for å opprette et tilbud om akutt tannbehandling i forbindelse med utbrudd av koronapandemien.

4.4.2.7 Tannbehandling i narkose

Tannbehandling i narkose kan være nødvendig for pasienter som ikke kan behandles på tannklinikken ved hjelp av tilvenning eller premedikasjon. Det kan være flere årsaker til det, for eksempel manglende evne til å ta imot helsehjelp, pasienter med psykisk utviklingshemming eller demens, tidligere traumer eller små barn med omfattende behandlingsbehov. Fylkeskommunens ansvar innebærer å sørge for tilgang til behandling i narkose når dette er nødvendig for å gi tannhelsehjelp til pasientgruppene de har ansvar for etter tannhelsetjenesteloven.

Data fra KOSTRA 2022 viser at det er stor variasjon mellom fylkeskommunene når det gjelder ventetider og antall som er behandlet under narkose.² I 2022 ble det gjennomført 4 361 tannbehandlinger under generell anestesi i den offentlige tannhelsetjenesten. Det utgjør 5,5 promille av det prioriterte klientellet. Variasjonen mellom fylkene var 2,1–10,5 promille. 55,9 prosent (2 436 personer) hadde en ventetid på over 3 måneder. I perioden 2018–2022 økte antall narkosebehandlinger med om lag 15 prosent, og andelen med lang ventetid³ ble redusert fra 58,6 til 55,9 prosent. Tannbehandling i narkose kan gjelde akutt behandlingsbehov og ordinær behandling.

Fylkeskommunen kan inngå avtaler om narkosetjenester med helseforetak, tannhelsetjenestens kompetansesentre eller etablerte narkosetjenester i egne lokaler i egen regi. Noen pasienter må av medisinske årsaker få utført tannbehandling i narkose i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet utførte i november 2023 en spørreundersøkelse om omfanget og behovet for tannbehandling i narkose i den offentlige tann-

helsetjenesten. Undersøkelsen ble besvart av lederne av tannhelsetjenesten i alle fylkene, og svarene gjelder for 2022.

- 4 fylkeskommuner har mellom 5 og 9 dager med narkosetjenester per uke (ved 2–4 ulike lokasjoner), og totalkostnaden per år varierer fylkesvis mellom 2,4–6,9 millioner kroner.
- 3 fylkeskommuner har 5 dager med narkosetjenester per uke og totalkostnaden per år varierer fylkesvis mellom 1,7–4,4 millioner kroner.
- 4 fylkeskommuner har 3–4 dager med narkosetjenester per uke og totalkostnaden per år varierer mellom 1,9–2,7 millioner kroner.
- En fylkeskommune har 1 dag med narkosetjenester per uke.

Gjennomsnittlig skår av narkosetilbudet i tannhelsetjenesten var 3,25 (maksimal score var 5), vurdert av lederne av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Årsaker til at tilgangen til tannbehandling i narkose ble vurdert til å ikke være tilfredsstillende var lang ventetid, at kjøp av tjenester for tannbehandling i narkose er dyrt, at det mangler anestesipersonell og at tilbudet ikke innebærer timer til akutt tannbehandling utenom avtalefestede antall dager med narkosetjenester.

Tilgang til akutt tannbehandling i narkose utenom avtalefestede dager varierer fylkesvis. De fleste fylkeskommunene omprioriterer ventelisten og oppsatte timer hvis det er behov for akutt tannbehandling i narkose.

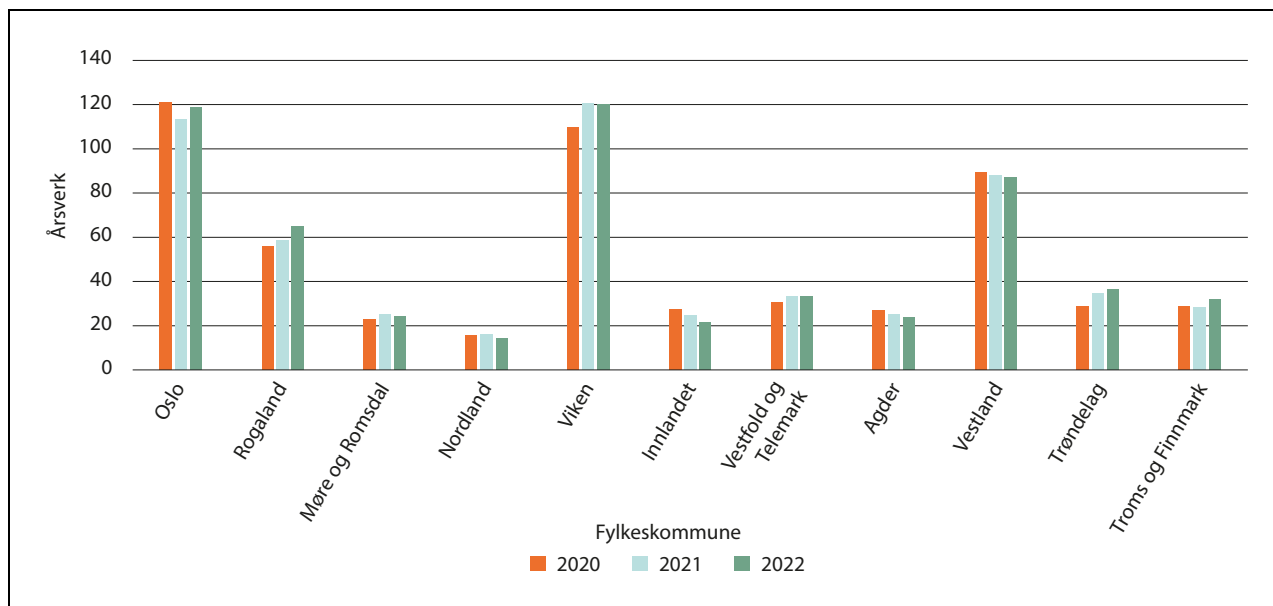
4.4.3 Betalende pasienter over 24 år

I 2022 ble litt over 140 000 betalende pasienter over 24 år behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten. Gruppen betalende pasienter over 24 år utgjør 60 prosent av alle pasientene i denne aldersgruppen. Litt under 40 prosent av pasientene over 24 år er pasienter som har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester (Helsedirektoratet, 2024).

78 prosent av de betalende pasientene over 24 år betalte mindre enn 3 300 kroner per år for behandling, mens 22 prosent betalte mer. Gjennomsnittlig kostnad øker noe med alder, men ikke for noen aldersgrupper lå gjennomsnittlig kostnad over 3 300 kroner per år. Undersøkelser og enkle 1- og 2-flaters fyllinger utgjorde hovedtyngden av behandlingen. Om lag 5 prosent av pasientene betalte mer enn 10 000 kroner for tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten i 2022 (Helsedirektoratet, 2024).

² Statistikken gir ikke opplysninger om hvor mange av pasientene som er barn og unge.

³ Kort ventetid er definert som under tre måneder og lang ventetid over tre måneder.



Figur 4.2 Antall årsverk tannlegespesialist i tannhelsetjenesten (offentlig og privat samlet), etter fylkeskommune og år. 2020–2022

Kilde: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 11774 fra Tannhelsetenesta.

4.4.4 Spesialisttannhelsetjenester

Den offentlige tannhelsetjenesten «skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket», jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd.

Figur 4.2 viser det som også er omtalt i kapittel 3.4, at når det gjelder spesialisttannleger er fordelingen ujevnt fordelt i landet.

Spesialistvirksomheten i tannhelsetjenestens kompetansesentre er finansiert av fylkeskommunene. Helsedirektoratet har kartlagt hvordan spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er ivaretatt, organisert og finansiert (Helsedirektoratet, 2018a). Rapporten omhandler også fylkeskommuner som ikke er tilknyttet et kompetansesenter. Nyere forskning viser at spesialisttannhelsetjenestene ved tannhelsetjenestens kompetansesentre er et viktig bidrag for de gruppene som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og etter Stortingets budsjettvedtak (Iden et al., 2022).

I evalueringen av de regionale odontologiske kompetansesentrene (PriceWaterhouseCoopers AS (PwC), 2023) anbefales det at tannhelsetjenestens kompetansesentre bør spres fysisk i regionene i større grad enn i dag, som ledd i å sikre egen befolkningen bedre tilgang til spesialisttannhelsetjenester. Det vises til at det må

balanseres mot å bevare tilhørigheten til et fagmiljø i større organisatoriske enheter. Det påpekes at flere av fylkeskommunene har eller er i gang med å etablere satellitt-spesialklinikker. Evalueringen viser til at Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland (TkRogaland) har opprettet en spesialistklinikkk i Haugesund, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge (TkNN) har en avdeling på Finnsnes og Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland (TkVestland) har en avdeling i Stryn. TkVestland planlegger også å opprette en filial i Førde. Andre er også i gang med å se på behovet for å spre spesialistvirksomheten i fylkeskommunene (PriceWaterhouseCoopers AS (PwC), 2023).

Da evalueringen ble gjennomført var fem fylkeskommuner ikke tilknyttet et kompetansesenter. I etterkant av fylkesinndelingen i 2024 er antall fylkeskommuner som ikke er tilknyttet et kompetansesenter økt med to. Det er et sentralt tema hvordan dette påvirker muligheten til å ivareta brukernes behov for spesialisttannhelsetjenester og kompetansesenterfunksjoner som rådgivning og veiledning.

4.4.5 Særskilte tilbud

4.4.5.1 Tannhelsetjenester til asylsøkere

Personer som har rett til tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, mottar dette også

Boks 4.4 Erfaringer fra Innlandet med tannhelsetjenester til beboere i asylmottak

Det ble i løpet av kort tid opprettet nye asylmottak i Innlandet fylke (april 2020). Ofte etableres mottakene i utkantkommuner. Kapasiteten for tannhelsetjenester i kommunene i Innlandet er beregnet på grunnlag av antallet innbyggere med rettigheter i kommunen. I en liten kommune med 3 500 innbyggere skulle det da komme 900 beboere i asylmottak.

Alle barn og unge 0–18 år og andre i prioriterte pasientgrupper får tilbud om time og nødvendig tannbehandling på den tannklinikken de tilhører. Tannklinikken opplever at flyktningbarna ofte har et omfattende tannbehandlingsbehov. De har mer angst for tannbehandling enn det som er vanlig hos barn. For eksempel er erfaringen at tannhelsepersonellet ofte bruker ofte 3 til 4 ganger så lang tid på behandlingen.

Voksne som henvender seg med akutte smerter, får også nødvendig hjelp. Ved ønske om ordinær undersøkelse og behandling anbefales de voksne asylsøkerne å henvende seg til privatpraktiserende tannleger på grunn av etter-

slep i den offentlige tannhelsetjenesten og behov for å prioritere pasienter som tjenesten er pålagt å gi et tilbud til.

Erfaringene er at asylsøkerne/flyktningene er vant til å få mye tannbehandling, har dårlig resttannsett preget av store og mange restaureringer. Ofte er det behov for samarbeid med spesialister for å få sanert og rehabilitert gammelt arbeid. Ved høye behandlingstkostnader kan de søke UDI eller NAV i kommunen om støtte til tannbehandling. Erfaringsmessig er de fleste behandlingforslagene i størrelsesorden 30–60 000 kroner.

Det er også behov for tolk. Det tar mer tid og ressurser når det kommuniseres gjennom tolk.

Tannklinikken rapporterer at de har god støtte og godt samarbeid med flyktningkonsulenter i kommunene.

Fylkeskommunene mottar ikke tilskudd til vertskommuner for asylmottak eller tilskudd ved bosetting av flytninger, slik kommunene gjør for stønad til helsetjenester.

om de er asylsøkere, flyktninger eller familiejenforente, for eksempel barn og unge.

Når det gjelder tannhelsetjenester til de som ikke har rett til tannhelsehjelp, kan beboere som oppholder seg i ordinært mottak, og som har behov for nødvendig tannbehandling, få innvilget søknad om såkalte tilleggsytelser til tannbehandling fra Utlendingsdirektoratet (UDI). Søknader om tilleggsytelser vurderes individuelt, ytelsene er stønader, og det må søkes om ytelse i hvert enkelt tilfelle. Vilåret for å motta tilleggsytelser er at tannbehandlingen er nødvendig for beboerens liv og helse. Beboere med endelig avslag på asylsøknaden kan kun få støtte til akutt tannbehandling.

Helsedirektoratets veileder God klinisk praksis i tannhelsetjenesten (IS-1589) skal ligge til grunn for valg av behandling dersom behandlingen skal dekkes gjennom tilleggsytelser fra Utlendingsdirektoratet (UDI).

4.4.5.2 Tannhelsetjenester i Forsvaret

Forsvarets tannhelsetjeneste (FTHT) har som hovedoppgave å bidra til at Forsvarets operative evne opprettholdes ved å sørge for at krav til personellens tannhelse blir oppfylt. Dette gjøres gjennom

tannhelseundersøkelser og undersøkelse av eget personell. God tannhelse er viktig for å opprettholde stridsevne og for å unngå at nødvendige oppdrag forsinkes eller forhindres av personell som får akutte tannhelseproblemer. Videre sikrer FTHT dentale ID-data av alt personell og bistår Kripos med journalmateriale i forbindelse med identifisering av omkomne. FTHT bidrar også til forskning og utvikling innen det militærodontologiske fagfeltet og arrangerer regelmessig internasjonale kurs i identifiseringsarbeid for militærtannleger.

Vernepliktige i Forsvaret har rett til gratis tannbehandling. I tillegg yter Forsvarets Tannhelsetjeneste (FTHT) helsetjenester til enkelte prioriterte grupper i henhold til militærforskriften.

FTHT har også en NATO-sertifisert mobil tannlegemodul som kan benyttes i oppdrag innenlands og utenlands.

FTHT rapporterer årlig statistikk på tjenester de yter og som publiseres av Forsvarets Sanitet.

4.4.5.3 Tannhelsetjenester til papirløse

Fylkeskommunen har plikt til å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelig for alle som oppholder seg i fylket. Dette gjelder også ved

Boks 4.5 Helsesenter for papirløse

Kirkens Bymisjon har etablert flere helsesentre for papirløse migranter (Kirkens Bymisjon i Bergen og Bergen Røde Kors, 2023). Der tilbys blant annet akuttbehandling hos tannlege. De fleste som arbeider ved disse sentrene, er frivillige og gjør dette på fritiden. Helsesentret i Bergen (Kirkens Bymisjon) har også mottatt midler bevilget av Vestland fylkesting til tannhelsetjenester til denne gruppen, samt tilskudd til drift av sentret. I årsberetningen viser Kirkens bymisjon til at mange av de som henvender seg til dem, har dårlig tannstatus.

behov for akutt hjelp. I likhet med hva som gjelder for helsetjenester til personer uten fast (og lovlig) opphold, må pasienten i utgangspunktet betale for behandlingen selv.

EØS-borgere og andre utenlandske statsborgere som er omfattet av EØS-avtalens trygde-regler eller gjensidige trygdeavtaler som Norge har inngått med land utenfor EØS, vil kunne ha rettigheter til tannhelsehjelp under opphold i Norge.

4.4.6 Kommunale ordninger

4.4.6.1 Økonomisk sosialhjelp, støtte til tannbehandling

Personer som av ulike årsaker ikke har økonomi til å betale for egen tannbehandling, og som heller ikke har rettigheter etter annen lovgivning, kan søke om økonomisk stønad til å få utført nødvendig tannbehandling. For å ha rett til stønad må pasienten oppfylle vilkårene for rett til økonomisk sosialhjelp, det må framlegges et skriftlig behandlings- og kostnadsoverslag og behandlingen som skal utføres må være nødvendig. Søknaden avgjøres av kommunene etter anbefaling av en tannlege, i de fleste tilfellene den offentlige tannhelsetjenesten.

Støtte til tannbehandling oppgis ikke gjennom sosialhjelpsrapporteringen i KOSTRA. Formålet oppgis ikke, det spesifiseres bare at det er utbetaling etter sosialtjenesteloven §§ 18 eller 19.

4.4.6.2 Kommunalt frikort for helsetjenester, Oslo kommune

For innbyggere i Oslo med varig lav inntekt er det mulig å søke om kommunalt frikort. Denne

ordningen skal sikre at personer med varig lav inntekt kan benytte seg av nødvendige helsetjenester. Kommunen stiller en rekke krav til søkerne, blant annet at de har en inntekt tilsvarende eller mindre enn, folketrygdens minstepensjoner for pensjonister og trygdede. Oslo kommune «kjøper» frikort for helsetjenester av Helfo og innbyggeren slipper da å betale egenandeler som inngår i frikortordningen resten av kalenderåret (Oslo kommune).

4.4.6.3 Søknadsbasert tannhelseordning, Stavanger kommune

Stavanger kommune har vedtatt å innføre en søknadsbasert tannhelseordning med tilhørende inntektsgrenser. Innbyggerne i Stavanger kan søke om støtte til tannlegebehandling etter gitte kriterier. Det er for 2023 avsatt 23,4 millioner kronene til ordningen. Ordningen omfatter også utgifter til tannregulering for barn og unge (Stavanger kommune).

4.5 Samhandling mellom offentlig tannhelsetjeneste, privat tannhelsetjeneste, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten

4.5.1 Kommunal helse- og omsorgstjeneste

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har inngått samarbeidsavtaler med kommunene i regionen. Disse samarbeidsavtalene blir brukt i årlige dialogmøter mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I møtene drøftes blant annet forhold som bistand til opplæring av personellet fra den offentlige tannhelsetjenesten.

Den største utfordringen i samarbeidet med kommunene er å få nødvendige opplysninger fra helse- og omsorgstjenesten om hvem med kommunale tildelingsvedtak som har takket ja til tilbudet om nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, slik at de kan kalles inn til undersøkelse og behandling, jf. omtale i kapittel 4.4.2.

4.5.2 Samhandling med Barnevernet og Barnehusene

Tannhelsetjenesten har et lovpålagt ansvar for å legge til rette for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Dette er et lovkrav som også finnes i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for å gi et oppsøkende tilbud til barn og unge, og barn og unge har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommunen de bor i eller oppholder seg i. Tannhelsetjenesten har en unik mulighet til å avdekke vold og overgrep. Tannhelsepersonell bør kjenne til tegn eller funn som kan gi grunn til å tro at et barn eller en ungdom blir mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt.

Hvis det er grunn til å tro at barnet blir eller vil bli mishandlet eller er utsatt for alvorlig omsorgssvikt, inntreer meldeplikten til barnevernet. Tannhelsetjenesten kan ved behov rådføre seg med barneverntjenesten. På landsbasis ble det sendt 458 bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten til barnevernet i 2022, og gjennomsnittet for perioden 2015–2022 er 612 årlige bekymringsmeldinger (Statistisk sentralbyrå).

Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år har flere anbefalinger med utgangspunkt i lovkrav om hva, hvordan og hvorfor tannhelsetjenesten bør agere på bestemte områder, også når det gjelder barnemishandling, seksuelle overgrep eller omsorgssvikt av barn og unge (se kap. 9 i retningslinjen) (Helsedirektoratet, 2018b).

Det er utarbeidet en felles veileder for samarbeid mellom skole, helse, tannhelse, barnevern, arbeids- og velferdsforvaltningen, familievernkontorene og krisesentrene (Helsedirektoratet, 2022d), som det vises til i Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplanen mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) – Trygghet for alle*. Videre har Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i 2023 oppdatert Nasjonalt forløp Barnevern- kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus (Helsedirektoratet, 2020a). Dette er et verktøy som beskriver ansvar, oppgaver og samarbeid. Strukturen bidrar til samhandling mellom barnevern og helsetjenesten.

Nasjonal faglig retningslinje «Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år» anbefaler den offentlige tannhelsetjenestens å samarbeide med Statens barnehus og sørge for at tannleger er tilgjengelige for å gjennomføre undersøkelser ved Statens barnehus. Retningslinjen viser også til en mal for samarbeidsavtale mellom barnehus og helseforetaket som er utpekt til å gi bistand til Statens barnehus. Malen er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med relevante aktører og kan brukes som utgangspunkt for en mal for den offentlige tannhelsetjenesten og Statens barnehus.

Felles retningslinjer for Statens barnehus fastslår at barnehuset skal tilrettelegge for at det kan tas klinisk rettsmedisinske og odontologiske undersøkelser. Undersøkelsene skal sikre bevis med tanke på en mulig rettssak og skal som hovedregel gjennomføres ved barnehuset. Det fastslås også at alle fornærmede som er utsatt for vold eller seksuelle overgrep, skal tilbys medisinsk undersøkelse i Statens barnehus. Fornærmede barn bør også tilbys en tannhelseundersøkelse. Spesialist i pedodonti eller allmenntannlege som utfører rettsodontologiske undersøkelser, bør benytte prosedyren klinisk rettsodontologisk tannlegeerklæring ved undersøkelsen etter samtykke fra pasienten eller den som har samtykkekompetanse (Statens Barnehus, 2021; Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ), 2023), og følge de generelle rådene i nasjonale faglige råd (Helsedirektoratet, 2019b). Politiets årsrapport for 2022 viser at det ble utført totalt 954 medisinske undersøkelser ved Statens barnehus, hvorav 918 kliniske rettsmedisinske undersøkelser og 36 medisinske undersøkelser. Ved utløpet av 2022 var det tilbud om tannhelseundersøkelse ved 10 av de 11 barnehusene, og det ble gjennomført 396 tannhelseundersøkelser (Politidirektoratet, 2023, 2024).

Ordningen med barnehusene er evaluert av NOVA, og rapporten kom i 2021 (Helsedirektoratet, 2022c). NOVA konkluderer med at det gjennomføres for få medisinske undersøkelser og at det er et stort behov for rettsavklaring i barnehusene. Barnehusvirksomheten reguleres av en rekke regelverk hvor straffeprosessloven, politiregisterloven, helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, barnevernsloven og barneloven er de viktigste. Det er behov for å vurdere om disse regelverkene er tilstrekkelig samstemte. Evalueringen følges opp gjennom den nye opptrappingsplanen mot vold (Prop. 36 S (2023–2024)).

Kunnskapsgrunnlaget viser at vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen er forbundet med negative konsekvenser gjennom livsløpet og for den somatiske helsen, psykiske helsen og tannhelsen. Tannhelse er et fagfelt der forskningsomfanget er mindre enn i andre deler av helsefeltet (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2023). Litteraturgjennomgangen viser at det er en sammenheng mellom omsorgssvikt og dårlig tann- og munnhelse, blant annet ved det som beskrives som «dental neglekt», som viser til foresattes vedvarende manglende oppfølging av nødvendige tannhelsebehov hos barnet, dersom tannhelsetjenester faktisk er tilgjengelig. Den

viser også at barn som kommer til barnehus, har dårligere tannhelse enn andre barn.

Det er variasjon i tannlegetilbudet ved barnehusene i Norge. Noen har kun tilgang på tannlege ved bestilling, og noen har flere enn en tannlege tilgjengelig og tannlege på barnehuset flere ganger i uken. Det er påtalemyndigheten som avgjør hvilke barn man skal ha rettsmedisinsk undersøkelse av, og hvilke barn som skal undersøkes av tannlege i tillegg til lege.

4.5.3 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Enkelte fylkeskommuner har etablert kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette er særlig i sammenheng med at de har ansatt pedodontister (tannlegespesialist i barnetannpleie). Kontakten er i hovedsak med barneavdelingene i helseforetakene.

Helse Vest RHF og fylkeskommunen har siden 1983 hatt en samarbeidsavtale om orale helse-tjenester ved Haukeland universitetssjukehus (Vestland fylkeskommune). Haukeland sjukehus tannklinik er en del av TkVestland som er eid av Vestland fylkeskommune og etablert på sykehuset i tett samarbeid med kjevekirurgisk avdeling. Tannklinikken er bemannet med tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretær som har bistillinger på sykehuset i tillegg til hovedstillinger ved kompetansesenteret. På tannklinikken tilbys protetisk behandling av pasienter med spesielle diagnoser eller spesielle behandlingsbehov, avansert protetisk behandling av innlagte pasienter med munnhule- og ansiktsdefekter samt forebyggende og lindrende behandling på inneliggende og polikliniske pasienter der særlig tannpleierne har en viktig rolle. Det er også tett samarbeid mellom barneavdelingen ved Haukeland universitetssykehus, Universitetet i Bergen og TkVestland om spesialistutdanning i pedodonti.

Videre er det samhandling mellom den offentlige tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten knyttet til pasienter som har behov for tannbehandling i narkose, se nærmere omtale i kapittel 4.4.2.

4.5.3.1 Helsefelleskapene

Helsefelleskapene er etablert som en viktig samarbeidsarena mellom tjenestenivåene. Målet med helsefelleskapene er å skape en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (Meld. St. 7 (2019–2020)). Regjeringen og

KS inngikk derfor i 2019 en samarbeidsavtale om innføring av 19 helsefelleskap (Meld. St. 7 (2019–2020)).

I samarbeidsavtalen ble det pekt på fire grupper med store og sammensatte behov som helsefelleskapene burde prioritere å planlegge og utvikle tjenester til: 1) barn og unge, 2) personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, 3) personer med flere kroniske lidelser og 4) eldre med skrøpelighet. I Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* varsler regjeringen videreutvikling av helsefelleskapene og videreføring av tilbudet til de prioriterte gruppene. De fire pasientgruppene har i hovedsak rett til tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven og dens forskrifter. Så langt er ikke den offentlige tannhelsetjenesten en del av helsefelleskapene.

4.5.4 Samhandling med privat tannhelsetjeneste

Tannhelsetjenesteloven slår fast at fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1.

Fylkeskommunen kan inngå avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av prioriterte grupper som nevnt i § 1-3 bokstavene a–g, jf. tannhelsetjenesteloven § 4-2. Pasientenes utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen skal helt eller delvis dekkes av fylkeskommunen på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-1.

Fylkeskommunen kan også inngå avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av prioriterte grupper som fylkeskommunen pålegges å gi tilbud til gjennom Stortingets budsjettvedtak.

Helsedirektoratet har lagt til grunn at fylkeskommunen må følge anskaffelsesregelverket når det inngås avtale med privatpraktiserende tannlege (Helsedirektoratet, 2022b). Ved kjøp av tjenester for pasienter nevnt i tannhelsetjenestelovens § 1-3, vurderer Helsedirektoratet at vilkårene i tannhelsetjenesteloven § 4-2 også må følges.

Den private tannhelsetjenesten samarbeider enkelte steder med den offentlige tannhelsetjenesten om tannlegevakt, se nærmere omtale i kapittel 4.4.2.6.

4.6 Helseberedskap

Fylkeskommunen (fylkestingene) skal fastsette og oppdatere beredskapsplaner for helse- og omsorgstjenester den er ansvarlig for (helseberedskapsloven § 2-2). Helseberedskapsloven har som formål å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Ansvarsprinsippet er lagt til grunn, det vil si at den som har ansvaret for en tjeneste, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjenesten, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt. Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap gir utfyllende bestemmelser om hvordan beredskapsplaner skal utarbeides, øves og oppdateres.

Det følger av helseberedskapsloven at helsepersonell som yter privatfinansierte tjenester også er omfattet av helseberedskapslovens bestemmelser. Det omfatter også private virksomheter som uten formell tilknytning til kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak eller staten tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester, det vil si den private tannhelsetjenesten, jf. helseberedskapsloven § 1-3 første ledd bokstav c. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere hvordan man i beredskapssituasjoner

kan benytte denne personellgruppen på en god måte.

Tannhelsetjenesteloven § 1-3 b pålegger fylkeskommunene å ta imot og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten. Disse bestemmelsene gir myndighetene oversikt over helsepersonelldekningen som grunnlag for å kunne ivareta tilgjengelighetsansvaret og for å iverksette styringstiltak ved behov. Tilsvarende bestemmelser finnes i annen helselovgivning (helse- og omsorgstjenesteloven).

Erfaringene etter koronapandemien er at myndighetene i stor grad manglet oversikt over private helsetilbydere. Det kan bety at bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven som er ment som en samordnings- og styringsbestemmelse, i praksis ikke fungerte.

Nylig er det fremmet en stortingsmelding om helseberedskapen i Norge (Meld. St. 5 (2023–2024)). Meldingen viser til at også helse- og omsorgssektoren står overfor et endret og mer sammensatt risiko- og trusselbilde. Det omtales noen sentrale risikoer og sårbarheter som det må tas hensyn til, slik at man er best mulig forberedt på å møte framtidige kriser. I tillegg til klimendringer er dette sammensatte trusler og krig, digital sikkerhet, forsyningssikkerhet, pandemi og smittsomme sykdommer, trygg vannforsyning og atomhendelser som truer liv og helse.

Meldingen omtaler behovet for å øve regelmessig og systematisk slik at personellet får den kompetansen de trenger for å utøve nødven-

Boks 4.6 Prioritering under covid-19-utbruddet

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utforme og publisere faglige råd til tannhelsetjenesten knyttet til covid-19-utbruddet. Rådene var en del av direktoratets koronaveileder. De tydeliggjorde hvordan den offentlige og private tannhelsetjenesten skal forholde seg i perioder med særskilte tiltak, både med hensyn til begrensning av ordinær, planlagt virksomhet og eventuelle forpliktelser til å yte øyeblikkelig hjelp.

I privat og offentlig tannhelsetjeneste ble det kun utført nødvendig akuttbehandling fra medio mars fram til slutten av april 2020. Etter det var direktoratets anbefalinger å ta sikte på en gradvis opptrapping av aktiviteten på tannklinikkene og komme tilbake til tilnærmet normal drift. Direktoratet anbefalte noe tilpasset aktivitet i tannhelsetjenesten knyttet til organisering av

arbeidet på tannklinikkene og gjennomføring av smittevernrutiner mv.

Ved redusert behandlingstilbud anbefalte direktoratet å prioritere akutt behandling, tilstander der det var infeksjonsrisiko, som medførte smerte, dyp karies og annen behandling som var nødvendig for å redusere skadeomfanget. Tannhelsetjenesten skulle prioritere oppfølging av pasienter med spesielle behov og pasienter med underliggende sykdom som kunne bli alvorlig syke som følge av infeksjoner. Pasienter med kjent risiko for oral sykdom måtte også prioriteres. De anbefalte videre at tannklinikkene skulle kartlegge og vurdere hvordan pasienter med spesielle behov skulle følges opp under pandemien.

dig fleksibilitet i beredskapssituasjoner. Det vil si at aktørene må kjenne til beredskapsplanverket og egen rolle i slike planer. Det gjelder kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere og helseforetak, men også private aktører.

Meldingen tydeliggjør behovet for å sikre at ressursene som finnes i den private tannhelsetjenesten, blir benyttet i kriser.

Statsforvalteren har etter kommuneloven ansvar for å samordne statlig tilsyn med kom-

muner og fylkeskommuner (Meld. St. 5 (2023–2024)). Statsforvalter er bindeledd mellom lokalt og nasjonalt nivå med ansvar for samordning av samfunnssikkerhet og beredskap, herunder helseberedskap, i fylket. Statsforvalteren skal gjennom tilrettelegging og veiledning medvirke til at regionale og lokale etater etablerer planer som del av et samordnet planverk.

Kapittel 5

Den private tannhelsetjenesten

Privat sektor utfører størstedelen av tannbehandlingen for den voksne delen av befolkningen og tannregulering for barn og unge. Voksne dekker i hovedsak selv sine behandlingskostnader. Unntaket er tannbehandling som inngår i folketrygdens stønadsordning. Her dekker folketrygden hele eller deler av kostnaden. For at pasienter skal ha rett til stønad fra folketrygden, må tannlegen/tannpleieren ha avtale om direkte oppgjør med Helfo.

De vanligste organisasjonsformene for privat tannlegevirksomhet er enkeltpersonforetak eller aksjeselskap, men markedsstrukturen ser ut til å være i endring. Tradisjonelt har den private tannhelsetjenesten bestått av små enheter, først og fremst solopraksiser, men over tid er det blitt mer vanlig blant tannleger å arbeide i gruppepraksis eller kjede.

5.1 Organisering

Privat sektor utfører størstedelen av tannbehandlingen for den voksne delen av befolkningen og tannregulering for barn og unge.

Det er fri etablering av tannlegevirksomhet/tannpleiervirksomhet. I henhold til helsepersonellovens § 18 skal tannhelsepersonell i privat virksomhet gi melding til fylkestannhelsesjefen når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av loven. Melding skal også gis når virksomheten opphører.

5.1.1 Personell, klinikkstruktur og eierskap

Oslo skiller seg ut med flest private tannbehandlere per innbygger. De tre nordligste fylkene har dårligst dekning av private tannbehandlere, mens forskjellene i andelen private tannbehandlere mellom de øvrige fylkene er moderate (Holden et al., 2023).

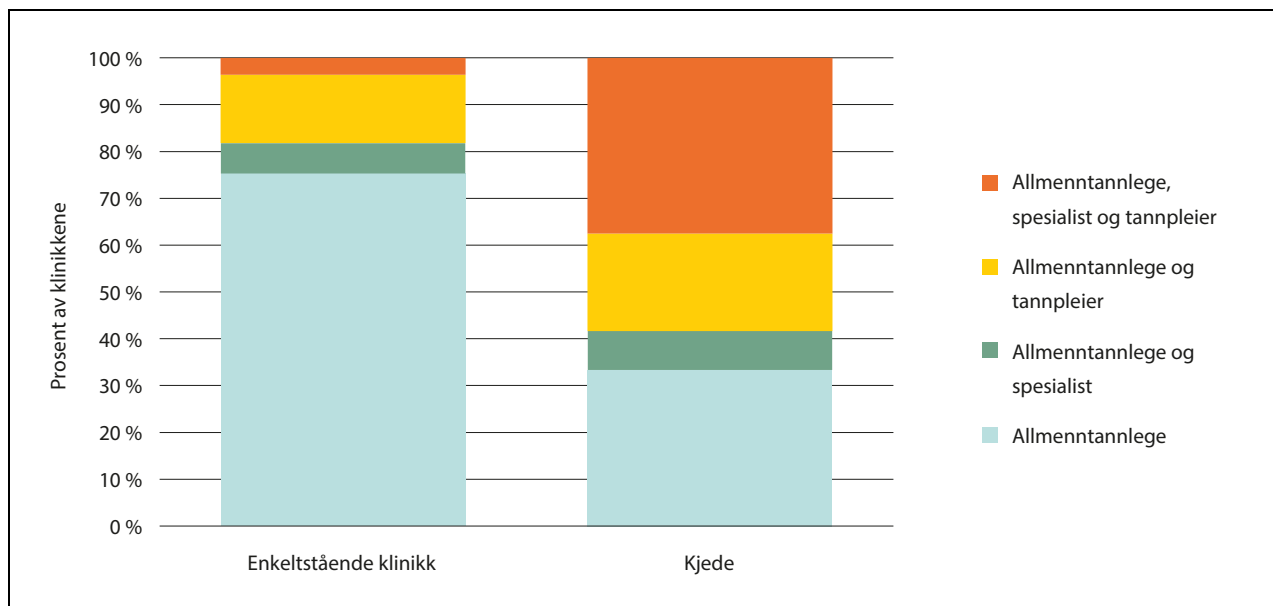
De vanligste organisasjonsformene for privat tannlegevirksomhet er å drive som enkeltpersonforetak eller som et aksjeselskap, men markeds-

strukturen er i endring. Tradisjonelt har den private tannhelsetjenesten bestått av små enheter, først og fremst solopraksiser, men i løpet av de siste 25 årene er det blitt mer vanlig blant tannleger å arbeide i gruppepraksis eller kjede. Andelen i solopraksis har sunket fra ca. 60 prosent i 1997 til ca. 24 prosent i dag (Holden et al., 2023).

Integrerte praksiser med spesialist og tannpleier i tillegg til allmenntannlege, er også blitt vanligere. Særlig forekommer slike integrerte praksiser blant klinikkene som er del av en kjede (Holden et al., 2023).

De fleste tannlegene er praksiseiere eller medeiere, men andelen varierer med tid siden fullført utdanning. I Vista Analyses undersøkelse svarte 85 prosent av de private allmenntannlegene som tok eksamen for mer enn ti år siden at de var praksiseiere eller medeiere, mens andelen for de med under ti år siden eksamen var ca. 40 prosent. De som ikke er praksiseiere eller medeiere, er i hovedsak assistenttannleger eller oppdragstakere. Oppdragstaker er den vanligste tilknytningsformen blant tannleger som arbeider i en kjede (Holden et al., 2023).

Tannlegekjeder som samler klinikker og tannbehandlere under samme merkenavn og markedsføring, har foreløpig en begrenset andel av det totale tannhelsemarkedet, men markedet og markedsandelene ser ut til å være i rask endring. Vista Analyses undersøkelse viser at kjedene virker å være i kraftig vekst, og at veksten hovedsakelig skjer gjennom oppkjøp eller fusjoner av eksisterende klinikker. Det er ulike investerings-selskaper som kommer inn på eiersiden, og det dreier seg i stor grad om internasjonale konsern. Tilsvarende bilde ser man av gjennomgang av eierskapssiden for kjeder, konsern eller store klinikker. Uavhengig av om aksjemajoriteten sitter i Norge eller utlandet, er det gjerne et investerings-/holdingsselskap på toppen som eier en eller flere tannhelseforetak/-klinikker. Vista Analyse viser til at utviklingen i Norge samsvarer med utviklingen i resten av Europa. Det er rimelig å forvente en økende grad av konsolidering i mar-



Figur 5.1 Sammensetning av behandlere på klinikken. Prosent. April 2023

Kilde: Holden et al., 2023.

kedet der både norske og internasjonale investeringselskaper vil kunne komme inn på eiersiden. Funnene fra kartleggingen må ses i sammenheng med at det ikke finnes bestemmelser i dagens regelverk som regulerer etablering og eierskap av tannklinikker. Klinikker kan etableres fritt av tilbydere uten at det må søkes om konsesjon for drift og eierskap, jf. omtale i kapittel 3.1.2.

Litt over 20 prosent av de private tannlegene i Legelisten.no arbeider i en av de fem største kjedene, henholdsvis 20 prosent av allmenntannlegene og 28 prosent av spesialistene. De to største kjedene er Colosseum og Oris, den tredje største er Odontia. Ifølge Legelisten.no i februar 2023 lå markedsandelen til de tre største kjedene på 16 prosent, målt som andel av tannlegene i Legelisten.no. Dette fordelte seg med 7 prosent av alle tannleger tilknyttet Colosseum, 6 prosent Oris og 3 prosent Odontia. Den samme markedsandelen gjenspeiler seg når markedsandel måles som andel av den samlede omsetningen (Holden et al., 2023).

Colosseum og Oris er om lag like store på landsbasis målt ved kjedenes tannhelsevirksomhet i Norge. Begge kjedene er etablert i ca. 40 kommuner hver. I under halvparten av disse kommunene er begge etablert med én eller flere klinikker (Holden et al., 2023).

I 40 av de 85 økonomiske regionene i Norge er minst 1 av de 3 største kjedene blant de tre største klinikkene i regionen. Kjedene er stort sett til stede i områder med mange tannleger og kli-

nikker, der markedsandelene er begrenset. I 9 av 85 økonomiske regioner har den største klinikken over 40 prosent av tannlegene. Den største klinikken er ikke en del av en kjede i noen av de ni regionene, og det er 1–25 tannleger i regionene det gjelder (Holden et al., 2023).

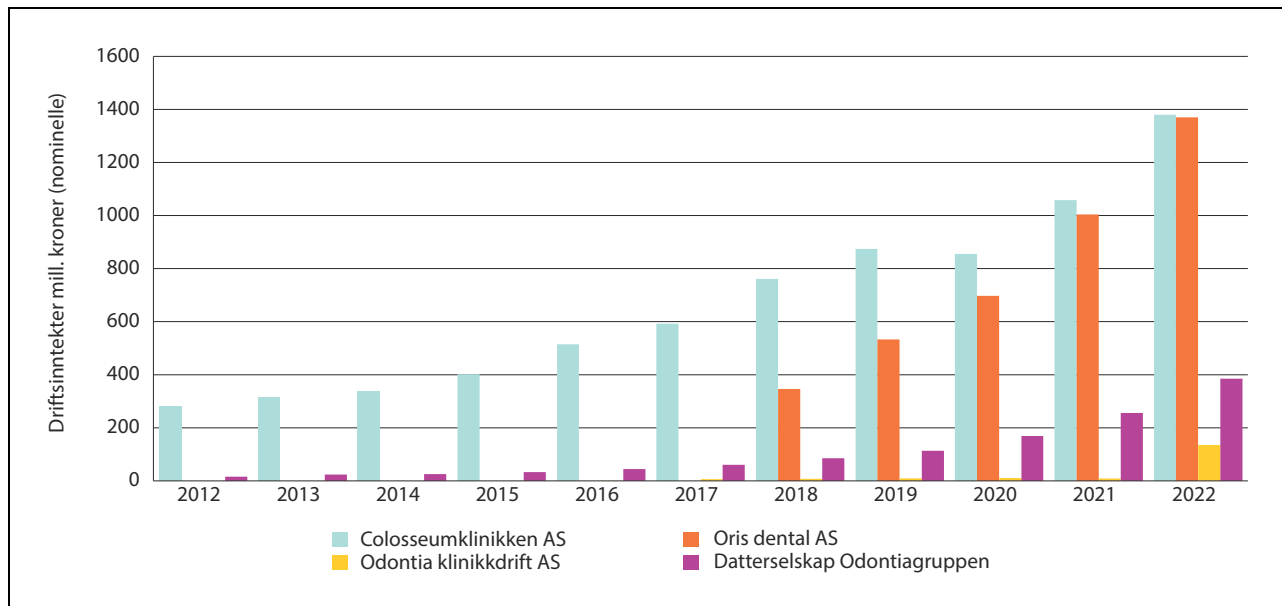
Tanntekniske laboratorier

Tanntekniske laboratorier driver ofte både lokal produksjon og importarbeid av tannteknikk. De har tradisjonelt vært små næringsvirksomheter, men man har i de senere årene sett en stadig større sammenslåing av virksomhetene til betydelig større aktører. Noen tanntekniske laboratorier eies av de investoreide store tannlegekjedene.

5.1.2 Økonomiske rammevilkår i den private tannhelsetjenesten

Vista Analyse har sett på driftsmarginer i den private tannhelsetjenesten og utviklingen i driftsinntekter for de største kjedene og klinikkene for perioden 2012 til 2022.

Driftsmarginen for bransjen samlet var i 2022 på 14,4 prosent av inntektene for landet som helhet (Proff.forvalt). Til sammenlikning anslår en utredning fra Menon Economics at helsenæringens verdi anslår at driftsmarginen i helse- og omsorgstjenester var rett i overkant av 8 prosent i 2020, og de finner en negativ utvikling av lønnsomheten de siste 10 årene (Jakobsen et al., 2022).



Figur 5.2 Driftsinntekter for de tre største tannlegkjedene. Omsetning i Norge. Millioner kroner. 2012–2022

Dataene er hentet på foretaksnivå for å unngå dobbelttelling. Kategorien «Datterselskap Odontigruppen» inkluderer registrerte datterselskap (inkludert Odontia klinikkdrift) per 31.12.2022 og registrerte fusjoner i 2023. Oris Dental Holding eier Oris Dental AS og var registrert med flere datterselskap i 2022 som i 2023 er inkludert i Oris Dental AS. Disse er ikke inkludert i figuren.

Kilde: Holden et al., 2023.

Driftsmarginen varierer på tvers av virksomheter og geografi. Vista Analyse finner flere virksomheter med negativt driftsresultat i 2022, og noen har hatt negativt driftsresultat flere år på rad. Klinikker som eies av tannlege(r) som selv arbeider i klinikken, vil gjøre årlige avveininger mellom lønnsnivå og utbytte samtidig som kjeder kan ta ut gevinster på ulike virksomhetsnivåer. Driftsmarginene alene sier derfor ikke nødvendigvis så mye om lønnsomheten (Holden et al., 2023).

Vista Analyse finner videre at de tre største kjedeklinikkene målt i antall tannleger, også er de tre største målt etter driftsinntekter. Dette er Colosseum, Oris og Odontia (Holden et al., 2023). Se figur 5.2.

De to største kjedene, Colosseum og Oris, passerte begge 1 milliard kroner i driftsinntekter i 2021, med en videre vekst til nær 1,4 milliarder kroner i 2022. De to største kjedene har dermed vokst med henholdsvis 30 og 36 prosent i driftsinntekter fra 2021 til 2022. Felles for de to kjedene er at veksten i all hovedsak kan tilskrives vekst gjennom fusjoner/oppkjøp av selvstendige klinikker, enten drevet som AS eller som et enkelpersonselskap (ENK). Det er liten grad av nyetablering av kjedeide tannklinikker (Holden et al., 2023).

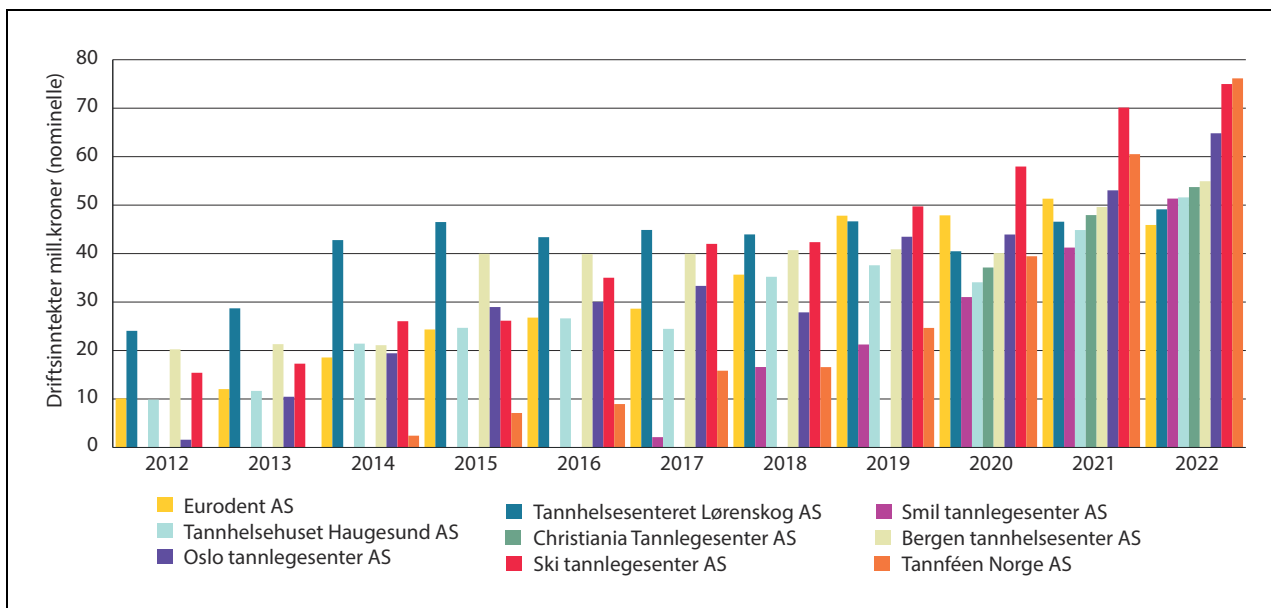
Odontia klinikkdrift definert på foretaksnivå er betydelig mindre enn de to største kjedene. Dette

foretaket har hatt en økning i driftsinntektene fra 7,75 millioner kroner i 2018 til 134,57 millioner kroner i 2022, og er i sterk vekst. Når Vista Analyse i stedet bruker en kjedefinisjon som er basert på hvilke tannhelseklinikker (datterselskaper) morselskapet Odontia Gruppen AS er registrert med, og summerer driftsinntektene fra disse klinikkene, får de nesten tre ganger så høye driftsinntekter som for foretaket Odontiaklinikken (Holden et al., 2023).

De mellomstore tannhelseforetakene vokser. Figur 5.3 viser utviklingen i driftsinntekter for mellomstore tannhelseforetak knyttet til virksomheten i Norge. Med mellomstore menes i denne sammenheng de største foretakene etter at de tre største kjedene er utelatt (Holden et al., 2023).

Vista Analyse har satt en nedre grense på 45 millioner kroner i driftsinntekter for å komme i kategorien mellomstor med øvre grense på 80 millioner kroner.

Regnskapene er hentet på foretaksnivå. Figuren inkluderer både foretak som har underavdelinger, og foretak som ikke er registrert med underavdelinger. Driftsinntektene til de mellomstore ligger mellom 46 og 76 millioner kroner i 2022. Av de mellomstore i 2022 eksisterte 6 av 9 med samme navn i 2012. Av disse er det Oslo Tannlegesenter som har hatt den desidert største relative veksten, og også den største absolutte veksten. Tannfeen som ble etablert i 2013, har like-



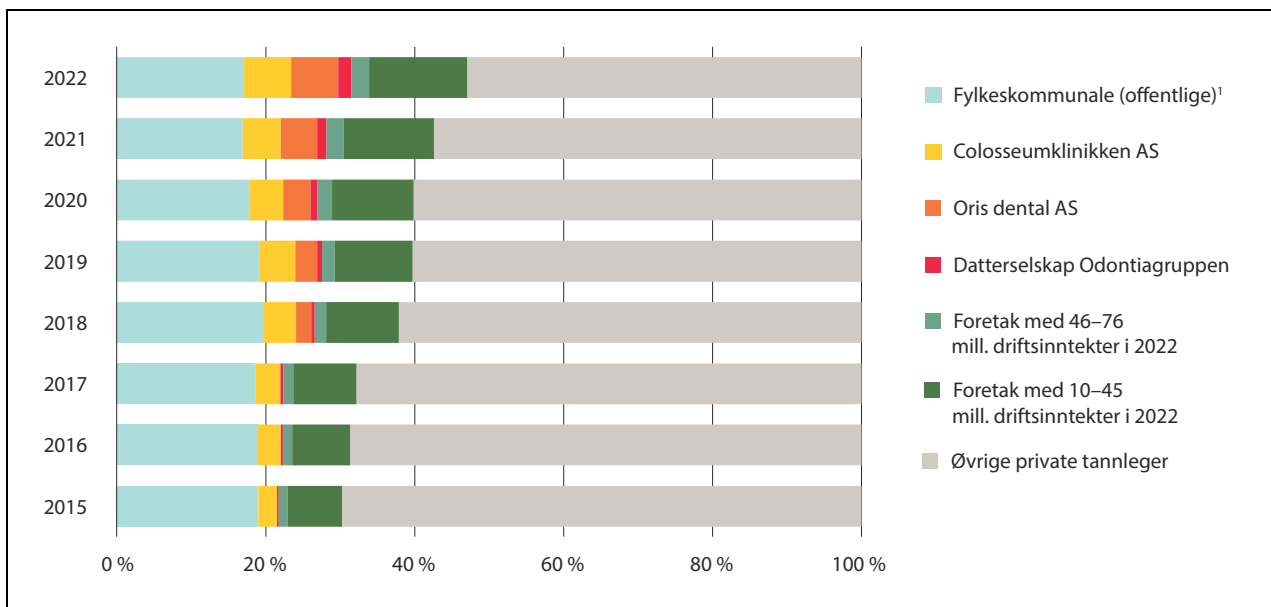
Figur 5.3 Utviklingen av driftsinntekter i Norge for mellomstore tannhelseforetak. Millioner kroner. 2012–2022

Kilde: Holden et al., 2023.

vel hatt størst vekst i kategorien mellomstore tannhelseforetak. Tannfeen og Ski Tannlegesenter er de to største blant de mellomstore målt etter driftsinntekter i 2022. Tannfeen har elleve underavdelinger fordelt på elleve kommuner og anses

som kjede. Ski Tannlegesenter er ikke registrert med underavdelinger og defineres dermed som en selvstendig klinikk (Holden et al., 2023).

I Vista Analyses gjennomgang av markedsstruktur basert på tannleger hentet fra Lege-



Figur 5.4 Andel av samlede driftsinntekter i tannhelsetjenesten i Norge (offentlig og privat, samlet) fordelt på kjeder og størrelse på foretak. Prosent. 2015–2022

Basert på uttrekk fra Proff.forvalt og fra SSB Tabell 11743: Helseutgifter (mill. kr), etter sektor, type tjeneste, statistikkvariabel og år) *Tabell 11743 har ikke tall for det offentlige tilbudet (kommuneforvaltning) for 2021 og 2022. Disse kostnadene er derfor anslått ved å ta utgangspunkt i de offentlige kostnadene i 2020 og prisjustere disse med KPI. Utgifter til tannlege tjenester totalt er hentet fra SSB tabell 10811. Her finner vi utgifter til offentlig forvaltning for 2021 og 2022 uten Helforefusjon. Disse tallene tilsier at de offentlige kostnadene kan være noe høyere enn beregnet. SSB oppgir at tall for 2021 og 2022 er foreløpige.

Kilde: Holden et al., 2023.

listen.no, ser de at små foretak taper terreng, men at de fremdeles totalt har en stor andel av driftsinntektene (Holden et al., 2023). I og med at en betydelig andel av klinikkene er organisert som enkeltpersonforetak, har Vista Analyse ikke regnskapsdata som gjør det mulig å summere de samlede driftsinntektene. I stedet har Vista Analyse brukt utgifter til tannlegetjenester hentet fra Statistisk sentralbyrås helsedatabase som kilde for total omsetning av tannhelsetjenester (Holden et al., 2023).

Figur 5.4 viser de største kjedenes og ulike foretakskategoriens andel av de samlede tannhelsetjenestene.

5.1.3 Utviklingen av tilbudssiden

Som vist til i kapittel 3.2.1 viser befolkningsundersøkelsen til Vista Analyse at det har vært en nedgang i tannbehandlingsvolumet de siste ti årene. De fleste går regelmessig til tannlegen, men tannlegebesøket består i dag i stor grad av tannhelsekontroll og rens samtidig som de fleste typer behandlinger gjennomføres mindre i dag enn for ti år siden (Holden & Øye, 2023).

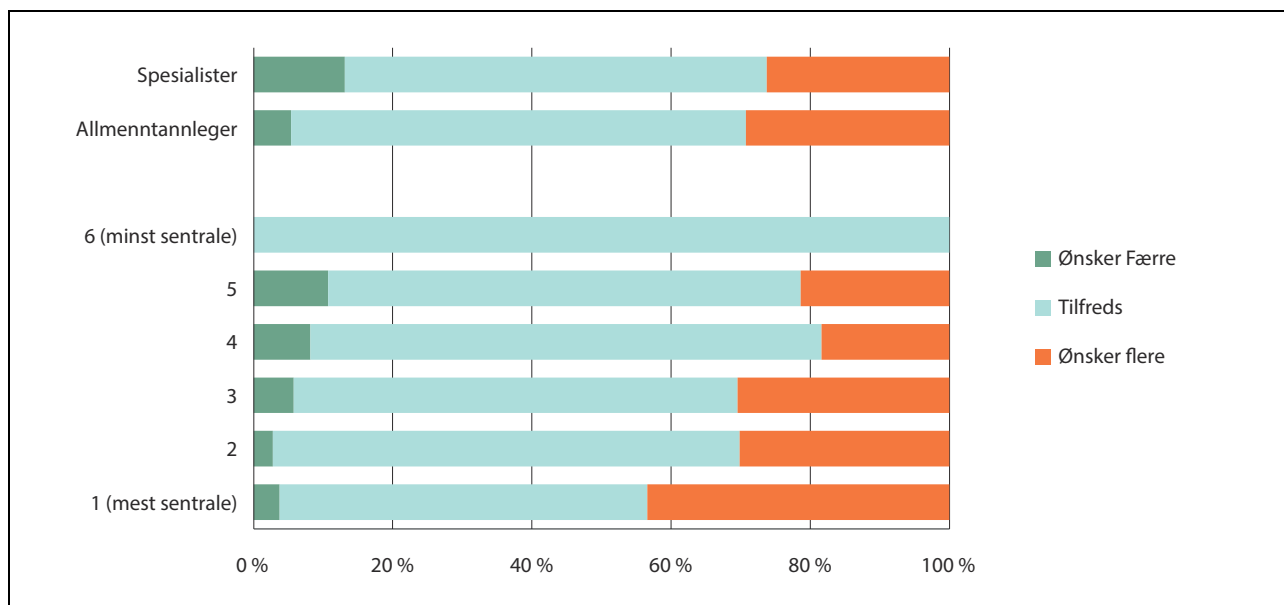
I sin kartlegging av markedet peker Vista Analyse imidlertid på at antall aktive tannleger ikke har falt i takt med bedringen i tannhelsen. Antall tannleger per 1 000 innbyggere i Norge har økt de

siste 20 årene. Tannlegetettheten er dermed økt samtidig som en økende andel tannleger, særlig i sentrale strøk, oppgir å ha for få pasienter. I Oslo oppgir halvparten av allmenntannlegene til Vista Analyse at de ønsker flere pasienter. Blant allmenntannlegene oppgir 65 prosent at de er tilfredse med nåværende antall pasienter. For spesialistene er tilsvarende tall 61 prosent. 29 prosent av allmenntannlegene ønsker flere pasienter (81 respondenter), og 5 prosent ønsker færre (15 respondenter). Blant spesialistene ønsker 26 prosent flere og 13 prosent færre pasienter (Holden et al., 2023).

Vista Analyse viser til at det er gjennomført flere studier om tilbudsindusering, en situasjon der tannlegenes informasjonsfordel kan utnyttes til å anbefale flere kontroller og behandlinger enn det pasienten selv ville valgt. Kampanjer med rabatterte pris på undersøkelser for nye kunder synes å være vanlig i tannlegemarkedet (Holden et al., 2023).

Enkelte studier har funnet at tannleger som oppgir å ha for få pasienter, har høyere priser og innkaller oftere til kontroll (Grytten et al., 2023).

Vista Analyses kartlegging gir ikke oversikt over samlet omsetning og lønnsomhet i den private tannhelsetjenesten, eller om utviklingen har påvirket omsetningen og lønnsomheten blant tilbydere over tid.



Figur 5.5 Andel private tannleger som ønsker seg flere pasienter, etter sentralitet. Prosent. 2023

Basert på spørreundersøkelsen april 2023 til private allmenntannleger og spesialister, hhv. 277 allmenntannleger og 61 spesialister. Svarene til spesialistene vises kun totalt, mens allmenntannlegene vises både totalt og fordelt på sentralitetsgruppe, hhv. 70, 99, 82, 53, 29 og 5 respondenter i sentralitetsgruppe 1, 2, 3, 4, 5 og 6.

Kilde: Holden et al., 2023.

5.2 Rettslig regulering av den private tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven regulerer den offentlige tannhelsetjenesten sin virksomhet. Loven har også enkelte bestemmelser om forholdet mellom fylkeskommunene og privat tannhelsetjeneste, jf. tannhelsetjenesteloven kapittel 4.

Den offentlige tannhelsetjenesten kan inngå avtale med privat tannhelsepersonell om å behandle de som har krav på tannhelsehjelp etter § 1-3. Hvilke plikter de private har, avgjøres av hva som er avtalt mellom den private tannhelsetilbyderen og fylkeskommunen.

Helsepersonelloven

Private tannhelsesekretærer, tannleger, tannpleiere og tannteknikere er helsepersonell, og er dermed omfattet av pliktene i helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 3 og § 48. Helsepersonell må blant annet overholde regler om faglig forsvarlighet, ressursbruk, journalføring, informasjon til pasient, taushetsplikt og opplysningsplikt, jf. helsepersonelloven § 4, § 6, § 10 og kapittel 5 og 8.

Folketrygdloven

Når private tannhelsetilbydere utfører tannbehandling som gir stønad fra folketrygden, må de oppfylle en rekke bestemmelser og vilkår gitt i folketrygdloven og tilhørende forskrift og rundskriv. Dette innebærer blant annet å ha avtale om direkte oppgjør med Helfo. Se nærmere omtale under kapittel 6 *Folketrygdens stønad til tannbehandling*.

Helseregisterloven

Forskrift om Kommunalt pasient- og brukerregister innebærer at også private tannhelsetjenester skal kunne pålegges plikt til å melde opplysninger til registeret. Helsedirektoratet fikk i 2023 i oppdrag å framskaffe et representativt datagrunnlag fra KPR og Norsk pasientregister (NPR) for tannhelseutvalget. Se nærmere omtale av Helsedirektoratets oppdrag og utviklingsarbeid knyttet til KPR under kapittel 8.2.2. og 10.8.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Private tannhelsevirksomheter omfattes også av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs.

5.3 Finansiering

Den private tannhelsetjenesten er i stor grad finansiert av pasientene gjennom egenbetaling. Voksne over 24 år må som hovedregel betale alle utgiftene til tannbehandling selv. Nøyaktig hvor mye den norske befolkningen betaler for private tannhelsetjenester er ikke kjent. Statistisk sentralbyrå publiserer jevnlig helseregnskap der husholdningenes egenbetaling til tannhelsetjenester estimeres. For 2022 har Statistisk sentralbyrå estimert en samlet egenbetaling på 15,9 milliarder kroner, jf. Statistisk sentralbyrås helseregnskap publisert i oktober 2023. Dette tilsvarer om lag 73 prosent av samlet ressursbruk til tannhelsetjenester. Det er ikke kjent hvor stor andel pasientenes egenbetaling utgjør av inntekten til private tannhelsetilbydere.

Det er heller ikke kjent hvor stor andel folketrygdens stønad til tannbehandling utgjør av inntekten til private tannhelsetilbydere. Folketrygden dekker for bestemte tilfeller hele eller deler av prisen for tannbehandling etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Dette forutsetter at tannlegen/tannpleieren har avtale om direkte oppgjør med Helfo. Helfo utbetaler da stønaden direkte til behandleren, og pasientens betaling til behandler blir tilsvarende redusert. I 2022 var folketrygdens utgifter til stønad til tannbehandling om lag 2 583 millioner kroner¹ (Helsedirektoratet, 2023b).

Også for tannbehandling som omfattes av folketrygden, har tannhelsetilbyderne en inntekt i form av egenbetaling fra pasientene. Pasienten må som oftest betale en egenandel som inngår i folketrygdens takster, og et mellomlegg som tannlegen/tannpleieren kan kreve i tillegg på grunn av fri prissetting. Vi vet ikke hvor stort beløp mellomlegget utgjør.

Priser på tannhelsetjenester og pasientenes egenbetaling er nærmere beskrevet i kapittel 3.4

¹ Beløpet inkluderer refusjon av egenandeler gjennom frikortordningen, og stønad til tannregulering for barn og unge.

Priser på tannhelsetjenester og pasientenes egenbetaling.

5.4 Samhandling mellom privat tannhelsetjeneste, offentlig tannhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten

Som omtalt i kapittel 4.5 kan fylkeskommunen inngå avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av prioriterte grupper som nevnt i § 1-3 bokstavene a-e, jf. tannhelsetjenesteloven § 4-2. Fylkeskommunen kan også inngå avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av prioriterte grupper som fylkeskommunen pålegges å gi tilbud til gjennom Stortingets budsjettvedtak.

Helsedirektoratet har lagt til grunn at fylkeskommunen må følge anskaffelsesregelverket når det inngås avtale med privatpraktiserende tann-

lege (Helsedirektoratet, 2022b). Ved kjøp av tjenester for pasienter nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3, vurderer Helsedirektoratet at vilkårene i tannhelsetjenesteloven § 4-2 også må følges.

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) har utarbeidet veileder i anskaffelser av helse- og sosialtjenester, som skal hjelpe innkjøpere og øvrige som er involvert i å gjennomføre anskaffelsen (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2018b). Kritikken mot veilederen har blant annet vært at den i for liten grad tydeliggjør muligheten for å dele opp anskaffelsen i mindre områder, slik at også mindre aktører kan komme med tilbud. Det siste er særlig aktuelt for tannhelsetjenester som består av mange små klinikker.

De regionale helseforetakene har i noen tilfeller inngått avtale med private tannlegespesialister. Det finnes ingen samlet oversikt over disse avtalene.

Kapittel 6

Folketrygdens stønad til tannbehandling

Dette kapittelet omhandler folketrygdens stønad til tannbehandling.

6.1 Regulering

Kapittel 5 i folketrygdloven omfatter stønad til dekning av utgifter til helsetjenester, herunder tannbehandling. Formålet med stønad etter dette kapittelet er å gi hel eller delvis kompensasjon for nødvendige utgifter til helsetjenester ved blant annet sykdom og skade.

Formålet med bestemmelsene om tannbehandling er å gi bestemte grupper, utover dem som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, stønad til behandlingsutgifter. For voksne finnes det noen tilstander/tilfeller der folketrygden, gjennom Helfo, gir stønad til undersøkelse og behandling. Barn og unge kan få stønad til tannregulering. I den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, gis det ikke stønad etter folketrygdlovens kapittel 5.

Tilfellene som gir rett til stønad etter folketrygdloven er listet opp som stønadspunktene 1–15 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom § 1. Utfyllende bestemmelser og vilkårene for stønad er gitt i rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 – undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade. Stønadspunktene omtales nærmere under kapittel 6.1.2.

Folketrygdens stønad gis til nødvendig og forsvarlig tannbehandling. Der det er mulig skal ukomplisert behandling benyttes fremfor dyrere og/eller mer kompliserte behandlingsformer. Folketrygden gir ikke stønad til inngrep som vesentlig er begrunnet i kosmetiske hensyn. I hovedsak gis det heller ikke stønad til forebyggende behandling, tannrensing og kariesbehandling eller behandling av kariessykdom-

mens følgetilstander. Dette gjelder likevel ikke i de tilfeller kariessykdom er et resultat av bakenforliggende sykdom eller behandlingen av denne.

6.1.1 Avtale om direkte oppgjør

Det er privat sektor som utfører størstedelen av tannbehandling med stønad fra folketrygden. For at pasienten skal ha rett til stønad til tannbehandling, må tannlegen/tannpleieren ha avtale om direkte oppgjør med Helfo, jf. folketrygdloven formålsparagraf § 5-1 fjerde ledd. Helfo er Helse- direktoratets ytre etat og forvalter oppgjør fra folketrygden til helseaktører for pasientbehandling og utførte helsetjenester.

Tannbehandlere med avtale om direkte oppgjør sender oppgjør/refusjonskrav til Helfo som utbetaler stønaden pasientene har rett på direkte til behandleren. Pasientens betaling til behandler blir tilsvarende redusert, jf. folketrygdloven § 22-2. Vi omtaler gjerne stønadsutbetalingen til behandler som refusjon.

Det er den enkelte behandler som har det økonomiske ansvaret for sine oppgjør/refusjonskrav til Helfo. Behandlere har plikt til å informere pasienten dersom de ikke har direkte oppgjør med Helfo, jf. helsepersonelloven § 6.

Den offentlige tannhelsetjenesten utfører også noe tannbehandling med stønad fra folketrygden. For den offentlige tannhelsetjenesten kan avtale om direkte oppgjør inngås mellom fylkeskommunen og Helfo og for de odontologiske lærestedene mellom utdanningsinstitusjonen og Helfo. I praksis inngår den enkelte behandler en avtale og sender inn sine oppgjør/refusjonskrav på samme måte som privat sektor, altså hver for seg.

I dag har om lag 5 000 tannleger og 900 tannpleiere avtale om direkte oppgjør (Helsedirektoratet, 2023b).

Tabell 6.1 Stønads punkter som gir rett til stønad til tannbehandling fra folketrygden

Stønads punkt nummer	Stønads punkt navn
1	Sjelden medisinsk tilstand
2	Leppe-kjeve-ganespalte
3	Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegionen for øvrig
4	Infeksjonsforebyggende tannbehandling
5	Sykdommer og anomalier i munn og kjeve
6	Periodontitt
7	Tannutviklingsforstyrrelser
8	Bittanomalier
9	Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon
10	Hyposalivasjon
11	Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer
12	Tannskade ved godkjent yrkesskade
13	Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade
14	Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne
15	Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven

Kilde: Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom.

6.1.2 Stønads punkter

Folketrygdens stønad til tannbehandling omfatter 15 stønadspunkter, og de aller fleste av disse omfatter medisinske tilstander som har betyd-

ning for munn/ kjeve/tenner. Enkelte punkter er rettet inn mot mer spesifikke odontologiske sykdommer eller tannutviklingsforstyrrelser. I tillegg er det særskilte ordninger ved ulykke og yrkesskade.

Tabell 6.2 Folketrygden. Oversikt over stønadspunkter med beskrivelse av tilstand/behandling

Stønads punkt	Beskrivelse av tilstand/behandling
1 Sjelden medisinsk tilstand	Sjeldne medisinske tilstander eller sykdommer som fører til økt behandlingsbehov, for eksempel den arvelige sykdommen cystisk fibrose. Med sjeldne medisinske tilstander menes i dette regelverket medfødte enkeltdiagnoser som forekommer i antall opp til 1:10 000 individer eller totalt ca. 500 personer i Norge. Det er et krav at den sjeldne medisinske tilstanden er varig. De til enhver tid gjeldende tilstandene som er omfattet av dette kriteriet, framgår av diagnose-listen for sjeldne medisinske tilstander (SMT-listen). Listene er uttømmende. Helsedirektoratet oppdaterer SMT-listen ved behov.
2 Leppe-kjeve-ganespalte	Tannbehandling som har sammenheng med behandling av leppe-kjeve-ganespalte (LKG). Ved behandling som er utført av tannlege utenfor sykehus, er det en forutsetning at pasienten er henvist fra sentraliserte LKG-team.

Tabell 6.2 Folketrygden. Oversikt over stønadspunkter med beskrivelse av tilstand/behandling

Stønadspunkt	Beskrivelse av tilstand/behandling
3 Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegionen for øvrig	Tannbehandling som har sammenheng med svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller i hoderegionen for øvrig. Dette gjelder krefttilstander og lokalt aggressive tilstander som direkte påvirker munnhulen/kjevene. Sykdommen eller behandlingen av sykdommen må ha ført til behov for tannbehandling.
4 Infeksjonsforebyggende tannbehandling	Nødvendig infeksjonsforebyggende tannbehandling der infeksjon og/eller infeksjonsspredning fra munn/kjever/tenner kan innebære en alvorlig og livstruende risiko for pasienten. Risikoen må ha sammenheng med pasientens medisinske tilstand og behandling. Gjelder blant annet ved hjerteoperasjon og høydose cellegiftbehandling.
5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	Kirurgisk og oralmedisinsk behandling, blant annet kirurgisk fjerning av visdomstenner og kirurgisk behandling av dysfunksjon i kjeveledd og tyggemuskulatur.
6 Periodontitt	Periodontitt er betennelse i tannkjøtt og kjeveben, som fører til at tennenes feste til kjeven brytes ned slik at tennene kan løsne og falle ut. Stønad gis ved systematisk behandling av marginal periodontitt/periimplantitt der formålet er å oppnå infeksjonskontroll, og til rehabilitering ved tanntap som følge av grav marginal periodontitt.
7 Tannutviklingsforstyrrelser	Behandling av medfødte tannutviklingsfeil av vesentlig betydning for tennenes funksjon og estetikk, for eksempel ufullstendig emaljedannelse eller ufullstendig tannbensdannelse.
8 Bittanomalier	Bittanomali er tenner eller kjeve med under- eller overbitt på grunn av feil tannstilling, skade eller sykdom i kjeve eller kjeveledd. Dette behandles kjeveortopedisk, det vil si med ulike former for tannregulering. Bittanomaliene som er stønadsberettigede er basert på alvorlighetsgrad, delt opp i tre grupper: a, b og c. Hver gruppe inneholder en uttømmende opplisting av de tilfellene der det gis stønad.
9 Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	Behandling av tapte eller nedslitte tenner som følge av slitasje eller syreskader. Tilstanden må være av vesentlig betydning for funksjon og estetikk, og gi vesentlig nedsatt tannhelse.
10 Hyposalivasjon	Tannbehandling i de tilfellene der hyposalivasjon (munntørrhet) har medført økt kariesaktivitet og den økte kariesaktiviteten har ført til vesentlig nedsatt tannhelse. Den vanligste årsaken til munntørrhet er bruk av legemidler.
11 Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer	Ved allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale, for eksempel amalgamfyllinger, gis det stønad til å bytte tannrestaureringer og avtakbare proteser.
12 Tannskade ved godkjent yrkesskade	Tannskader forårsaket av godkjente yrkesskader. Stønadsberettiget behandling skal gjenopprette tilstanden som den var før ulykken fant sted.
13 Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade	Tannskader av vesentlig betydning for funksjon og estetikk, forårsaket av ulykker som ikke er yrkesskader. Stønadsberettiget behandling skal gjenopprette tilstanden som den var før ulykken fant sted.

Tabell 6.2 Folketrygden. Oversikt over stønadspunkter med beskrivelse av tilstand/behandling

Stønadspunkt	Beskrivelse av tilstand/behandling
14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne	Tannbehandling til personer som på undersøkelses- og behandlingstidspunktet har sterkt nedsatt evne til egenomsorg på grunn av varig somatisk eller psykisk sykdom, og/eller varig nedsatt funksjonsevne. Det kan bare gis stønad i de tilfellene der sykdommen eller tilstanden har ført til sterkt nedsatt evne til egenomsorg over tid, minimum ett år.
15 Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	Behandling av personer med helt tannløs underkjeve som på grunn av slag, allmennsykdommer, anatomi eller andre forhold, ikke er i stand til å kunne bruke løstsittende protese. Det gis stønad til to implantater og en dekkprotese festet til disse implantatene.

Kilde: Helsedirektoratet, 2023d; Statistisk sentralbyrå, 2017

Departementet har gitt Helsedirektoratet flere utredningsoppdrag knyttet til stønadspunktene. Oppdrag arbeid er beskrevet i kapittel 10 *Pågående utviklingsarbeid*.

Stønadspunktene 6, 8 og 14 er ytterligere beskrevet i egne punkter senere i dette kapitlet. Se kapittel 6.3.7, 6.3.8 og 6.3.9. Se også kapittel 6.1.6. for beskrivelse av sammenhengen mellom stønadspunkt og takster.

6.1.3 Takster

Pasienter som har en tilstand/sykdom som er beskrevet i ett av rundskrivets 15 stønadspunkter, kan gis stønad etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-6 andre ledd og § 5-6 a første ledd.

Takstene beskriver de undersøkelsene og behandlingene som det kan gis stønad til. Stønden gis enten som honorartakst eller refusjonstakst, avhengig av hva som er bestemt under hvert enkelt stønadspunkt i rundskrivet. Honorartakst gir en høyere stønad enn refusjonstakst. Flere av takstene er knyttet opp til bestemte stønadspunkt og kan bare benyttes i sammenheng med disse punktene. For enkelte takster framgår det av merknad at de ikke kan benyttes i sammenheng med visse stønadspunkt.

Per august 2024 er det 103 takster for tannbehandling. Disse takstene er organisert i ni takstgrupper, jf. tabell 6.3.

Det foretas årlig en vurdering av behov for regelverksendringer inkludert takstbestemmelser

Tabell 6.3 Takstgrupper for tannbehandling som det kan gis stønad til etter folketrygdloven § 5-6 og § 5-6 a

Takstgruppe	Takstnummer
A. Generelle tjenester	1–10
B. Forebyggende behandling	101
C. Konserverende og endodontisk behandling	201–212
D. Protetisk behandling	301–321
E. Kirurgisk behandling	401–424
F. Periodontal behandling og rehabilitering etter periodontitt	501–517
G. Kjeveortopedisk behandling	600–614
H. Øvrige behandlinger	702–707
I. Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser	801–811

Kilde: Helsedirektoratet

og takstbeløp. I hovedsak er det fire ulike delprosesser i dette arbeidet:

- Innhenting av data over prisveksten i samfunnet og utgiftsvekst i ulike bransjer som benyttes i fastsetting av prisjusteringsfaktor.
- Innhenting av utbetalte refusjoner over folketrygdens ulike stønader, der utgiftsveksten analyseres av Helsedirektoratet og drøftes i departementenes Beregningsgruppe for folketrygden.
- Dialog mellom Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet der utviklingen i utgifter til enkelttakster i stønad til tannbehandling blir løpende vurdert.
- Innhenting av synspunkter og erfaringer i en begrenset, årlig høring ut mot berørte organisasjoner og institusjoner i regi av Helsedirektoratet, som danner grunnlag for Helsedirektoratets forslag til regelverksendringer.

Disse ulike delprosessene leder fram mot fastsetting av årlig prisjusteringsfaktor, anslag for løpende volumvekst i inneværende år og antatt framtidig volumvekst i senere år, behov for justering av enkelttakster eller ekstraordinære tiltak dersom sterk utgiftsvekst oppstår ved enkelttakster. I tillegg kommer årlig drøfting av behovet for endringer i forskrift, rundskriv og takstbestemmelser ettersom det avdekkes utfordringer eller uklarheter i regelverket. Ny teknologi og ny praksis blant tannhelsepersonellet kan også lede fram mot endringer i regelverk og takster.

Nye takster trer normalt i kraft fra 1. januar hvert år.

Se også kapittel 6.1.6. for beskrivelse av sammenhengen mellom stønadspunkt og takster.

6.1.4 Krav til tannhelsepersonellens kompetanse

Det gis bare stønad etter folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a hvis undersøkelsen eller behandlingen er utført av tannlege eller tannpleier som har rett til å utøve tannbehandling i medhold av lov om helsepersonell (helsepersonelloven).

Det er et snevert unntak for enkelte behandlinger, der leger som er spesialister i maxillofacial kirurgi (kjevekirurgi og munnhulesykdommer), også kan utløse stønad etter folketrygdloven § 5-6.

Flertallet av takstene er forbeholdt undersøkelse og behandling hos tannlege. Stønad til undersøkelse og behandling hos tannpleiere gis kun for enkelte stønadspunkt og takster. Per august 2024 kan kun 8 av 103 takster benyttes av tannpleiere.

Enkelte takster kan bare utløses av godkjente tannlegespesialister, jf. § 3 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling. Dette gjelder 32 takster per august 2024.

6.1.5 Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land

Etter folketrygdloven § 5-24 a gis det stønad til dekning av utgifter til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Stønad gis etter regler fastsatt i forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land.

Det framgår av forskriften § 3 at det gis stønad til dekning av utgifter ved helsehjelp som tilsvarer følgende helsetjenester:

- helsetjenester og varer som det gis stønad til etter folketrygdloven kapittel 5, med visse unntak
- tannhelsetjenester som fylkeskommunen yter gratis, eller mot delvis vederlag til lovpålagte prioriterte grupper
- spesialisthelsetjenester som i Norge ytes etter spesialisthelsetjenesteloven

Voksne som mottar tannhelsetjenester i et annet EØS-land må som hovedregel dekke utgiftene selv, men unntakene som finnes i Norge, gjelder også i EU/EØS-land. Dette innebærer at de 15 stønadspunktene som gir rett til stønad til tannhelseutgifter fra folketrygden i Norge, også gir rett til stønad ved tannbehandling mottatt i annet EØS-land. Selv om pasientens tilstand faller inn under ett av disse punktene, er det ikke sikkert at mottatt behandling gir rett til stønad. Ulike vilkår må være oppfylt, pasienten må derfor sørge for at Helfo får nødvendig dokumentasjon, slik at de har et godt grunnlag for å vurdere om vilkårene for stønad er oppfylt.

Etter forskriften § 3 første ledd bokstav c gis det stønad til dekning av utgifter ved helsehjelp som gis helt eller delvis vederlagsfritt etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a–d, jf. § 2-2. Dette gjelder:

- barn og ungdom under 18 år
- psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret (egenandel på 25 prosent av den fastsatte norske taksten) (Helfo, 2023)

Andre grupper fylkeskommunen har vedtatt å prioritere, kan ikke ta med seg retten til dekning

av utgifter til behandling til andre EU/EØS-land (Helfo, 2023).

6.1.6 Utvikling av stønadsordningen og sammenhengen mellom stønadspunkt og takster

Folketrygdens stønad til tannbehandling har i lang tid vært tredelt i ulike «nivåer» – med lov, forskrift og rundskriv. Avviklingen av forhandlingene mellom staten og Den norske tannlegeforening i 1995, der man forhandlet om en tariff for tannleger, ledet fram til at departementet i årene etter 1995 har fastsatt regelverk og takster ensidig, uten forhandlinger.

Fra 1997 iverksatte departementet en ny forskrift der forskriftens kapittel 1 inneholdt «reglene» eller stønadspunktene, mens kapittel 2 inneholdt takstene. En liknende todeling hadde man i tidligere års forskrifter, men stønadspunktene i kapittel 1 listet da i hovedsak opp ulike behandlinger eller prosedyrer. Gjennom grepet i 1997 fikk man en dreining mot sykdommer og tilstander i en overordnet bestemmelse som fastla hvilke 14 områder trygden gir stønad til. Den nye forskriften ga imidlertid ikke en rendyrket oppstilling av sykdommer eller tilstander. Fremdeles utgjorde rene prosedyrer flere av de da 14 stønadspunktene.

Med enkelte forenklinger og endringer ble forskriften i stor grad vedlikeholdt i årene 1997–2007. Deretter foretok man en omfattende revidering fra 2008 der forskriften ble begrenset til overordnet regelverk med stønadspunkter (Forskrift om dekning av tannlegeutgifter, 2007). Samtidig ble takstvilkår, takstbeløp og takstbestemmelser lagt over i et rundskriv fra Helsedirektoratet. Endringen fra 2008 var omfattende og falt sammen med at stønader til ulike tannhelseformål ble flyttet fra daværende bidragsordning (lov om folketrygd § 5-22) til stønad til tannbehandling (§ 5-6). Stønadspunktene som ble fastlagt i forskriften gjeldende fra 1. januar 2008, har i hovedsak ligget uendret fram til i dag, og det eneste nye stønadspunktet er stønadspunkt 15 som fra 2014 har gitt stønad til implantatfestet protese ved tannløshet.

I årene etter 2014 er det skjedd forenklinger i takstbestemmelser, mens inndelingen i de 15 stønadspunktene i forskriften for en stor del har ligget fast. Stønadspunktene er gjennom årene omformulert til å spesifisere hvilke sykdommer og tilstander som gir grunnlag for stønad, og lister ikke lenger opp prosedyrer som gir grunnlag for stønad. Slike prosedyrebestemmelser er reservert for rundskriv og takstbestemmelser, men det

er det samlede regelverket, altså kombinasjonen av forskrift, rundskriv og takstbestemmelser, som danner grunnlag for tannhelsepersonellens takstbruk og Helfos kontroll av takstbruken. Se kapittel 8.7 for beskrivelse av Helfos kontroller.

6.2 Pasientenes egenbetaling: egenandel, mellomlegg og frikort for helsetjenester

Når det gjelder tannbehandling som omfattes av folketrygden, vil pasientens egenbetaling som oftest bestå av en egenandel som inngår i folketrygdens takster, og et mellomlegg som tannlegen/tannpleieren kan kreve i tillegg. At tannlegen/tannpleieren kan kreve et mellomlegg, har sin årsak i fri prissetting for tannhelsetjenester. Fri prissetting er nærmere beskrevet i kapittel 3.4 *Priser på tannhelsetjenester og pasientenes egenbetaling*. Folketrygdens takster er nærmere beskrevet i kapittel 6.1.3 *Takster*.

Folketrygdens stønad til tannbehandling gjør at utvalgte grupper får dekket hele eller deler av utgiftene til helsetjenester. I tillegg dekker frikort for helsetjenester godkjente egenandeler for tannbehandling i forbindelse med to av folketrygdens stønadspunkter:

- sykdommer og misdannelser (anomalier) i munn og kjeve (stønadspunkt 5)
- behandling av tannkjøtt sykdommer (periodontitt) (stønadspunkt 6a)

Frikort for helsetjenester er innført for å skjerme de med stor bruk av helsetjenester. Pasienter som i løpet av et kalenderår har betalt et visst beløp i egenandeler, får utstedt frikort som resten av året gir rett til fritak for egenandeler for de tjenestene som omfattes av ordningen. Stortinget fastsetter hvert år beløpsgrensen (egenandelstaket) for å få frikort for helsetjenester. I 2024 er egenandelstaket 3 165 kroner.

Det er kun godkjente egenandeler som inngår i frikortordningen. Det eventuelle mellomlegget regnes ikke med i opptjening til frikort. Dette medfører at pasienter kan ha egenbetaling for tannbehandling knyttet til stønadspunkt 5 og 6, også etter at de har fått utstedt frikort.

Bakgrunnen for at det er stønadspunkt 5 og 6 som inngår i frikortordningen er trolig historisk betinget. Behandling knyttet til disse stønadspunktene ble tidlig trygdefinansiert og var såkalt ubetinget pliktmessig ytelse, det vil si undersøkelse og/eller behandling som kunne utføres uten å søke på forhånd.

For personer i aldersgruppen 19–26 år som mottar tannbehandling med stønad fra folketrygden, gis det 75 prosent reduksjon på egenbetalingen etter at stønad er trukket fra. Om egenandelen inngår i frikortordningen, blir denne registrert med kun 25 prosent av godkjent egenandel. Rettighetene som unge voksne har, avhenger av at de henvender seg til den offentlige tannhelsetjenesten om behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c).

Hovedregelen i Norge er at barn under 16 år er fritatt fra å betale egenandel for helsetjenester. For tannhelsetjenester er det slik at barn og unge til og med 18 år mottar disse gratis i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Unntaket er tannregulering, der barn og unge kan ha betydelig egenbetaling. Tannregulering er omfattet av stønadspunkt 8 (bittanomalier) i folketrygden. Dette stønadspunktet er nærmere beskrevet i kapittel 6.3.8.

6.3 Nærmere om bruk av folketrygdens stønad til tannbehandling

I 2022 utgjorde stønad til tannbehandling om lag 2 583 millioner kroner¹ (Helsedirektoratet,

¹ Beløpet inkluderer refusjon av egenandeler gjennom frikortordningen, og stønad til tannregulering for barn og unge.

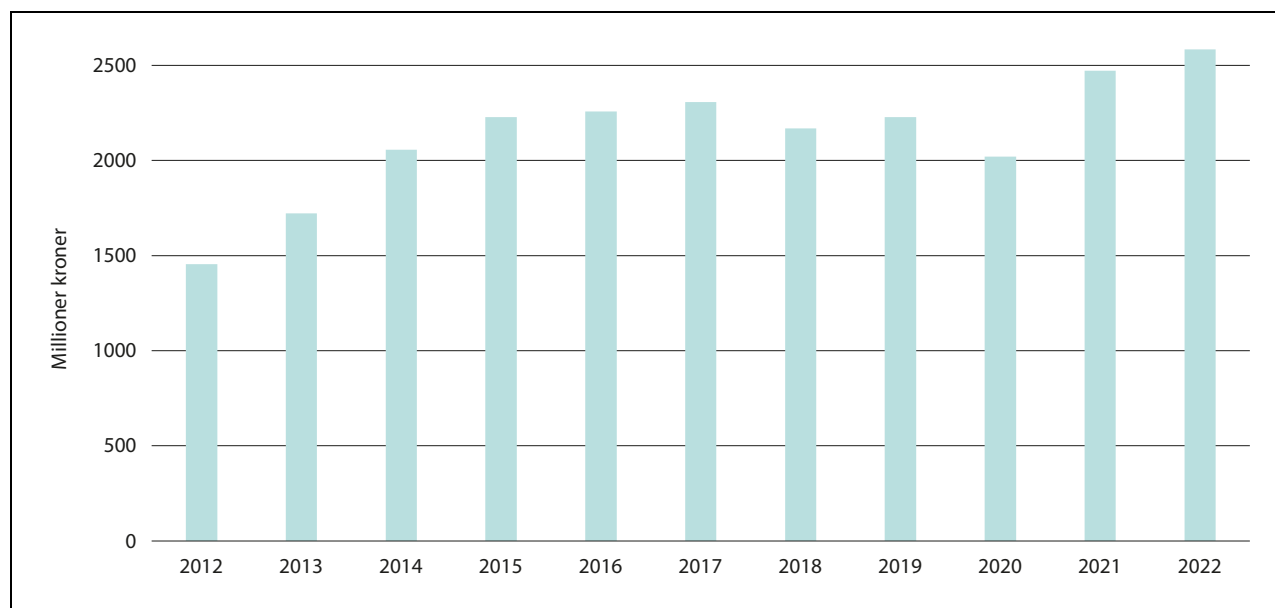
2023b). Samme år ble stønad gitt til 14,8 prosent av den voksne befolkningen (over 21 år) (Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken tabell 12900 fra Tannhelsetenesta).

Figur 6.1 viser utvikling i stønadsutbetalinger for perioden 2012–2022.

Folketrygdens stønad til tannbehandling er utvidet og betydelig økt siden ordningen ble etablert. Gjennom årene er det gjort endringer i regelverket som i større eller mindre grad har påvirket bruken av stønadspunkt og/eller takster. Enkelte endringer er rene presiseringer, mens andre endringer kan dreie seg om utvidelser eller innstramminger.

Statistisk sentralbyrå beskriver i rapporten *Tannhelsesrefusjoner fra folketrygden* (Statistisk sentralbyrå, 2023b) at det for perioden 2007–2016 var en tredobling av utgifter i ordningen. I løpet av perioden fram til 2014 ble det gjort noen utvidelser av ordningen, for eksempel ved at stønadspunkt 15 kom inn i ordningen i 2014, og at tannpleierne fikk avtale med Helfo og kunne sende inn refusjonskrav fra og med 2013.

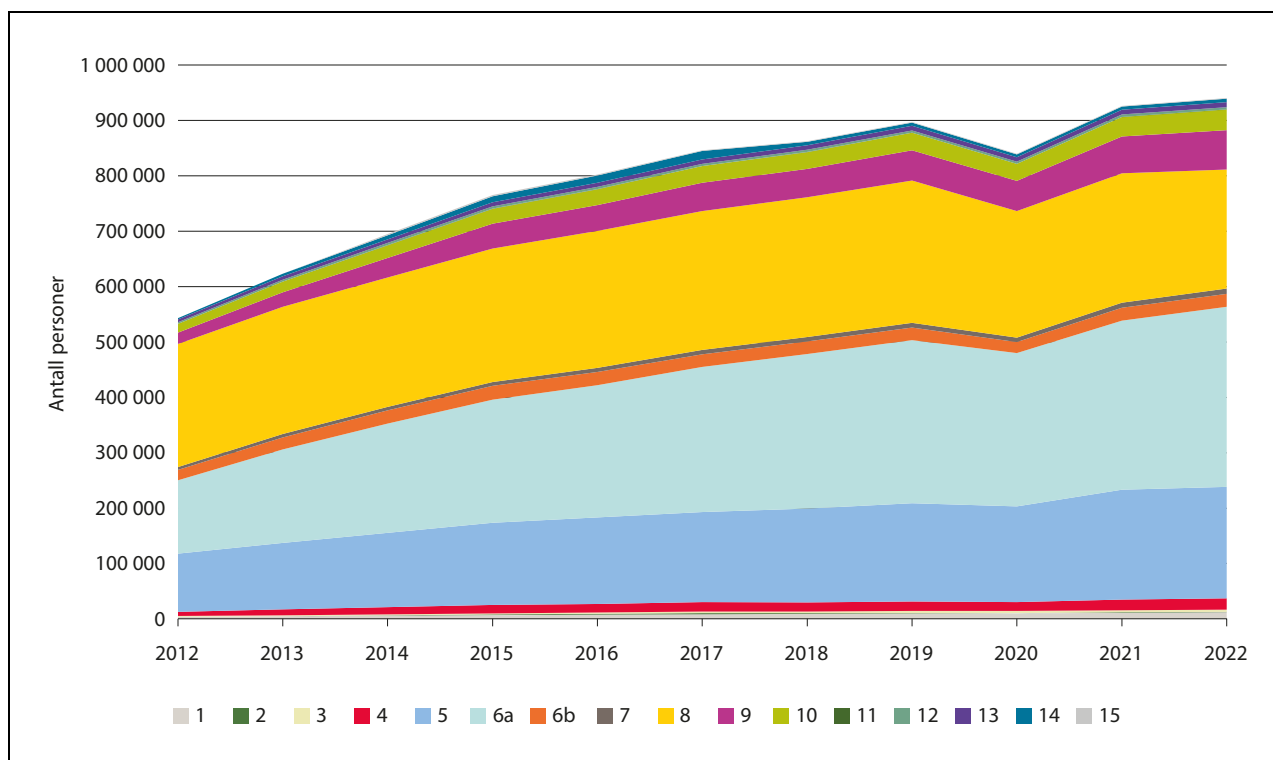
I tidsrommet fra 2013 til 2021 økte andelen av den voksne befolkningen som mottok stønad til tannbehandling fra 9,6 til 14,4 prosent. Bortsett fra de første årene i perioden har veksten i antall mottakere av tannhelsestønad vært relativt jevn fra år til år, unntatt i 2020 da koronapandemien



Figur 6.1 Stønadsutbetalinger i millioner kroner etter folketrygdloven §§ 5-6, 5-6a og 5-25. 2012–2022

Tall fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) avviker noe fra regnskapstall. Forskjellen i årene 2012–2019 skyldes at det ble levert en del refusjonskrav på papir. F.o.m. 2021 må alle refusjonskrav leveres elektronisk.

Kilde: Helsedirektoratet, KUHR-databasen.



Figur 6.2 Utvikling i antall personer som mottar folketrygdens stønad til tannbehandling, per stønadspunkt, 2012–2022

Kilde: Helsedirektoratet, KUHR-databasen.

førte til en nesten fullstendig nedstenging av tannhelsetjenesten i noen uker våren 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2023b).

Gjennomsnittlig utbetalt tannhelsestønad per mottaker i den voksne delen av befolkningen har alt i alt sunket i perioden 2014 til 2020. Mens gjennomsnittlig utbetalt stønad per mottaker i 2014 var 3 621 kroner, var den i 2020 2 869 kroner. Statistisk sentralbyrå viser til at nedgangen sannsynligvis henger sammen med noen endringer i regelverket, med mer detaljerte krav til dokumentasjon og redusert mulighet for kostbare behandlingsvalg. Fra 2020 til 2021 var det en klar oppgang i gjennomsnittlig utbetalt stønad per mottaker til 3 243 kroner. Denne oppgangen skyldes sannsynligvis innhenting av et etterslep fra året før, grunnet koronapandemien (Statistisk sentralbyrå, 2023b).

Kronebeløpet til en spesifikk takst følger ikke nødvendigvis prisutviklingen i takstsystemet ellers, og det kan også være slik at kronebeløpet til en takst settes ned. Generelt er det slik at veksten i kronebeløpene i folketrygdens stønadsordning for tannbehandling samlet sett verken har fulgt pris- eller lønnsutviklingen i samfunnet ellers (Statistisk sentralbyrå, 2023b).

Antall personer som mottar stønad til tannbehandling gjennom folketrygden har økt. Stønadspunkt 5 (sykdommer og anomalier i munn og kjeve) og 6a (behandling av marginal periodontitt og periimplantitt) står for om lag 75 prosent av veksten, jf. figur 6.2.

Gjennomsnittlig utbetalt stønad varierer noe fra år til år, men ligger stabilt mellom 2 400 og 3 000 kroner per pasient (Helsedirektoratet, 2023b). I perioden 2019–2022 har i snitt 165 000 nye pasienter per år kommet inn i stønadsordningen (Helsedirektoratet, 2023b). Gjennomsnittlig stønad for disse nye pasientene ligger rundt 2 600 kroner per pasient per år (Helsedirektoratet, 2023b).

Tabell 6.4 viser antall pasienter og utbetalt stønadsbeløp fordelt på beløpsintervaller for pasienter over 20 år i 2022. Totalt ble det utbetalt stønad for 625 227 pasienter i aldersgruppen over 20 år. I gjennomsnitt ble det utbetalt 3 241 kroner (median 1 575) per pasient. Utbetalte stønadsbeløp varierte mellom 10 kroner og 254 100 kroner. Tabell 6.4 viser dessuten at for om lag 94 prosent av pasientene er utbetalt stønad under 5 000 kroner, samlet sto disse pasientene for om lag 61 prosent av totalt utbetalt stønad. Kun om lag 6 prosent av pasientene mottok stønad over 5 000 kro-

Tabell 6.4 Voksne pasienter og utbetalte stønadsbeløp fordelt på beløpsintervaller. 2022

	Antall pasienter		Stønads kroner	
antall > 200 000 kr	8	0,001 %	1 776 945	0,09 %
antall > 150 000 kr	35	0,006 %	5 979 770	0,3 %
antall > 100 000 kr	194	0,03 %	22 660 826	1 %
antall > 50 000 kr	1 664	0,3 %	108 409 748	5 %
antall > 30 000 kr	3 969	0,6 %	149 328 613	7 %
antall > 20 000 kr	6 986	1 %	169 935 117	8 %
antall > 10 000 kr	24 425	4 %	336 092 088	17 %
antall > 5 000 kr	54 633	9 %	383 018 423	19 %
antall > 2 000 kr	148 724	24 %	454 385 059	22 %
antall < 2 000 kr	384 589	62 %	395 008 988	19 %
	625 227	1	2 026 595 577	1

Kilde: Helsedirektoratet, KUHR-databasen.

ner, og disse pasientene sto for de resterende 39 prosent av den totale stønadsutbetalingen.

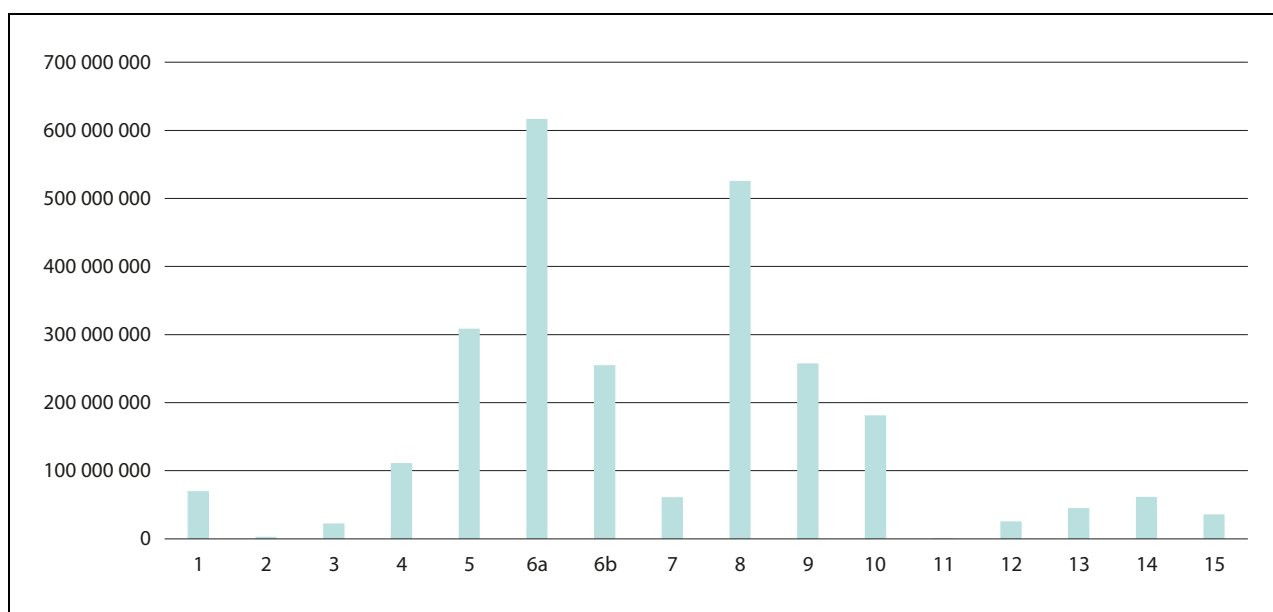
6.3.1 Omfang og utvikling stønadspunkt

Stønads punkter angir tilstander som gir rett til folketrygdens stønad til tannbehandling.

Figur 6.3 viser utbetalinger per stønadspunkt i 2022. De fem punktene med høyest samlet utbetaling utgjorde til sammen 76 prosent av stønads-

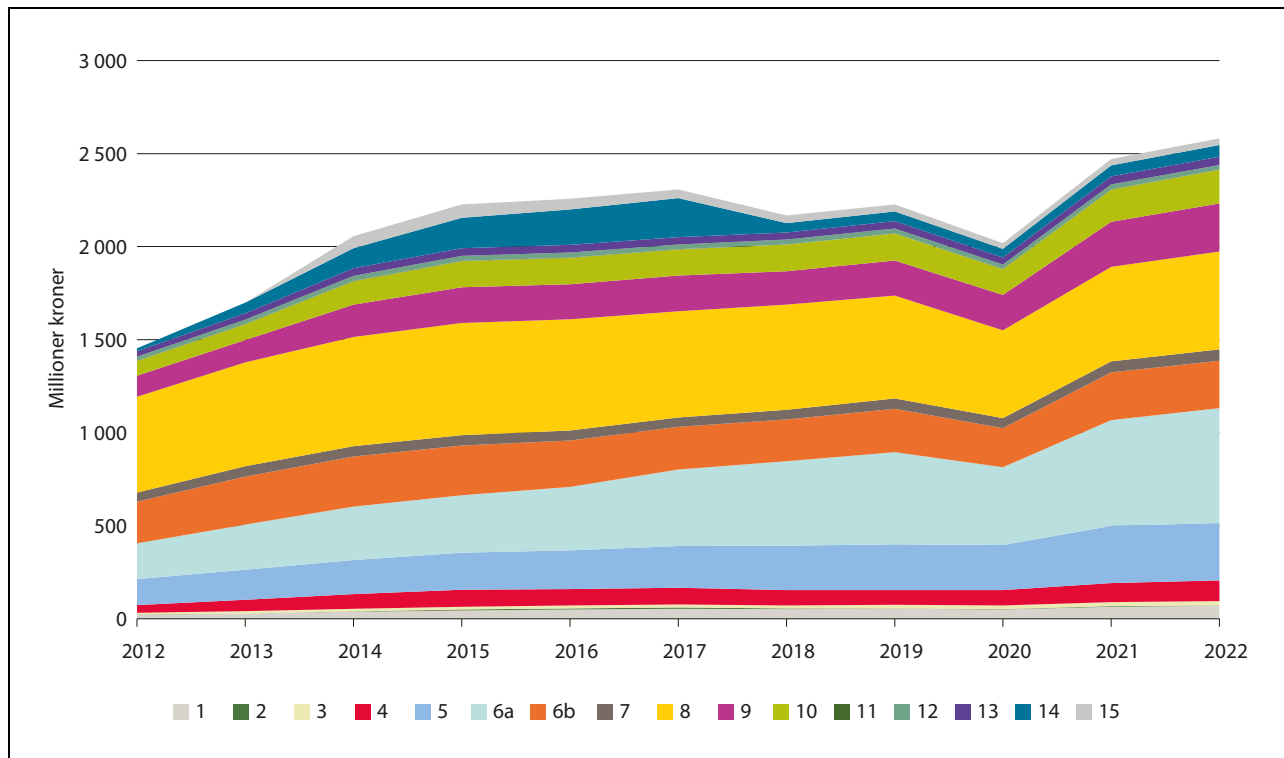
utbetalingene i 2022. Stønads punkt 6 gjelder periodontitt. Utbetaling til dette stønadspunktet alene utgjorde 34 prosent av totalt utbetalt stønad i 2022. Stønads punkt 8 gjelder tannregulering. Utbetaling til dette stønadspunktet alene utgjorde 20 prosent av totalt utbetalt stønad i 2022.

Figur 6.4 viser hvordan utgiftene har utviklet seg for de ulike stønadspunktene. I alt 68 prosent av veksten på 1,1 milliarder kroner i perioden 2012–2022 kan tilskrives stønadspunktene 5 (syk-



Figur 6.3 Utbetalt stønad per stønadspunkt. Kroner. 2022

Kilde: Helsedirektoratet, KUHR-databasen.



Figur 6.4 Utbetalt stønad per stønadspunkt. Millioner kroner. 2012–2022

Kilde: Helsedirektoratet, KUHR-databasen.

dommer og anomalier i munn og kjeve), 6a (behandling av marginal periodontitt og peri-implantitt) og 9 (patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon). Stønadspunkt 6 som består av både 6a og 6b, utgjør alene 34 prosent av veksten.

6.3.2 Omfang og utvikling takstbruk

Det er stor variasjon i hvor store utgifter staten har til ulike enkelttakster. Tabell 6.5 viser de ti takstene det ble utbetalt mest stønad for i 2022.

Tabell 6.5 Ti takster med høyest utbetalt stønad. Kroner. 2022

Takstnr.	Beskrivelse	utbetalt
501	Systematisk behandling av marginal periodontitt	471 673 610
304	Metall/keram fremstilt permanent helkrone og metall/keram innlegg med 4 flater eller mer	176 635 630
513	Fast protetikkk – per tann som er tapt/trukket	140 349 563
405	Fjerning av retinert tann/dyptliggende rot	127 540 550
610b	Behandlingskontroller med apparatjustering	117 716 531
1	Undersøkelse og diagnostikk hos allmennpraktiserende tannlege og hos tannpleier	102 353 449
609a	Fast apparatur i en hel kjeve	97 373 615
202	Preparering og fylling, 2 flater	92 664 709
203	Preparering og fylling, 3 eller flere flater	86 488 822
201	Preparering og fylling, 1 flate (kl I, III, V)	74 769 841

Kilde: Helsedirektoratet, KUHR-databasen.

De ti takstene det ble utbetalt mest stønad for utgjorde om lag 58 prosent av stønadsutbetalingen i 2022. Det er flere takster med lav samlet utbetaling. For 13 av takstene var den samlede utbetalingen mindre enn 100 000 kroner i 2022 (Helsedirektoratet, 2023b).

6.3.3 Utbetalt refusjon per behandler

I 2022 fikk 4 973 tannleger og 934 tannpleiere utbetalt refusjon for tannbehandling gjennom direkteoppgjørsavtale med Helfo. Henholdsvis 2,3 milliarder kroner og 0,3 milliarder kroner i refu-

sjon ble utbetalt til tannleger og tannpleiere. Gjennomsnittlig refusjonutbetaling per tannbehandler i 2022 var 469 157 kroner for tannleger og 251 210 kroner for tannpleiere. Median utbetaling for begge gruppene er imidlertid betydelig lavere (Helsedirektoratet, 2023b).

Tabell 6.6 viser antall tannleger og tannpleiere, fordelt etter hvor mye de mottok i refusjoner i 2022, angitt ved ulike beløpsintervaller. Tabell 6.7 viser samlet og gjennomsnittlig utbetaling fordelt på ulike spesialiteter/behandler typer.

Tabell 6.6 Utbetalt refusjon til tannleger og tannpleiere i beløpsintervaller. 2022

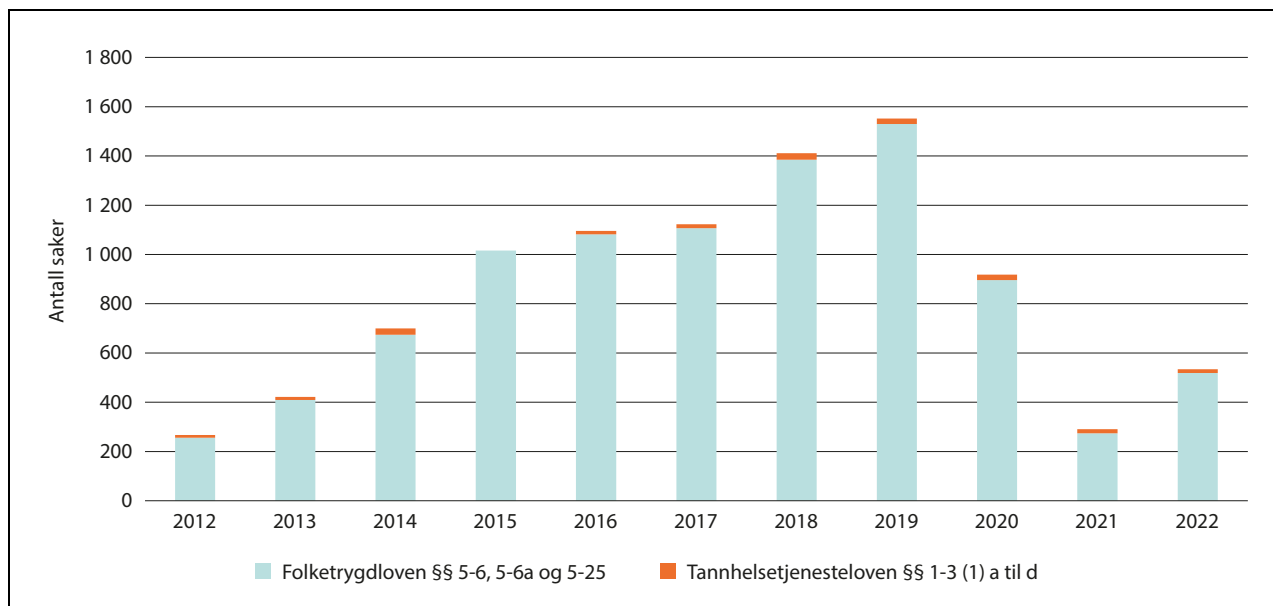
Beløpsintervall	Antall tannleger	Antall tannpleiere
5–10 mill. kroner	21	-
3–5 mill. kroner	78	-
1–3 mill. kroner	442	39
0,5–1 mill. kroner	720	131
0,25–0,5 mill. kroner	1 182	158
0,1–0,25 mill. kroner	1 093	145
<0,1 mill. kroner	1 437	461

Kilde: Helsedirektoratet, KUHR-databasen.

Tabell 6.7 Utbetalt refusjon per allmenntannlege, tannpleier og tannlegespesialitet. 2022

spesialitet	antall personer	utbetalt refusjon i 2022 (kroner)	utbetalt refusjon per behandler i 2022, gjennomsnitt for personellgruppen
allmenntannlege	4 326	1 305 370 232	301 750
kjeveortoped	228	518 200 069	2 272 807
tannpleier	939	235 407 035	250 700
oral kirurgi	134	204 845 157	1 528 695
periodonti	112	157 641 849	1 407 517
oral protetik	87	95 281 234	1 095 187
endodontist	88	43 710 119	496 706
kjeve- og ansiktsradiolog	17	22 675 066	1 333 827
pedodonti	12	100 490	8 374
	5 943	2 583 231 251	434 668

Kilde: Helsedirektoratet, KUHR-databasen.



Figur 6.5 Antall saker der det er utbetalt stønad til tannhelsetjenester i et annet EØS-land. 2012–2022

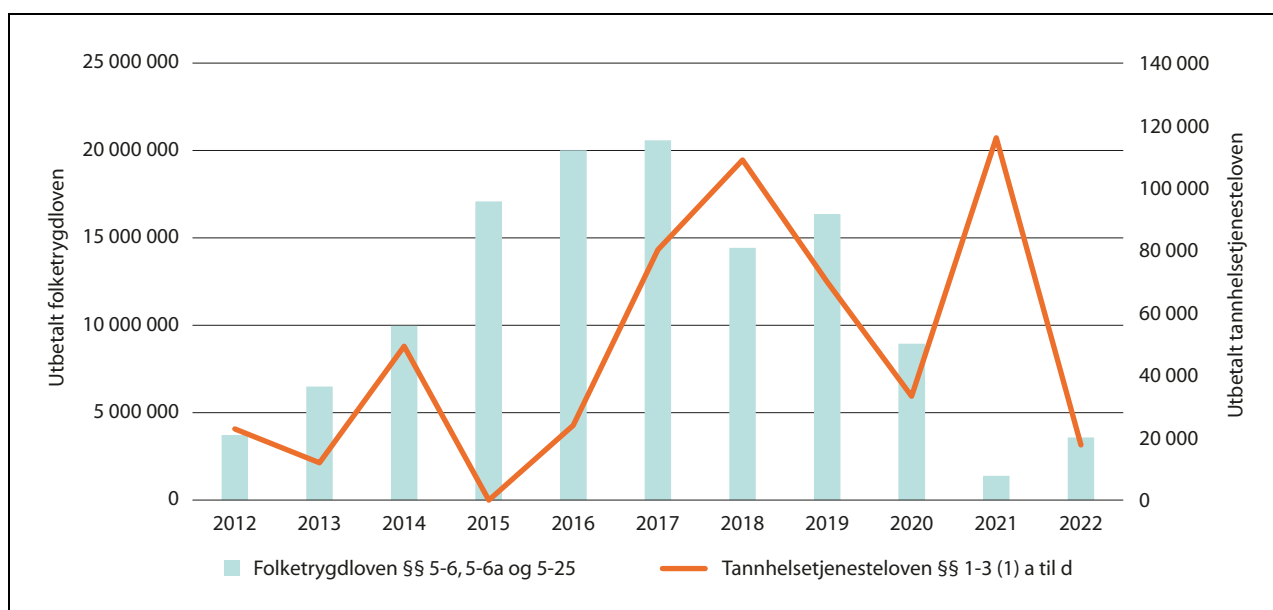
Kilde: Helsedirektoratet, KUHR-databasen.

6.3.4 Utvikling i stønad til tannhelsetjenester i annet EØS-land – folketrygden § 5 24 a

Figur 6.5 viser utviklingen i antall saker der det er utbetalt stønad til tannhelsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdloven og tannhelsetjenesteloven.

Saker etter folketrygdloven har økt i perioden 2012–2019. Nedgangen i årene 2020–2022 kan antas å skyldes i hovedsak koronapandemien. Antall saker der det ble utbetalt stønad etter tannhelsetjenesteloven, har ligget under 30 saker årlig i hele tidsperioden.

Utbetalte stønadsbeløp etter henholdsvis folketrygdloven og tannhelsetjenesteloven i perioden 2012–2022 vises i figur 6.6.



Figur 6.6 Utbetalt stønad til tannhelsetjenester i et annet EØS-land. Kroner. 2012–2022

Kilde: Helsedirektoratet, KUHR-databasen.

Figur 6.6 viser at stønad etter folketrygdloven har økt i perioden 2012–2017. Fra 2018 har det vært en nedadgående trend i utbetalte stønader per år. I 2021 og 2022 er det utbetalt henholdsvis 1,4 og 3,6 millioner kroner i stønad. Disse to årene har det laveste nivået i hele tidsperioden. Stønad utbetalt etter tannhelsetjenesteloven har ligget under 120 000 kroner årlig i hele tidsperioden.

6.3.5 Kjennetegn ved den voksne befolkningens bruk av folketrygdens stønad til tannbehandling

I rapporten *Tannhelserefusjoner fra folketrygden Utgifter og mottakere i perioden 2011–2021* (Statistisk sentralbyrå, 2023b) har man sett på ulike kjennetegn ved den voksne befolkningens bruk av folketrygdens stønad til tannbehandling. I dette kapittelet gjengis hovedtrekk i det rapporten sier om demografiske, sosioøkonomiske og regionale kjennetegn ved mottak av tannhelsestønad.

6.3.5.1 Mottak av folketrygdens stønad til tannbehandling etter demografiske kjennetegn

Alder

Alder er en viktig faktor for å forklare hvem som mottar tannhelsestønad. Både andelen som mottar stønad i løpet av et år og de gjennomsnittlige beløpene øker med stigende alder fra 30 års alder og fram til 70-årene, for så å gjelde en lavere andel av gruppen over 80 år. Dette har sin årsak i at behandlingsbehovet øker med alderen, ifølge Statistisk sentralbyrå.

Etter fylte 80 år mottar en lavere andel personer folketrygdstønad til tannbehandling. Dette kan forklares med at det blant de aller eldste er en større andel som bor på institusjon enn i andre aldersgrupper, og at disse har rett til tannhelsetjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten. Siden personer med langtidsopphold i institusjon og noen med helsehjelp i hjemmet inngår i de prioriterte gruppene i den offentlige tannhelsetjenesten, har færre personer rett til stønad til tannbehandling fra folketrygden. Ifølge Statistisk sentralbyrå er det imidlertid svært usikkert om dette kan forklare nedgangen i mottak av folketrygdstønad etter fylte 80 år. Økt forekomst av andre helseproblemer, dårlig økonomi eller problemer med å oppsøke tannlegene kan også bidra til at tannhelsen blir nedprioritert, og forklare noe av nedgangen blant de eldste. At det er udekte behov for tannbehandling blant de aller eldste,

kan altså ikke utelukkes, ifølge Statistisk sentralbyrå.

Flere av sykdommene og tilstandene som gir adgang til folketrygdens stønadsordning, opptrer hyppigere blant middelaldrende og eldre. Dette gjelder særlig for det mest utbredte stønadspunktet 6 *Periodontitt*. Det gjelder også 4 *Infeksjonsforebyggende tannbehandling* og 10 *Hyposalivasjon (munntørhet)*. Stønadspunktet med den eldste pasientgruppen er stønadspunkt 15 *Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven*. Det er relativt få mottakere av stønadspunkt 15.

Kjønn

Kvinner mottar tannhelsestønad i noe høyere grad enn menn. I 2021 mottok 15,4 prosent av alle voksne kvinner stønad mot 13,3 prosent av mennene. Gjennomsnittlig beløp per mottaker i 2021 var derimot høyere blant mennene enn blant kvinnene, 3 357 kroner for menn og 3 144 kroner for kvinner. Kjønnforskjellene i beløp kan forklares med at menn, som går sjeldnere til tannlegen, har et større behandlingsbehov når de først oppsøker denne tjenesten, ifølge Statistisk sentralbyrå.

Innvandrere

Blant førstegenerasjons innvandrere er det en lavere andel som mottar tannhelsestønad enn blant den øvrige befolkningen. Innvandrere er definert som innvandrere som selv har innvandret, og som har to utenlandsfødte foreldre. Bruk av helsetjenester blant innvandrere varierer etter landbakgrunn, botid og innvandringsgrunn, men et fellestrekk er at innvandrere har bedre helse og mindre bruk av helsetjenester kort tid etter ankomst (Statistisk sentralbyrå, 2023b). Statistisk sentralbyrås studie viser at innvandrere i mindre grad enn den norskfødte befolkningen mottar stønad etter de stønadspunktene som er knyttet til alvorlige helseproblemer. Studien viser at innvandrere er klart mindre representert blant mottakere av stønad til tannbehandling enn befolkningen som helhet.

Mottak av tannhelsestønad blant innvandrere øker med alderen, for deretter å synke etter fylte 80 år, i likhet med øvrig befolkning. En forskjell fra norskfødte er at unge innvandrere i 20–30-årsalderen ikke har like lavt mottak av stønad til tannbehandling som unge nordmenn i samme alder. Noe av forklaringen mener Statistisk sentralbyrå kan være at mange av de unge innvandrerne har kort botid, slik at de ikke er blitt behandlet i den

offentlige tannhelsetjenesten som barn og unge og ikke har fått kartlagt sitt behov der.

Det er større kjønnsforskjeller blant innvandrere når det gjelder mottak av folketrygdstønad til tannbehandling enn i befolkningen ellers. Dette kan indikere at det er noe underforbruk av tannhelsetjenester blant menn som har innvandret til Norge. Ifølge Statistisk sentralbyrå er det vanskelig å ha noen formening om hvordan det reelle behovet for å behandle spesifikke tannhelseproblemer er blant innvandrere sammenliknet med befolkningen sett under ett. Noe av forskjellene mener de kan forklares ved at innvandrere i gjennomsnitt har noe lavere sykkelighet.

6.3.5.2 Mottak av folketrygdens stønad til tannbehandling etter sosioøkonomisk status

Sosioøkonomisk status påvirker mottak av folketrygdstønad til tannbehandling. Effekten av sosioøkonomisk status er imidlertid forskjellig for ulike aldersgrupper:

- I aldersgruppene til og med 60-årene er hovedbildet at lav sosioøkonomisk status gir større tilbøyelighet til å motta folketrygdstønad til tannbehandling. Dette gjelder særlig for stønadmottakere² og personer med lav utdanning på grunnskolenivå. De med lavest inntekt bryter imidlertid med dette bildet, da det er gruppen med nest laveste inntekter som har høyest andel personer som mottar tannhelsestønad fra folketrygden.
- Blant de eldre (70 år og over) gir høy sosioøkonomisk status størst tilbøyelighet til å motta tannhelsestønad fra folketrygden. I gruppen med høy utdanning, høy inntekt og ikke-stønadmottakere, er det en større andel som mottar tannhelsestønad enn i grupper med lavere sosioøkonomisk status.

At lavt utdannede mottar tannhelsestønad tidligere i livet enn høyt utdannede, knytter Statistisk sentralbyrå til at lavt utdannede har dårligere helse og tidligere får sykdommer som utløser tannhelsestønad. Lavt utdannede kommer også tidligere inn i den offentlige tannhelsetjenesten ved at de i større grad enn andre mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Gjennom hjemmesykepleie og sykehjemsplass oppnår de rett til vederlagsfri tann-

helsehjelp fra fylkeskommunen, og de «faller ut» av folketrygdens stønadsordning på et tidligere tidspunkt enn personer med høyere utdanning.

Lavt utdannede med grunnskole er den gruppen som har størst utbetaling av tannhelsestønad per bosatt fram til fylte 70 år. For aldersgruppen 70–79 år er det dem med videregående opplæring som mottok de største utbetalingene per bosatt, mens i gruppen over 80 år var det høyt utdannede som mottok høyest beløp i tannhelsestønad.

Statistisk sentralbyrå finner ikke et like klart eller entydig bilde i analysene av hvordan inntekt påvirker mottak av tannhelsestønad blant voksne (21 år og eldre). Her er bildet derfor mer sammensatt:

- I 1. (laveste) inntektskvartil mottok 13,7 prosent tannhelsestønad i 2021.
- I 2. inntektskvartil mottok 15,2 prosent tannhelsestønad i 2021.
- I 3. inntektskvartil mottok 14,8 prosent tannhelsestønad i 2021.
- I 4. inntektskvartil mottok 14,4 prosent tannhelsestønad i 2021.

Voksenbefolkningen med lavest inntekt (1. inntektskvartil/fjerdedel med lavest inntekt) er den gruppen som man kunne forvente har dårligst helse og tannhelse, og størst behandlingsbehov. I 2021 mottok imidlertid en lavere andel personer i denne gruppen tannhelsestønad, sammenliknet med de tre øvrige innteksgruppene. Høyest andel personer som mottok tannhelsestønad, fant man i gruppen med nest laveste inntekter (2. inntektskvartil).

Dette generelle bildet endres for aldersgruppen 70 år og over: Etter fylte 70 år kommer høyinntektsgruppen sterkere inn og overtar posisjonen som den innteksgruppen med høyest andel mottakere av tannhelsestønad. Samme mønsteret gjentas som tidligere beskrevet for utdanning.

EUs lavinntekstdefinisjon er også lagt til grunn i Statistisk sentralbyrås analyser. Om lag 59 000 av de i alt 602 000 mottakere av tannhelsestønad i 2021 falt inn under lavinntekstsgrensen.³ Disse representerte 13 prosent av befolkningen over 20 år i 2020, men utgjorde 10 prosent av mottakerne av tannhelsestønad i 2021. Statistisk sentralbyrå tolker dette til at de er underrepresentert blant mottakerne.

Sammenlikner man personer på omtrent samme alder i aldersklassene opp til 60 år, er det

² Statistisk sentralbyrå definerer i sin rapport stønadmottakere som mottakere av sosialhjelp, grunn- og hjelpestønad, uførestønad, arbeidsavklaringspenger, bostøtte fra Husbanken, overgangsstønad og kvalifiseringsstønad.

³ Lavinntekt har kode EU60 og er definert av Statistisk sentralbyrå til: «Husholdninger har lavinntekt dersom disponibel ekvivalensinntekt er under 60 prosent av medianinntekten.»

særlig mottak av stønader og lavinntekt som skaper forskjeller mellom dem når det gjelder mottak av tannhelsestønad.

Statistisk sentralbyrå stiller spørsmål ved den lave andelen mottakere av tannhelsestønad blant lavinntektsgruppen. De skriver at det i utgangspunktet er liten grunn til å anta at de har mindre grunn til å motta tannhelsetjenester enn befolkningen ellers. Gruppen med lavinntekt har en sammensetning etter stønadspunkt som i befolkningen ellers, men bruker ordningen noe mindre etter alle stønadspunktene.

6.3.5.3 *Mottak av folketrygdens stønad til tannbehandling etter regionale kjennetegn*

De aller fleste voksne i Norge behandles hos en privat tannlege eller tannpleier. I alt 80 prosent av tannleger og tannlegespesialister som fremmet refusjonskrav til Helfo for folketrygdens stønad til tannbehandling, arbeidet i den private tannhelsetjenesten i 2021. Det er derfor grunn til å tro at tilgang til private tannhelsetjenester bidrar til å påvirke andelen av innbyggere som får folketrygdstønad ved tannbehandling i de ulike fylkene ifølge Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå har undersøkt i hvilken grad sentralitet og privat tannlegedekning påvirker bruken av folketrygdens stønad til tannbehandling. I analysen tok Statistisk sentralbyrå utgangspunkt i at de mest sentrale kommunene har høyest privat tannlegedekning, mens de minst sentrale kommunene har lavest privat dekning. Resultatene fra analysene bekrefter at en høyere andel av voksenbefolkningen mottar tannhelsestønad i kommuner som enten er sentrale eller mellomsentrale. Dette taler for at flest benytter seg av folketrygdens stønad til tannbehandling i områder med god tilgang til tannhelsetjenester, ifølge Statistisk sentralbyrå.

Det er imidlertid ikke i de mest sentrale kommunene man finner høyest andel personer som mottar tannhelsestønad. I disse kommunene mottok 14,6 prosent av voksenbefolkningen tannhelsestønad i 2021. Tilsvarende andeler var 14,3–14,8 i de mellomsentrale kommunene, mot 13,4 og 12,5 prosent i de minst sentrale og nest minst sentrale kommunene.

Statistisk sentralbyrås analyser omfattet også hvert stønadspunkt. Noen stønadspunkt skiller seg fra de øvrige ved at det er innbyggere i de minst sentrale kommunene som mottar stønad i størst grad. Dette gjelder i særdeleshet punkt 15 tanntap, uten egne tenner i underkjeven, og punkt

10 hyposalivasjon (munntørrehet). For øvrig er hovedbildet at graden av mottak av stønad er høyest i mellomsentrale kommuner, og at ulik sentralitet ikke medfører store forskjeller i mottak av tannhelsestønad.

I 2021 ble det totalt for hele landet utbetalt 1,95 milliarder kroner i tannhelsestønad til voksne personer (21 år og eldre). Regionene Oslo og Viken mottok størst samlet utbetaling i kroner. Regionenes andel av befolkningen (20 år og oppover) var 36 prosent i 2021, og mottak av tannhelsestønad var 38 prosent av total tannhelsestønad. Til sammenlikning mottok Nordland, Troms og Finnmark lavest utbetaling. De sto for 9 prosent av voksenbefolkningen og mottok 9 prosent av folketrygdens tannhelsestønad.

Oslo er fylket med høyest privat tannlegedekning. Det skulle derfor være grunn til å anta at andelen mottakere av tannhelsestønad er større i Oslo, sammenliknet med resten av landet. Andelen som mottok tannhelsestønad blant befolkningen i Oslo, var 14,5 prosent i 2021. Dette er like over landsgjennomsnittet på 14,4 prosent. At andelen mottakere av tannhelsestønad ikke er høyere i Oslo, mener Statistisk sentralbyrå blant annet kan forklares med at innvandrerbefolkningen er større i Oslo enn i andre fylker. En annen mulig forklaring er at mange som bor i tilgrensende fylker benytter seg av tannlegetilbudet i Oslo. Det gjelder blant annet mange som jobber i Oslo. I Statistisk sentralbyrås studie inngår disse personene i tall for fylkene de er bosatt i.

Troms og Finnmark var ett fylke da studien ble gjennomført, og det var det fylket som hadde lavest privat tannlegedekning i landet. Andelen mottakere av tannhelsestønad i Troms og Finnmark var 14,3 prosent i 2021, som er like under landsgjennomsnittet. Statistisk sentralbyrå viser imidlertid til at andelen mottakere av tannhelsestønad samlet for det sammenslåtte fylket Troms og Finnmark dekker over nokså store interne forskjeller mellom de to separate fylkene Troms og Finnmark. Selv om en større andel av den voksne befolkningen i Finnmark bruker den offentlige tannhelsetjenesten sammenliknet med resten av landet, er det også her grunn til å tro at tilgangen til private tannlegetjenester påvirker andelen som mottar tannhelsestønad. Den voksne befolkningen i Finnmark har dårligere tannhelse, går sjeldnere til tannlege og har et større udekket behov sammenliknet med befolkningen i resten av landet. Det kan derfor være grunn til å tro at den dårlige tilgangen til private tannhelsetjenester i Finnmark, kombinert med store utskiftninger av personell og ledige offentlige stillinger, fører til at

befolkningen ikke får utført nødvendig tannbehandling i tilstrekkelig grad, ifølge Statistisk sentralbyrå. Å oppsøke tannlege er en forutsetning for å bli vurdert og starte behandling for de fleste av sykdommene og lidelsene som gir stønad over folketrygden.

Gjennomsnittlig beløp per behandlet pasient varierer også etter fylker og kommunesentralitet, men differansen mellom høyest og lavest gjennomsnittsbetaling er blitt mindre i perioden 2014–2021. Mens gjennomsnittlig utbetalt beløp i 2014 var 852 kroner høyere i minst sentrale kommuner sammenliknet med i mest sentrale kommuner, var gjennomsnittlig beløp i 2021 81 kroner lavere i minst sentrale kommuner sammenliknet med i mest sentrale kommuner. Innlandet og Agder var de to fylkene med høyest gjennomsnittlige beløp i 2021, med henholdsvis 3 605 kroner og 3 476 kroner. Trøndelag og Vestland var fylkene med lavest gjennomsnittlig utbetalte beløp, med henholdsvis 2 761 kroner og 2 949 kroner.

6.3.6 Omfang og utvikling av frikortordningen og egenandelsrefusjoner for tannbehandling

I 2022 ble det utbetalt 247 millioner kroner for egenandeler til tannbehandling gjennom frikortordningen (egenandelstak). Totale utgifter til egenandeler for alle helsetjenester som inngår i frikortordningen var samme år i overkant av 7,3 milliarder kroner (Helsedirektoratet, 2023b).

Frikortordningen var todelt fram til 2021. Brukeren som fikk frikort i den ene ordningen, kunne ikke benytte dette for helsetjenester som ble omfattet av den andre ordningen. Den opprinnelige frikortordningen (egenandelstak 1) ble innført i 1984, og denne omfattet ingen tannhelsetjenester. Fra 2003 ble det i tillegg innført et egenandelstak 2 som ga utgiftstak for egenandeler for flere helsetjenester, deriblant enkelte tannhelsetjenester. Ordningen som var innført i 1984, fikk da betegnelsen egenandelstak 1. Fram til 2010 var egenandelstak 2 en manuell ordning der pasienten måtte ta vare på papirkvitteringer gjennom året og sende inn og søke om refusjon. Egenandelstak 2 omfattet dessuten få helsetjenester slik at en del pasienter som mottok refusjonsberettiget tannbehandling, uten å bruke de øvrige tjenestene innenfor tak 2, trolig ikke nådde opp i beløpsgrensen.

Fra 1. januar 2021 ble de to frikortordningene slått sammen til en ordning, med kun ett frikort for helsetjenester som omfattet alle de samme helsetjenestene som tidligere var fordelt på egen-

andelstak 1 og 2. Hensikten med å slå sammen de to frikortene var å gjøre ordningen enklere for brukerne og å skjerme brukerne som har de høyeste utgiftene. Utover dette innebar sammenslåingen ingen praktiske endringer for innbyggerne. Ved å slå sammen egenandelstakene ble pasientens årlige utgifter (egenandeler) samlet under ett tak, uavhengig av hvilken tjeneste brukerne hadde behov for. Dette har gitt en mer rettferdig ordning for de som mottar tjenester innenfor begge ordningene.

Som følge av sammenslåing av de to frikortordningene (tak 1 og 2) økte antall brukere som fikk utbetalt egenandelsrefusjon for tannhelsetjenester.

I noen grad var en slik økning i antall brukere tilsiktet fra regjeringens side. I høringsnotatet om lovforslaget skrev Helse- og omsorgsdepartementet: «Hensikten med sammenslåingen er å sikre brukere, behandlere og forvaltning en bedre ordning. Ved en sammenslått frikortordning vil det totale egenandelsbeløpet som betales ikke påvirkes av hvilke tjenester brukeren benytter. I dag må noen brukere betale egenandeler innenfor to egenandelstak, mens andre brukere kun har egenandeler innenfor det ene egenandelstaket. Etter departementets vurdering er dagens skille mellom to egenandelsordninger lite hensiktsmessig og gir liten forutsigbarhet for brukerne.»

Helse- og omsorgsdepartementet forutså at en sammenslåing av takordningene 1 og 2 til ett egenandelstak ville føre til en omfordeling av utgifter. «Brukerne som i dag har begge frikort, eller egenandeler i begge ordningene vil få lavere utgifter, mens de som primært kun har ett frikort i dag vil få høyere utgifter» ifølge høringsnotatet forut for lovforslaget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a).

I 2019 fikk ca. 36 500 personer egenandelsrefusjon gjennom frikortordningen, mens det i 2021 gjaldt 92 000 (Helsedirektoratet, 2023c). I samme periode økte utbetalingen av egenandelsrefusjon for tannhelsetjenester fra ca. 128 millioner kroner i 2019 til 268 millioner kroner i 2021 (Helsedirektoratet, 2023b). For 2021 tilsier det et gjennomsnitt på i overkant av 2 900 kroner i egenandelsrefusjon per pasient. Hoveddelen av dem som mottar egenandelsrefusjon for tannhelsetjenester er i stønadsgruppe 6a. I 2021 var dette i overkant av 74 000 personer (Helsedirektoratet, 2023c). For nærmere beskrivelse av stønadspunkt 6a se kapittel 6.3.7 *Særlig om stønadspunkt 6 – periodontitt*.

De fleste personer som utløser egenandelsrefusjon, gjør dette fordi de har betalt godkjente

egenandeler som overskrider gjeldende egenandelstak for andre helsetjenester enn tannhelsetjenester. For eksempel var det i 2021 i stønadsgruppe 6a kun ca. 10 prosent av de som utløste egenandelsrefusjon som fikk dette fordi de hadde betalt inn godkjente egenandeler for tannhelsetjenester som overskred gjeldende egenandelstak. Den tilsvarende andelen for stønadspunkt 5 var ca. 15 prosent (Helsedirektoratet, 2023c).

6.3.7 Særlig om stønadspunkt 6 – Periodontitt

Folketrygden gir etter stønadspunkt 6 stønad til dekning av utgifter til tannbehandling i forbindelse med marginal periodontitt. Se nærmere omtale av periodontitt i kap. 2.2.1. Folketrygdens regelverk for behandling av periodontitt er delt i to:

- Stønadspunkt 6a: Behandling av marginal periodontitt og periimplantitt
- Stønadspunkt 6b: Rehabilitering ved tanntap som følge av grav marginal periodontitt

Stønadspunkt 6a er i dag det stønadspunktet der det utbetales mest i stønad fra folketrygden. I 2022 ble det utbetalt i overkant av 616 millioner kroner. Bruken av stønadspunkt 6b er betydelig mindre, i 2022 ble det utbetalt i overkant av 255 millioner kroner for dette stønadspunktet (Helsedirektoratet, 2023b).

Folketrygden har gitt stønad til behandling av marginal periodontitt gjennom stønad til tannsteinsrensing i tannkjøttlomme og kirurgi siden 1966. Utbetalt stønad var imidlertid beskjedent fram til 2002 siden det krevdes forhåndsgodkjenning fra NAV/trygdekontor etter søknad fra tannlegen før behandling kunne gis. Resultatet var at få mottok stønad til behandling av marginal periodontitt, med tilhørende lave utgifter for folketrygden.

Etter at stønad til behandling av periodontitt ble innført i Sverige fra 1999, tok Fremskrittspartiet på Stortinget initiativ til et representantforslag der regjeringen, i forbindelse med statsbudsjettet for 2002, ble bedt om å fremme forslag om trygdefinansiering for pasienter som lider av periodontitt (Dokument nr. 8:66 (1999–2000), 2000). Forslaget fikk enstemmig tilslutning i Stortingets sosialkomité (Innst. S. nr. 194 (2000–2001)). Regjeringen fulgte opp med å høyne stønadsnivået og fjerne kravet om søknadsbasert forhåndsgodkjenning fra 1. mai 2002 (St.prp. nr. 63 (2001–2002), 2002).

Regjeringen baserte sitt forslag på at stønad til behandling av periodontitt skulle gjelde «alle grader av sykdommen» (St.prp. nr. 1 (2001–2002)).

Støtte til rehabilitering av tannsett med protetisk behandling etter tap av tenner som følge av marginal periodontitt ble i første omgang ikke innført. Dette fordi man manglet nødvendig datagrunnlag for å beregne omkostninger ved en slik ordning. Stortinget ønsket imidlertid at folketrygden også skulle omfatte stønad til rehabilitering knyttet til systematisk behandling av marginal periodontitt (Budsjett-innst.S. nr. 11 (2002–2003)), og Rikstrykdeverket fikk i oppdrag å framskaffe det nødvendige beslutningsgrunnlaget. Her kan en merke seg at Stortinget vedtok følgende: «Stortinget ber Regjeringen øremerke 50 mill. kroner på kap. 2711 post 72 til rehabilitering av tannsett etter gjennomgått periodontittbehandling.» Dette arbeidet resulterte i endringene fra 1. oktober 2003, da det ble innført stønad fra folketrygden til rehabilitering av tannsett med protetisk behandling ved tap av tenner forårsaket av marginal periodontitt – stønadspunkt 6b (Endr. i forskrift om behandling hos tannlege, 2003; St.prp. nr. 65 (2002–2003), 2003).

Utvidelsen med stønad til rehabilitering ved tanntap ble innført med krav om søknadsbasert forhåndsgodkjenning fra trygdekontoret, for hvert enkelttilfelle, før behandling ble satt i verk. I dag kreves det ingen forhåndsgodkjenning av behandling verken etter stønadspunkt 6a eller 6b.

I stortingsbehandlingen av frikortordningens egenandelstak 2 i 2002 la komiteens medlemmer fra Ap, Frp, SV og Sp til grunn at rehabilitering i forbindelse med periodontitt også ville komme inn under tak 2, mens Høyre og KrF viste til at rehabiliterende tannbehandling som følge av tenner tapt ved periodontitt, ikke ble lagt inn under tak 2 på grunn av manglende dokumentasjon om behandlingsbehov og kostnader ved denne typen behandling. Høyres og KrFs medlemmer ba deretter om at arbeidet med nødvendig dokumentasjon ble igangsatt, og ba om at saken ble lagt fram for Stortinget på et egnet tidspunkt (Innst. O. nr. 44 (2002–2003)).

Godkjente egenandeler etter stønadspunkt 6a inngår i dagens frikort for helsetjenester. Disse egenandelene har inngått i frikortordningen helt siden innføringen av egenandelstak 2 i 2003. Egenandeler for rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt, stønadspunkt 6b, inngår derimot ikke i frikortordningen.

For mer informasjon om frikortordningen, se kapittel 6.2 *Pasientenes egenbetaling: Egenandel, mellomlegg og frikort for helsetjenester* og kapittel 6.3.6 *Omfang og utvikling av frikortordningen og egenandelsrefusjoner for tannbehandling*.

Tannpleiere fikk rett til å utløse stønad fra folketrygden fra 2013 når de på selvstendig

grunnlag undersøker, diagnostiserer og behandler periodontitt. Innføringen av takster for tannpleiere ble foretatt innenfor uendret økonomisk ramme for staten ved at takstene for periodontitt-behandling ble redusert for å ta høyde for økt antall behandlere (Prop. 1 S (2012–2013)). Det ble forutsatt at eventuelle merkostnader ved denne omleggingen skulle dekkes av pasientbetaling.

De seneste årene har årlig rundt 300 000 personer mottatt stønad til behandling av marginal periodontitt gjennom stønadspunkt 6a, ifølge utredning fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2023c). I gjennomsnitt har hver person fått utbetalt om lag 1 600 til 1 800 kroner per år i stønad. Vel 80 prosent av stønadsmottakerne i 2021 fikk relativt lav stønad (2 500 kroner eller mindre). Det er i hovedsak personer i aldersgruppen 50–80 år som får behandling for marginal periodontitt, og denne aldersgruppen utgjør vel 70 prosent av alle som får behandling etter stønadspunkt 6a. I 2021 ble 39 prosent av behandlede personer behandlet hos tannpleiere, 50 prosent hos tannleger og 11 prosent hos spesialister (stønadspunkt 6a) (Helsedirektoratet, 2023c).

For stønadspunkt 6b viser utredning fra Helsedirektoratet synkende stønadsutbetalinger uten at det har vært foretatt vesentlige regelverksendringer. Stønadsutbetalingene varierer med antall pasienter, og Helsedirektoratet mener dette tyder på at ytelsene per person er relativt uforandret over tid, og at nedgangen i utbetalt stønad mest sannsynlig er en følge av minkende forekomst av tanntap som skyldes periodontal sykdom. I 2021 var 60 prosent av mottakerne av stønad fra punkt 6b i alderen 60–80 år, mens kun 8 prosent var under 50 år. Dette aldersmønsteret har vært relativt konstant de siste årene (Helsedirektoratet, 2023c).

Forslag til omlegging av stønadsvilkårene – 2023-utredning

Departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å analysere årsaker til siste års utgiftsvekst innenfor periodontitt, vurdere takstbruken og innretningen av takster og vilkår samt komme med forslag til eventuelle endringer i takstsystemet innenfor periodontitt.

Helsedirektoratet leverte utredningen i juni 2023 (Helsedirektoratet, 2023c).

Departementet oversendte oktober 2023 utredningen til tannhelseutvalget, slik at utredningen kan inngå i utvalgets arbeid og vurderinger.

Helsedirektoratets utredning er nærmere omtalt i kapittel 10.6.2.

6.3.8 Særlig om stønadspunkt 8 – Bittanomalier (tannregulering/kjeveortopedi)

Barn og unges lovfestede rett til vederlagsfri tannhelsehjelp fra det offentlige omfatter ikke tannregulering. Tannregulering er derfor ikke del av tilbudet om gratis tannbehandling for barn og unge i den offentlige tannhelsetjenesten. Mangel på private spesialister i en del fylker medfører lang reisevei for barn og unge. Kompetansesentrene og enkelte fylkeskommuner har derfor kjeveortopedier som ivaretar denne behandlingen på samme vilkår som private kjeveortopedier.

Folketrygden gir stønad til tannregulering etter stønadspunkt 8 bittanomalier. Det gis fra 40 til 100 prosent stønad, avhengig av tilstandens alvorlighetsgrad, som er nærmere definert i regelverket for stønaden. Stønad utbetales etter fastsatte takster. Familier med flere enn ett barn med behov for tannregulering kan ha krav på søskenmoderasjon, etter nærmere fastsatte vilkår. Kosmetisk behandling gir ingen stønad.

En forutsetning for stønad til tannregulering er at behandlingen utføres av kjeveortoped, og at det foreligger en henvisning fra tannlege eller tannpleier. Det er som regel tannlege eller tannpleier i den offentlige tannhelsetjenesten som henviser barn og unge til kjeveortoped, og de skal gjøre en selvstendig vurdering av behandlingsbehovet før de eventuelt henviser videre. Kjeveortopedien avgjør om behandling er nødvendig, og i tilfelle hvilken behandling.

Stønad til tannregulering ytes i henhold til forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom § 1. punkt 8. De stønadsberettigede bittanomalierne, er delt opp i tre grupper: a, b og c. Tilstandene er gradert ut fra alvorlighetsgrad og gir 100, 75 eller 40 prosent stønad. Tilstander i gruppe a innebærer størst behov for behandling og mest stønad, mens de som faller inn under gruppe c innebærer minst behov for behandling og minst stønad.

For at pasienten skal ha rett til stønad for behandlinger av tilstander i gruppe b og c, må behandlingen være påbegynt senest det året pasienten fyller 20 år.

Stønad til tannregulering gis i noen tilfeller også til voksne, men er da knyttet til sykdom eller skade og ikke til bittfeil. Eksempler er tannregulering som gis i behandlingsforløp knyttet til marginal periodontitt, tannagenesi (medfødt manglende tannanlegg), tannskader ved godkjent yrkesskade og tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade.

For pasienter med leppe-kjeve-ganespalte m.m. inngår dessuten tannregulering som en del av et lengre behandlingsforløp med omfattende kirurgi.

Fra 2020 ble det foretatt en innstramming i vilkårene for å få stønad til tannregulering. Forslaget ble lagt fram av regjeringen i statsbudsjettet for 2020 og vedtatt av Stortinget i desember 2019. Innstrammingen førte i hovedsak til at de med minst behandlingsbehov mistet rett til stønad fra folketrygden, og dette ble estimert til å gjelde ca. 7 800 pasienter årlig (Helsedirektoratet, 2019a). Enkelte bittavvik ble samtidig flyttet fra gruppe c til b. Det førte til at et mindretall av pasientene i tidligere gruppe c fikk høyere stønadsnivå fra 2020.

Før 2020 mottok i underkant av 60 prosent av barnekullene i Norge stønad til førstegangsundersøkelse hos kjeveortoped (Statistisk sentralbyrå, 2023c). Statistisk sentralbyrå har anslått at det årlige antallet nye pasienter har gått ned med 7–10 prosent som følge av endringen. Videre vurderte Statistisk sentralbyrå at det var for tidlig å anslå om endringen også vil påvirke hvor stor andel av de undersøkte som vil motta behandling med apparatur, men dersom det fortsetter å gjelde fire av fem undersøkte slik Statistisk sentralbyrå har sett tidligere, vil 42–44 prosent av barnekullene i Norge få stønad til kjeveortopedisk behandling (Statistisk sentralbyrå, 2023c).

Til sammenlikning er tilsvarende nasjonale tall fra Sverige og Danmark henholdsvis 27 prosent (2005-tall) (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005) og 25 prosent (2015-tall) (Sundhedsstyrelsen, 2019). I Sverige er de regionale forskjellene store. Flere regioner tilbyr gratis kjeveortopedi til en fast prosentandel barn. For disse varierer prosentandelen fra 20 prosent i regionen med lavest andel til 35 prosent i regionen med høyest andel (Tandläkartidningen, 2023).

I henhold til folketrygdens takster koster et fullt behandlingsforløp i gjennomsnitt noe under 30 000 kroner per pasient (Statistisk sentralbyrå, 2023c). Dette beløpet belastes dels pasienten og dels folketrygden. I tillegg kommer som oftest et mellomlegg som følge av at kjeveortopeder, som tannleger generelt, har fri prissetting, og derfor kan ta mer betalt enn det som er folketrygdens takster. Det betyr at pasientene, også de som har rett til 100 prosent stønad, må regne med å måtte betale noe av behandlingen selv, og i mange tilfeller har de en betydelig egenbetaling.

Fra Vista Analyses undersøkelse av tilbudet i tannhelsetjenesten har vi noe informasjon om

størrelsen på pasientenes egenbetaling. Kjeveortopeder ble spurt om hva som er vanlig egenbetaling for et helt behandlingsforløp, for pasienter i stønadsgruppe b og c. De som svarte, oppga egenbetaling på mellom 8 000–34 000 kroner for gruppe b (N=16, median=20 000 kroner) og 19 200 – 38 000 kroner for gruppe c (N=16, median=27 000 kroner) (Holden et al., 2023).

Statistisk sentralbyrå har analysert mottakerne av folketrygdens stønad til tannregulering etter sosioøkonomiske og regionale kjennetegn (Statistisk sentralbyrå, 2023c). Resultatene viser at det er tydelige sosiale forskjeller når det gjelder hvilke barn og unge som mottar stønad til tannregulering. Barn av foreldre med høy utdanning og høy inntekt får i større grad stønad til tannregulering sammenliknet med barn av foreldre med lav utdanning og lav inntekt. Dessuten er det mer vanlig å få stønad til tannregulering blant barn av foreldre som ikke mottar offentlige stønader, enn for barn av foreldre som mottar offentlige stønader. Statistisk sentralbyrå ser at disse sosiale forskjellene er blitt noe mindre fra 2012 til 2022, spesielt etter innstrammingen av kriteriene for gruppen c fra 2020. Likevel er forskjellene fortsatt tydelige gjennom hele perioden (Statistisk sentralbyrå, 2023c).

Statistisk sentralbyrå viser i sin rapport også til betydelige regionale forskjeller når det gjelder mottak av stønad til tannregulering blant barn og unge. Barn og unge bosatt på Vestlandet, får i større grad tannregulering enn de som bor i Nord-Norge. De regionale forskjellene har økt fra 2012 til 2022 uavhengig av de ulike behandlingsbehovene. Fordelt etter kommunesentralitet viser resultatene at andelen mottakere er minst blant barn og unge bosatt i minst sentrale kommuner, og størst i mellomsentrale og nest minst sentrale kommuner. Dette mønsteret gjelder stort sett gjennom hele perioden 2012–2022 (Statistisk sentralbyrå, 2023c).

Ulik tilgang til kjeveortopeder ser ikke ut til å forklare forskjellene mellom fylkene i andelen mottakere av stønad til tannregulering. Statistisk sentralbyrå mener forskjellene kan skyldes andre strukturelle forskjeller mellom fylkene. Disse kan være faktorer som ulik henvisningspraksis fra den offentlige tannhelsetjenesten til kjeveortopeder, ulik praksis blant kjeveortopeder for vurdering av hvem som har behov for tannregulering, og ulik bruk av støttepersonell i forbindelse med behandlingen som utløser stønad (Statistisk sentralbyrå, 2023c).

En annen studie av ulikheter i tilgang på stønad til tannregulering for barn og unge, presente-

res i artikkelen *Does subsidized orthodontic treatment reduce inequalities in access? Evidence from Norway based on population register data* (Jiang et al., 2024). Studien er basert på data om tannregulering blant barn og unge i alderen 10–18 år i Norge i 2019. Her er det sammenhengen mellom mottak av folketrygdens stønad til tannregulering og foreldrenes husholdningsinntekt som er vurdert. I studien finner de ikke ulikheter i tilgang som skyldes foreldrenes betalingssevne og konkluderer med at det er mulig å oppnå målet om likhet i tjenesten ved å subsidiere tannregulering (Jiang et al., 2024).

6.3.9 Særlig om stønadspunkt 14 – Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne

Folketrygden gir etter stønadspunkt 14 stønad til dekning av utgifter til tannbehandling til personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg på grunn av varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne. Utgiftene dekkes etter honorartakstene.

Vilkårene for stønad omfatter en begrenset målgruppe. Personer som har rett til stønad etter stønadspunkt 14, er personer med varige sykdommer eller varig nedsatt funksjonsevne. Dette er personer som for eksempel pleies av nærmeste pårørende, personer som mottar brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og personer som mottar kommunale hjemmetjenester som ikke omfatter hjemmesykepleie minst én gang per uke. Personer som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, har ikke rett til stønad etter folketrygdlovens § 5-6. Det innebærer blant annet at personer som mottar hjemmesykepleie minst én gang per uke, ikke skal motta folketrygdstønad.

Før 2008 fantes stønad til personer med «manglende evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne», men da som en del av folketrygdloven § 5-22 (bidragsordningen), der det var krav til forhåndsgodkjenning fra trygdekontoret. Tannlegen måtte derfor søke på vegne av pasienten til trygdekontoret og vente på tilsagn derfra før undersøkelse og behandling kunne igangsettes. Dette medførte lav bruk av stønaden og lave utgifter.

Fra 1. januar 2008 ble stønaden tatt ut av bidragsordningen og lagt inn i folketrygdloven § 5-6 (stønad til tannbehandling). Krav til forhåndssøknad ble avviklet, men ordningen var fortsatt basert på at det ble innhentet erklæring fra relevant spesialist på den varige sykdommen eller funksjonsnedsettelsen (Arbeids- og velferds-

direktoratet, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). I rundskriv ble det gitt eksempler på varige tilstander som omfattes av ordningen, som lammelse, revmatisme, hjerneskade og alvorlig psykisk lidelse, herunder anoreksi og bulimi (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2008). Folketrygdens utbetaling etter stønadspunkt 14 utgjorde i årene 2008 til 2011 om lag 13 til 15 millioner kroner (Dokument nr. 15:736 (2017–2018), 2018).

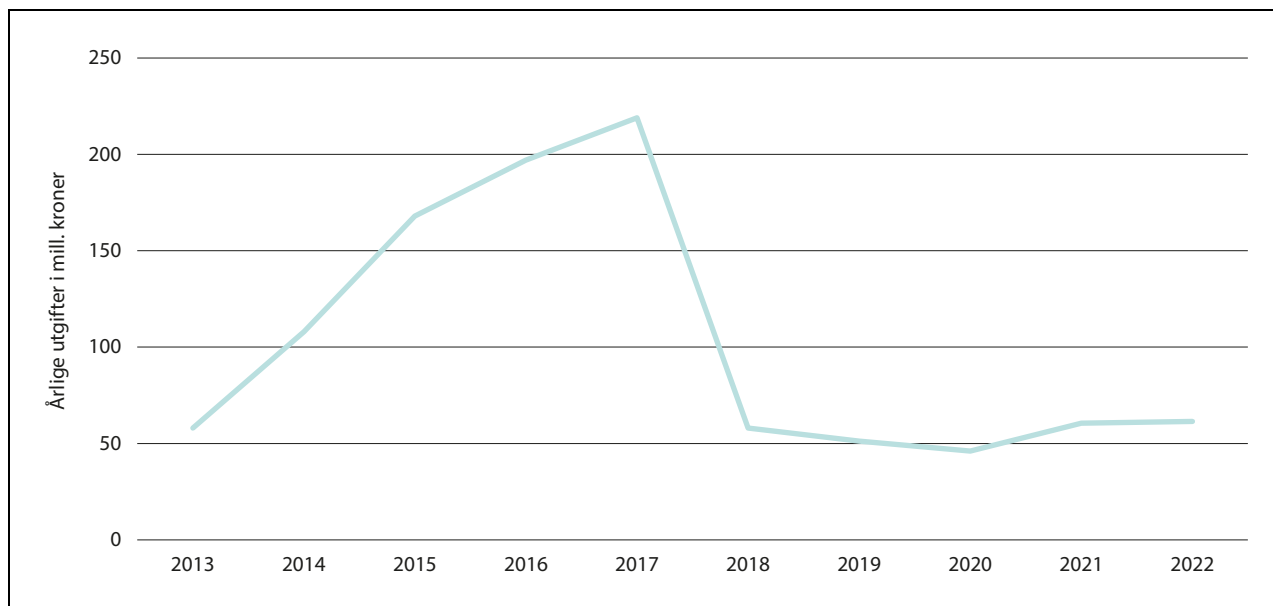
Avviklingen av forhåndsgodkjenning i 2008 medførte ikke særlig store endringer i bruken av stønadspunkt 14. Det fikk man derimot fra 1. januar 2013, da to endringer ble innført:

- Honorartakst erstattet refusjonstakst.
- Krav til spesialisterklæring ble avviklet og erstattet med et krav til erklæring fra «relevant lege eller psykolog».

Den første endringen medførte ikke konkrete løft i enkelttakster, men medførte at all takstbruk som gjaldt pasienter med grunnlag i sterkt nedsatt evne til egenomsorg, ble avløntet med honorartakst. Stønadsnivået ble altså høyere enn før. I tillegg gikk departementet bort fra tidligere krav om at det måtte innhentes erklæring fra spesialist. Fra 1. januar 2013 ble erklæring fra «relevant lege eller psykolog» tilstrekkelig. Forslagene ble omtalt i statsbudsjettet for 2013, fulgt av et bevilgningsforslag om å styrke stønadspunkt 14 med 20 millioner kroner. Stortinget ga sin tilslutning til forslaget.

Resultatene i årene etter 2013 var en mangefoldning av utgiftene til nedsatt egenomsorg. Fra 2014 til 2017 ble antall pasienter med svekket egenomsorg fordoblet, fra et nivå på om lag 6 900 personer i 2014 til 14 000 personer i 2017. Gjennomsnittsalder per mottaker sank, og gjennomsnittsbeløpet per mottaker steg fra omkring 7 000 kroner per mottaker i 2012 til omtrent 16 000 kroner i 2015 (Statistisk sentralbyrå, 2023b).

Dette ga mistanke om at mange tannleger var i ferd med å sende refusjonskrav langt utover vilkårene for stønad. Forsterket kontrollinnsats ble satt inn fra Helfo som analyserte samtlige krav innsendt elektronisk til Helfo for perioden 2012–2015. I alt ble det kontrollert om lag 88 000 innsendte regninger for 15 800 pasienter. I 44 prosent av de innsendte regningene var ikke diagnose oppgitt. I 40 prosent av regningene var det oppgitt sykdommer i fordøyelsessystemet som diagnose. Av disse oppga de fleste sykdommer i munnhule, spyttkjertler og kjever som diagnose. Helfo konkluderte med at regninger som ikke hadde diagnosekode eller som var kodet, men



Figur 6.7 Utgifter til folketrygdens stønadspunkt 14. Millioner kroner. 2013–2022

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet.

ikke knyttet opp til bruk av stønadspunkt 14, utgjorde til sammen om lag 85 prosent av samtlige innsendte regninger. Helfo gjennomførte også flere kontroller overfor enkelttannleger og skrev i sin rapport at «odontofobi eller tannlegeskrekk oppgis gjerne som grunnlag for bruk av innslagspunktet» (Dokument nr. 15:736 (2017–2018), 2018).

I Helfo og Helsedirektoratets analyser ble det konkludert med at de økte utbetalingene og den utvidede praktiseringen ikke var resultat av Stortingets budsjettvedtak om utvidelse av stønadsordningen.

På bakgrunn av dette skrev departementet i statsbudsjettet for 2018 at «praktiseringen av stønadsordningen har gått langt ut over det som har vært de forutsatte vilkår i regelverket for stønad» (Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S (2017–2018)). Deretter foreslo regjeringen en presisering i vilkårene for å gjøre det mer tydelig hvilke tilstander som faller og ikke faller inn under ordningen. Dette ga Stortinget sin tilslutning til. Presiseringen i regelverket innebar i hovedsak at tannlegeskrekk ikke ga tilstrekkelig grunnlag for å gi en pasient stønad etter stønadspunkt 14. Vilkaene stadfestet at det skal foreligge en skriftlig erklæring fra en lege eller psykolog. Følgende skal dokumenteres i erklæringen: a) at personen har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne på tidspunktet for tannlegens/tannpleierens undersøkelse og behandling, b) hva

slags diagnose / nedsatt funksjonsevne erklæringen gjelder, c) den forventede varigheten av sykdommen / den nedsatte funksjonsevnen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Presiseringene førte til en kraftig nedgang i utgiftene til stønad, fra 219 millioner kroner i toppåret 2017 til 58 millioner kroner i 2018. Utgiftene på dette stønadspunktet gikk ned fra 9 til 2 prosent av de samlede stønadsutgiftene til tannbehandling i løpet av ett enkelt år, 2018. Utviklingen i kostnadene for stønadspunkt 14 er det klareste eksemplet på sammenheng mellom forskriftsendring og utgiftene i stønadsordningen (Statistisk sentralbyrå, 2023b).

Endringene i ordlyden fra og med 2018 var i tiden før og etter gjenstand for stor oppmerksomhet. Ifølge Helfo har man i ettertid sett at regelverket i en helt annen grad fortolkes i tråd med den opprinnelige intensjonen i dette stønadspunktet.

Flere forhold ser ut til å ha stabilisert seg etter innstramningen i 2018. Utgiftsnivået har ligget stabilt på om lag 60 millioner kroner siden 2018, og var 61 millioner kroner i 2022. Antall mottakere i 2021 var i underkant av 6 000 personer, med en snittalder på om lag 56 år. Gjennomsnittlig utbetalt stønadsbeløp per behandlet pasient etter stønadspunkt 14 var 10 708 kroner i 2021. Dette er betydelig høyere enn gjennomsnittlig utbetaling per mottaker etter alle stønadspunkter, som var 3 243 kroner i 2021 (Statistisk sentralbyrå, 2023b).

Kapittel 7

Tannbehandling i spesialisthelsetjenesten

7.1 Tannhelsetjenester til pasienter i spesialisthelsetjenesten 2017–2022

Helsedirektoratets rapport *Tannhelsetjenester i Norge – Statistikk om tannhelsetjenesten med data fra Kommunalt pasient og brukerregister og Norsk pasientregister 2017–2022* (Helsedirektoratet, 2024) bygger på tilgjengelige helseregisterdata om tannhelsetjenester i Norge. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inneholder opplysninger om pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten samt pasienter som mottar stønad til tannbehandling etter folketrygdloven (via Helfo). Norsk pasientregister (NPR) inneholder opplysninger om helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Rapporten har blant annet statistikk om tannhelsetjenester i spesialisthelsetjenesten og om pasienter i spesialisthelsetjenesten som samtidig er pasienter i offentlig tannhelsetjeneste, eller mottar stønad fra folketrygden for tannbehandling. For å se de ulike pasientgruppene i tannhelsetjenesten i forhold til hverandre viser også rapporten andeler for hele befolkningen sammenliknet med andelen i en bestemt gruppe som har fått behandling i offentlig tannhelsetjeneste eller folketrygdstønad til tannbehandling.

Rapporten teller unike pasienter som har vært i kontakt med de ulike helsetjenestene for utredning og/eller behandling i løpet av ett år.

Tabellen 7.1 viser at det hvert år behandles knapt 30 000 pasienter i spesialisthelsetjenesten for tilstander som er relatert til tannhelse.

Helsedirektoratet sammenstiller i rapporten antall pasienter som har fått tannbehandling i spesialisthelsetjenesten fordelt på alder og NCSP-koder (Helsedirektoratet, 2024).¹ Opplysningene viser at det er mange spedbarn som får behandling, hvor flesteparten av disse behandlingene i hovedsak gjelder tungebånd. Videre viser funnene at de fleste tannbehandlingene i spesialisthelsetjenesten omhandler pasienter i alderen 3–30 år. De klart mest representerte kodene (EBA10, EBA00 og EBX20) er kirurgisk eksisjon av tann, tannekstraksjon og tannfylling med plastisk materiale.

Tabell 7.2 gir en oversikt over antall og andel pasientkontakter i offentlig tannhelsetjeneste og antall og andel pasientkontakter med stønad til tannbehandling etter folketrygdloven. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende. En og samme person kan motta tjenester i både offentlig tannhelsetjeneste og motta stønad til tannbehandling i løpet av ett kalenderår.

Med utgangspunkt i disse tallene har Helsedirektoratet sett på i hvilken grad behandling for andre tilstander i spesialisthelsetjenesten påvirker sannsynligheten for å motta tannhelsetjenester som enten ytes av det offentlige, eller som subsidières av det offentlige gjennom ordningen med stønad til tannbehandling fra folketrygden. Analysene er utført ved å koble opplysninger om helsehjelp i spesialisthelsetjenesten fra NPR med opp-

¹ NCSP-og DRG koder for tannbehandling i spesialisthelsetjenesten, se vedlegg b i Helsedirektoratets rapport

Tabell 7.1 Tannbehandling i spesialisthelsetjenesten. Antall pasienter og prosentandel av befolkningen. 2022–2017

		2022	2021	2020	2019	2018	2017
Tannbehandling i spesialisthelsetjenesten	Antall pasienter	29 291	29 759	27 720	27 725	28 023	30 067
	Pasienter som andel av befolkningen	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%

Kilde: Helsedirektoratet, 2024.

Tabell 7.2 Antall pasienter og prosentandel av befolkningen som mottok henholdsvis offentlige tannhelsetjeneste og folketrygdens stønad til tannbehandling. 2022–2017

		2022	2021	2020	2019	2018	2017
Offentlig tannhelsetjeneste (KPR)	Antall pasienter	1 022 589	1 020 408	912 285	1 077 221	1 090 957	1 092 212
	Andel av befolkningen	18%	18%	16%	19%	20%	20%
Tannbehandling med stønad etter folketrygdloven (KPR)	Antall pasienter	810 422	795 535	730 807	768 873	741 294	725 561
	Andel av befolkningen	14%	14%	13%	14%	13%	13%

Merk at kategoriene ikke er gjensidig utelukkende

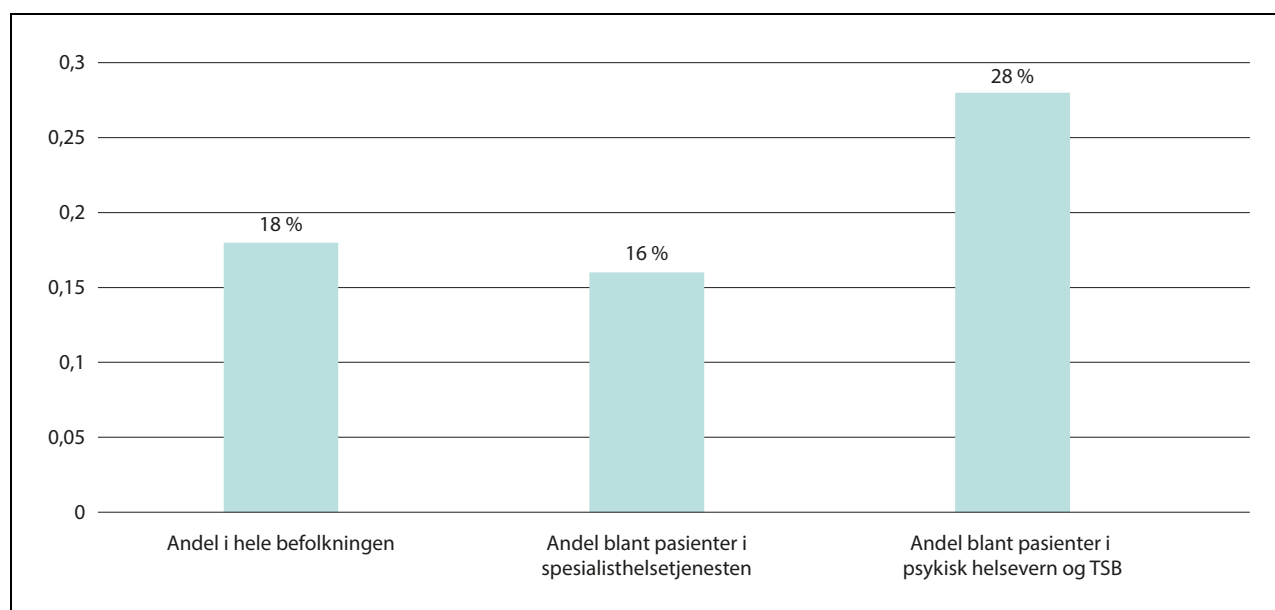
Kilde: Helsedirektoratet, 2024.

lysninger om mottak av offentlige tannhelsetjeneste eller trygderefusjon i KPR.

Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende. De fleste pasienter i offentlig tannhelsetjeneste har rettigheter til gratis tannbehandling (som barn og unge). Stønad til tannbehandling etter folketrygdloven dekker deler av utgiftene til privat tannbehandling for den voksne befolkningen som ikke har rett til gratis behandling i offentlig tannhelsetjeneste. Offentlig tannhelsetjeneste gir imidlertid også behandling til pasienter uten rettigheter og som derfor må betale for behandlingen selv. Pasienter som selv betaler for behandlingen har de samme rettighetene til stønad etter folketrygd-

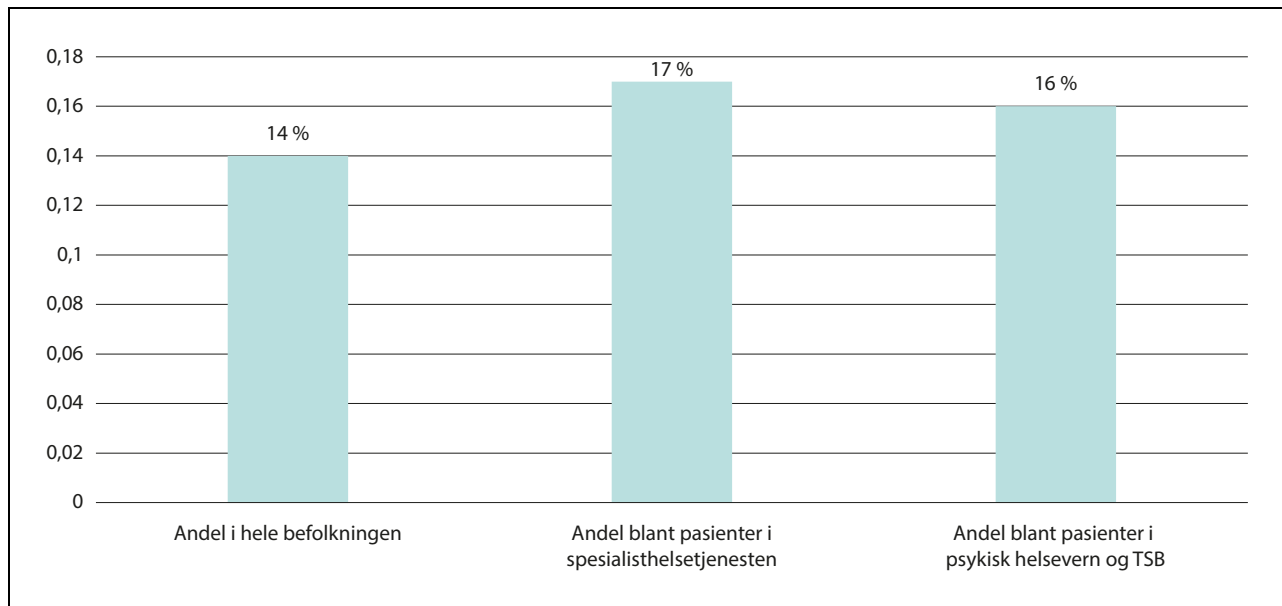
loven, uavhengig av om behandling skjer i privat eller offentlig tannhelsetjeneste.

Figur 7.1 viser at pasienter som mottar helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for psykiske helseproblemer, rusproblemer (tverrfaglig spesialisert rusbehandling – TSB) eller begge, har betydelig større sannsynlighet for å motta offentlige tannhelsetjenester enn befolkningen generelt. Det er en lavere andel av pasientene i psykisk helsevern og TSB som mottar stønad til tannbehandling etter folketrygdloven, jf. figur 7.2. I rapporten fra Helsedirektoratet oppgis tilsvarende tall for perioden 2017–2022. Tendensen er den samme i hele perioden, og her vises derfor bare resultater for 2022.



Figur 7.1 Andel av befolkningen og andel i utvalgte pasientgrupper som mottok helsehjelp i offentlig tannhelsetjeneste. Prosent. 2022

Kilde: Helsedirektoratet, 2024.



Figur 7.2 Andel av befolkningen og andel i utvalgte pasientgrupper som mottok folketrygdens stønad til tannbehandling. Prosent. 2022

Kilde: Helsedirektoratet, 2024.

Helsedirektoratets rapport viser også sammenhengen mellom mottak av folketrygdstønad for tannhelsetjenester og mottak av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Figur 7.2 viser at andelen pasienter i psykisk helsevern og TSB og også i spesialisthelsetjenesten for øvrig, som mottok stønad til tannbehandling gjennom folketrygden, er omtrent som andelen for hele befolkningen. I rapporten fra Helsedirektoratet oppgis også tilsvarende tall for perioden 2017–2022. Tendensen er den samme i hele perioden, og figuren viser derfor bare resultater for 2022.

Rapporten viser videre at det er flest yngre og eldre pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som har kontakt med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Felles for alle aldersgruppene er at flere pasienter i psykisk helsevern har kontakt med den offentlige tannhelsetjenesten enn befolkningen generelt (Helsedirektoratet, 2024).

7.1.1 Sammenhengen mellom komorbiditet og offentlig finansiert tannbehandling

Analysene i Helsedirektoratets rapport viser at pasienter i psykisk helsevern og rusomsorg har større sannsynlighet for å motta tannbehandling fra den offentlige tannhelsetjenesten, men det ses ikke en tilsvarende økt andel pasienter som mottar stønad til tannbehandling via folketrygden i

denne pasientgruppen. Likevel er det flere grunner til at pasienter i spesialisthelsetjenesten har et større behov for tannhelsetjenester enn befolkningen generelt.

For pasienter som behandles for somatisk sykdom i spesialisthelsetjenesten, vil behandling av sykdommen i noen tilfeller kreve at nødvendig tannbehandling er gjennomført, for at behandlingen skal være vellykket. Dette gjelder for eksempel ved ulike krefttilstander, infeksjonstilstander og organtransplantasjoner. Sykehusavdelingen vil som regel ikke utføre nødvendig tannbehandling, men lar det være opp til pasienten både å finne behandler og å få utført aktuell tannbehandling.

Det er påvist at særlig personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelmidler har økt forekomst av en rekke somatiske sykdommer, for eksempel hjerte- og karlidelser, leversykdom, nyresykdom, lungesykdom og diabetes type 2, noe som medfører minst 15 års redusert levetid (Heiberg et al., 2018). Årsaken til den økte forekomsten av ulike somatiske sykdommer skyldes delvis arvelig belastning og delvis økt forekomst av risikofaktorer/risikoatferd slik som bruk av tobakk og rusmidler, dårlig ernæring, psykososialt stress og inaktivitet. Forskjellen i levealder tilskrives i hovedsak fysiske sykdommer, ikke selvmord eller andre direkte konsekvenser av en persons rusbruk eller psykiske lidelse. Videre kan det synes som at soma-

Tabell 7.3 Pasienter i spesialisthelsetjenesten med og uten komorbiditet som også har mottatt offentlig tannhelsetjenester eller folketrygdens stønad til tannbehandling. Antall og prosentandel, 2022

	Antall pasienter i spesialisthelsetjenesten samlet	Antall/andel pasienter i spesialisthelsetjenesten som også fikk offentlig tannhelsetjeneste	Antall pasienter i spesialisthelsetjenesten som også fikk stønad til tannbehandling
Pasienter <i>med</i> komorbiditet	507 816	59 853 (12%)	113 111 (22%)
Pasienter <i>uten</i> komorbiditet	2 184 828	374 986 (17%)	344 201 (16%)

Kilde: Helsedirektoratet, 2024.

tisk sykdom påvises senere for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddel-lidelser, enn for den generelle befolkningen (Heiberg et al., 2020).

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) har i en rapport påvist at for pasienter med psykiske lidelser kan den psykiske lidelsen overskygge fysisk sykdom, og det bidrar til at symptomene ikke fanges opp (Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2023). UKOM påpeker at de er kjent med forskning som viser at personer med psykiske lidelser får et behandlingstilbud som er ulikt fra det andre pasienter får. Dette gjelder i størst grad ved alvorlige psykiske lidelser og for pasienter med rusmiddel- og avhengighetslidelse, men det påvises også til dels ved lette til moderate tilstander.

Rapporten fra Helsedirektoratet inneholder analyser som viser andeler av pasienter som mottar offentlig tannbehandling og folketrygdstønad for tannhelsetjenester, etter antall samtidige diagnoser (komorbiditet). Komorbiditet er her brukt som en indikator på alvorlighet av sykdom eller helsetilstand for å vurdere om dårligere helse også øker sannsynligheten for å motta offentlige tannhelsetjenester eller stønad til tannbehandling.

I tabell 7.3 er komorbiditet beregnet ut fra hele populasjonen, ikke bare pasienter i psykisk helsevern og rus. Komorbiditet er definert som pasienter som behandles for flere sykdommer (tilstander) i spesialisthelsetjenesten i løpet av ett kalenderår.

Tabellen viser antall personer og andeler fordelt på pasienter innrapportert med og uten komorbiditet i løpet av 2022. Funnene indikerer at pasienter med komorbiditet sjeldnere har kontakter i den offentlige tannhelsetjenesten enn de uten komorbiditet, men de mottar oftere stønad fra folketrygden til tannbehandling.

Dette kan være en indikasjon på at pasienter med dårlig helsetilstand (definert som én eller flere samtidige sykdomsforløp) også har tilstander som gir rett til stønad til tannbehandling.

Helsedirektoratet har også benyttet en komorbiditetsindeks² fra 0–15 som graderer komorbiditet etter antall og type samtidige diagnoser.

Boks 7.1 Data om tannhelsetjenester i Norge

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte Helsedirektoratet en ekstraordinær datainnsamling av individdata fra offentlig tannhelsetjeneste til Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) om 2,2 millioner pasienter som er undersøkt og/eller behandlet i perioden 2017–2022, for å kunne levere et datagrunnlag om tannhelsetjenester i Norge til tannhelseutvalget.

Individdata fra offentlig tannhelsetjeneste ble analysert sammen med tilsvarende data om opplysninger om stønad til tannbehandling etter folketrygdloven som regelmessig rapporteres til KPR, og data om behandling i tann og munnhule i spesialisthelsetjenesten fra Norsk pasientregister (NPR).

Analysene ble sammenstilt og levert i rapporten Tannhelsetjenester i Norge. Statistikk om tannhelsetjenesten med data fra Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister 2017–2023 til tannhelseutvalget mai 2024.

² Charlson Comorbidity Index (CCI).

Tabell 7.4 Mottak av tannhelsetjenester/-stønad. Antall og prosentandel pasienter fordelt på komorbiditetsskåre (Charlsons Comorbidity Index). 2022

CCI Skåre	Spesialisthelsetjenesten	Den offentlige tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	Andel i spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten	Stønad til tannbehandling og spesialisthelsetjeneste	Andel med stønad til tannbehandling og spesialisthelsetjeneste
0	2 184 828	374 986	17%	344 201	16 %
1	266 706	37 841	14%	55 144	21 %
2	166 883	15 166	9%	38 910	23 %
3	32 810	3 398	10%	8 362	25 %
4	9 829	1 068	11%	2 699	27 %
5	2 924	400	14%	750	26 %
6	21 415	1 362	6%	5 347	25 %
7	4 922	410	8%	1 261	26 %
8	1 620	147	9%	442	27 %
9	498	41	8%	128	26 %
10	129	11	9%	43	33 %
11 – 15	80	9	11%	25	31 %

Kilde: Helsedirektoratet, 2024.

Tabell 7.4 viser antall og andeler fordelt på pasienters komorbiditetsskårer i løpet av 2022. Trenden er at pasienter med høyere skåre på komorbiditet oftere mottar stønad fra folketrygden for tannbehandling, og sjeldnere er pasient i den offentlige tannhelsetjenesten.

7.2 TAKO-senteret

TAKO-senteret består av Nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne diagnoser, og Sykehustannklinikken som tar imot medisinske risikopasienter.

Nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne diagnoser utvikler kompetanse, formidler kunnskap, møter brukere, driver med forskning og underviser om oral helse ved sjeldne diagnoser. Pasienter som har en sjelden diagnose og problem knyttet til munnhelse eller funksjon, kan henvises til senteret. Der vurderes henvisningene med tanke på diagnose, problem og behov for senterets kompetanse. Vurderingene har en tverr-

faglig tilnærming, og derfor er logoped, fysioterapeuter, tannlegespesialister, tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer ansatt ved senteret.

Sykehustannklinikken ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, som er den andre delen av TAKO-senteret, har et tilbud til mennesker med behov for tannbehandling i sykehus.

TAKO-senteret bidrar på ulike måter i å gi fagpersoner mulighet til å lære mer om sjeldne diagnoser, oral helse og oralmotorikk. Dette skjer ved at de deltar med tverrfaglig undervisning i grunnutdanningen av tannleger og tannpleiere på alle lærestedene. Videre bidrar de i undervisningen i enkelte av spesialistutdanningene for tannleger ved Universitetet i Oslo og med årlige tverrfaglige forelesningsdager ved de andre lærestedene. TAKO-dagene og studiedager er andre tiltak rettet mot tjenestene.

TAKO-senteret har et omfattende nordisk og internasjonalt samarbeid innenfor eget felt og blir regnet for å være blant de fremste tverrfaglige miljøene på oral helse ved sjeldne diagnoser.

Kapittel 8

Kvalitet og pasientsikkerhet

Tannhelsetjenester skal være av god kvalitet, virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Pasientsikkerhet innebærer vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Tannhelsevirksomheter omfattes også av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs.

8.1 Kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet publiserer årlige kvalitetsindikatorer innenfor en rekke områder, deriblant tannhelse (Helsedirektoratet). Det er etablert seks kvalitetsindikatorer for den offentlige tannhelsetjenesten, en for sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell (Helsedirektoratet) og ingen for den private tannhelsetjenesten. Se nærmere omtale av kvalitetsindikatorerne i kapittel 2.3 *Ulike mål på tannhelse*.

Hensikten med kvalitetsindikatorerne er å øke kvaliteten i tjenestene og hindre uønsket variasjon. Åpenhet om kvalitetsindikatorer er viktig for både pasienter, helsetjenesten og helsemyndighetene. Indikatorerne kan også være et mål på den offentlige tannhelsetjenestens systematiske forebyggende innsats. Erfaringsmessig kommer fylkeskommuner som har arbeidet systemisk, målrettet og over tid med folkehelsearbeid, bedre ut på disse målingene.

Kvalitetsindikatorerne for barn og unges tannhelse ved 5 år, 12 år og 18 år viser tannhelsestatus hos barn og unge. Indikatorerne gir tannhelsetjenesten mulighet for å følge egen populasjon

over tid og å sammenlikne seg med nasjonale resultater. Som omtalt i kapittel 4.5 er andelen femåringer med friske tenner et av parametrene i fylkenes folkehelseprofil.

Det er etablert et kvalitetsregister innenfor det odontologiske fagområdet i Norge. Det er Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte. Det er også utredet og foreslått et implantatregister, se nærmere omtale under kapittel 10.8.1 *Kvalitetsregistre*.

8.2 Styringsdata

8.2.1 KOSTRA

Kommune-stat-rapportering (KOSTRA) innebærer at alle norske kommuner og fylkeskommuner sender inn statistikk/tall fra sine tjenesteområder til Statistisk sentralbyrå. Dette er den viktigste kilden til kunnskap om den offentlige tannhelsetjenesten.

KOSTRA-statistikken (Statistisk sentralbyrå) viser omfanget av pasientbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten og tannhelsetilstand og kariesforekomst blant utvalgte aldersgrupper. Statistikken gir også oversikt over utgifter i offentlig tannhelsetjeneste etter funksjon. Andre data er utadrettet forebyggende arbeid i tannhelsetjenesten etter personellgruppe, utvalgte nøkkeltall for tannhelsetjenesten, årsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste etter personellgruppe og sektor og mottak av tannhelserefusjon gjennom folketrygden.

KOSTRA brukes av den offentlige tannhelsetjenesten i sitt arbeid med tjenesteutvikling og planlegging av deres tannhelsetilbud. KOSTRA brukes også av nasjonale myndigheter i deres arbeid.

8.2.2 Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Helsedirektoratet hadde frem til 1. januar 2024 i oppdrag å utvikle Kommunalt pasient- og bruker-

register (KPR) slik at det også omfatter data fra tannhelsetjenesten. Innmelding av tannhelsedata til KPR vil blant annet gjøre det mulig å sikre informasjon om hvor tannhelsetilbud er tilgjengelig, om behovet for tannhelsetjenester i befolkningen og om det er variasjon i tilgjengelighet, finansiering og bruk av tannhelsetjenester.

KPR kan også gi data til Statistisk sentralbyrå som i dag meldes inn via KOSTRA-skjema. Dermed reduseres rapporteringsbyrden i offentlig tannhelsetjeneste, og det gir mer presise data enn det som i dag meldes inn manuelt fra ulike deler av tjenesten.

KPR-forskriften trådte i kraft høsten 2022 slik at private aktører i tannhelsetjenesten også kan pålegges å melde inn helseopplysninger til KPR.

Helsedirektoratet etablerte en egenutviklet, midlertidig løsning for datafangst av tannhelsedata til KPR. En slik løsning har gjort det mulig å levere analyser til tannhelseutvalget. Løsningen er tatt i bruk for offentlig tannhelsetjeneste, og KPR inneholder opplysninger om over 2,1 millioner pasienter som er behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten fra 2017 og fram til i dag (Helsedirektoratet, 2024).

Helsedirektoratet hadde planlagt å benytte den midlertidige løsningen for datafangst i deler av privat tannhelsetjeneste. Når det gjelder den private tannhelsetjenesten har det vært omfattende kontakt om gjennomføringen av datauttrekk med noen private aktører. I forkant av utsatt frist for leveranse av data fra de private tannhelseaktørene sendte Den norske tannlegeforening inn en klage til Datatilsynet om innmelding av data i KPR til bruk for tannhelseutvalget (Helsedirektoratet, 2024). Se nærmere omtale i kapittel 1.

Fra årsskiftet (1.1.2024) har Folkehelseinstituttet overtatt ansvaret for drift og utvikling av KPR. Det arbeides videre med å etablere en permanent løsning for innmelding av tannhelsedata til KPR fra både offentlig og privat tannhelsetjeneste.

8.3 Retningslinjer, råd og veiledere mv. til tannhelsetjenesten

Helsedirektoratet har som mandat å utvikle nasjonale faglige retningslinjer, råd og veiledere til helsetjenestene og til befolkningen. Det gis råd og anbefalinger på områder med faglig uenighet, behov for kvalitetsforbedring, ulikheter i tjenestetilbudet og prioriterte fagområder. Det gis også faglige råd på områder med lite faglig uenighet, men hvor det er behov for råd og praktiske eksempler.

Boks 8.1 Nasjonale faglige retningslinjer og råd innenfor tannhelsefeltet

- Nasjonal faglig retningslinje, Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år (Helsedirektoratet, 2018b)
- Nasjonal faglig retningslinje, Temporomandibulær dysfunksjon – TMD (Helsedirektoratet, 2016b)
- Nasjonal veileder – God klinisk praksis i tannhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011)
- Nasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologiske biomaterialer (Helsedirektoratet, 2008)
- Nasjonale faglige råd, Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år (Helsedirektoratet, 2008)

Hensikten til nasjonale faglige retningslinjer, råd og veiledere er å:

- hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i tjenesten
- bidra til riktige prioriteringer i tjenesten
- løse samhandlingsutfordringer og sikre helhetlige pasientforløp.

Helsedirektoratets råd og anbefalinger er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk på helse- og omsorgstjenestemrådet og andre tilgrensende sektorer.

Innenfor tannhelsefeltet finnes det i dag nasjonal veileder, nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale faglige råd. I tillegg kommer rundskriv som inneholder fortolkning av hvordan lover og forskrifter skal forstås og praktiseres.

Den nasjonale veilederen God klinisk praksis i tannhelsetjenesten ble publisert i 2011, blant annet som oppfølging av stortingsmeldingen om framtidens tannhelsetjeneste (St.meld. nr. 35 (2006–2007)) og Stortingets behandling av denne. Sosial- og helsedirektoratet fikk i oppdrag å utarbeide faglige retningslinjer om hva som ligger i nødvendig tannhelsehjelp/tannbehandling, i samarbeid med berørte aktører. Sektoren ønsket også en klargjøring av hva som er en optimal behandlingsplanlegging og fornuftig behandlingsomfang for den enkelte pasient etter at folketrygdens

Boks 8.2 Nasjonal faglig retningslinje – Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år

Retningslinjen inneholder anbefalinger om:

- tannhelsetjenester innenfor forebygging, diagnostikk, behandling
- organisering og tverrfaglig samarbeid med kommuner og helseforetak, barnevernet, helsestasjon og skolehelsetjenesten, Statens barnehus og asylmottak
- helsefremmende og forebyggende tiltak på individnivå og forebyggende arbeid i et livsperspektiv
- oppfølging av barn med risiko for tannsykdom
- å forebygge og behandle tannbehandlingsangst
- tannhelsetjenester til barn og unge med særlige behov.

Målene for retningslinjen er:

- 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
- 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, overgrep eller omsorgssvikt.

regelverk til økonomisk støtte til tannbehandling ble endret fra 2008 hvor kravet om forhåndsgodkjenning bortfalt. Se nærmere omtale i kapittel 6.1.6. *Utvikling av stønadsordninger og sammenhengen mellom stønadspunkt og takster.*

Veilederen benyttes fortsatt og beskriver en måte å resonnerer på både ved undersøkelse, planlegging og gjennomføring av tannbehandling. Den beskriver også forebygging, pasienters muligheter for egenomsorg og medvirkning i valg av tiltak både fra et faglig perspektiv og et kostnadsperspektiv for den enkelte og for samfunnet. Utvalget benytter veilederens beskrivelse av trinnvis tilnærming til nødvendig tannbehandling i sin drøfting av en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret i kapittel 14 *En universell tannhelsetjeneste – trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret.*

Helsedirektoratet har blant annet utarbeidet pasientforløp innenfor noen områder, hvor de beskriver organisering av utredning, behandling og oppfølging, kommunikasjon med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Videre bidrar forløpene med informasjon og forventningsavklaringer overfor pasientene og deres pårørende.

Det er imidlertid funn som viser at selv om pasientforløpene i psykisk helsevern og rusbehandling skulle sikre at ansvaret for pasientenes somatiske helse avklares, legges likevel ansvaret i stor grad til primærhelsetjenesten og den somatiske helsetjeneste (Ådnanes et al.,

2021). Dette fungerer dårlig for mange pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ettersom de må forholde seg til mange ulike aktører, og dermed får en lite koordinert behandling.

8.4 Medisinsk stråling

Medisinsk strålebruk er et viktig verktøy innen diagnostikk og behandling. Rask teknologisk utvikling introduserer stadig nye metoder som anvender stråling i helsetjenesten. Omfang av medisinsk strålebruk er økende og gir nå det største bidraget til stråledoser både til befolkning og yrkeseksponerte. Høye stråledoser er forbundet med risiko for utvikling av kreft. Nylige studier styrker evidensgrunnlaget for økt kreftisiko også ved stråledoser som benyttes innen bildediagnostikk med røntgen og CT, og risikoen for barn er høyere enn for voksne (Bosch de Basea Gomez et al., 2023; Hauptmann et al., 2023; Lee et al., 2024).

Tannrøntgen er generelt forbundet med lave stråledoser, men en stor andel av befolkningen blir årlig eksponert for denne typen stråling. Ettersom barn er mer strålefølsomme, er det spesielt viktig at stråledosene forbundet med røntgenundersøkelser holdes så lave som mulig. Bruk av avansert bildeteknikk innen tannhelsetjenesten har også økt kraftig de siste årene, og det finnes nå nesten

200 CBCT-apparater i Norge (Cone beam computed tomography). Disse apparatene gir mulighet for snittbilder og generering av 3D-bilder og er blitt et viktig verktøy for flere tannleger og tannlegespesialister. CBCT gir generelt høyere stråledoser til pasienten sammenliknet med intraorale røntgenundersøkelser og panoramarøntgen (ortopantomografi (OPG)), og strålevernforskriften stiller derfor strenge krav til kompetanse for bruk, samt kvalitetskontroll av denne typen apparater (Strålevernforskriften, 2016).

Klinikker som bruker CBCT, må tilegne seg tilleggskompetanse og knytte til seg en medisinsk faglig ansvarlig kjeve- og ansiktsradiolog og medisinsk fysiker. Bruk av CBCT er også godkjenningsspliktig, og tannlegevirksomheter som skal bruke slike apparater må innhente godkjenning fra Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA).

Ved tilsyn med tannklinikker har DSA avdekket at mange tannleger tar oversiktsbilder (OPG) av alle nye pasienter uten spesifikk klinisk problemstilling. Tilsyn har også avdekket at strålebruken ikke er optimalisert ved en rekke tannklinikker, spesielt innen intraoral avbildning der et rundt strålefelt (kollimering) benyttes, istedenfor et firkantet strålefelt. Mangel på service og kvalitetskontroll av røntgenapparatet er også avdekket under tilsyn.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt DSA i oppdrag å etablere et nasjonalt system for overvåking av medisinsk strålebruk, der data primært skal hentes fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Pågående nasjonale prosesser for å få på plass regelverk og systemer for en helhetlig rapportering til NPR/KPR som også inkluderer privat finansiert aktivitet, er viktig for å sikre at strålebruken er forsvarlig, berettiget og optimalisert. Styringsdata om strålebruk fra helseregistrene vil også danne grunnlag for nasjonale utredninger, tiltak og prioriteringer for å øke kvaliteten og pasientsikkerheten forbundet med strålebruken.

8.5 Systematisk bruk av metodevurderinger og kunnskapsoppsummeringer

Handlingsplanen *Sammen om kunnskapsløft for oral helse – Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017–2027)* peker på at forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse er svak, og i mange år har blitt hengende etter de andre helsetjenesteområdene. Manglende kunnskap om effekten av tiltak er en utfordring med tanke på å ta gode prioriteringsbeslutninger.

Boks 8.3 Risikobasert undersøkelsessystem – eksempel Danmark og Sverige

Danmark har en nasjonal klinisk retningslinje for fastsettelse av intervaller mellom diagnostiske undersøkelser. Formålet med retningslinjen er å veilede tannhelsetjenesten i å organisere diagnostiske undersøkelser etter individuelle behov. Intervaller mellom undersøkelser skal baseres på tannlegens vurdering av pasientens sykdomsnivå og risikofaktorer.

Retningslinjen har særlig søkelys på de to store tannsykdommene karies og marginal periodontitt. Dette er de tannsykdommene som det primært undersøkes for ved en generell diagnostisk undersøkelse.

Retningslinjen er først og fremst rettet mot tannleger og tannpleiere i kommunal og i privat praksis. I tillegg retter den seg mot myndigheter, planleggere og ledere i regioner og kommuner som arbeider med tannhelsetjenesten.

Retningslinjen er implementert via et forløpsdiagram, hvor friske pasienter kategoriseres

som grønne, mens syke pasienter kategoriseres som gule eller røde, jf. figur 1.2. i vedlegg 1.

Evaluering har vist at retningslinjen oppleves som faglig meningsfylt og anvendelig av tannleger og tannpleiere, men at en svært høy andel voksne pasienter plasseres i gul pasientkategori, inkludert pasienter som ikke har en aktiv tannsykdom.

(Sundhedsstyrelsen, 2016, 2017, 2023)

I Sveriges nasjonale retningslinjer for tannhelsetjenester er ett av hovedbudskapene at pasienter med høy risiko for dårlig munnhelse, bør undersøkes oftere enn pasienter med lav risiko. Retningslinjene retter seg først og fremst mot de som tar beslutninger om ressurser i tannhelsetjenesten, men er også ment som veiledning for tannhelsepersonell.

(Socialstyrelsen, 2022a)

Det er i dag ingen systematisk bruk av metodevurderinger og kunnskapsoppsamlinger som grunnlag for prioriteringsbeslutninger for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal faglig veileder for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Veilederen skal etter planen sendes på høring i løpet av første halvår 2024. Når det gjelder tannhelseområdet vil Helse- og omsorgsdepartementet komme tilbake til spørsmålet om behov for tilsvarende veiledende materiale etter at tannhelseutvalget har levert sin utredning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

8.6 Klage- og tilsynsordninger

8.6.1 Oversikt

Dagens regelverk gir pasientene mulighet til å klage til flere instanser. Hvem man skal klage til avhenger både av hva pasienten ønsker å klage over og om pasienten har gått til en offentlig eller privat tannlege.

Den som ikke får den hjelp som er bestemt i tannhelsetjenesteloven, kan klage til fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-3. Dette innebærer at pasienter med rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, kan klage hvis de ikke får tannhelsehjelp. Går avgjørelsen klageren imot eller avvises, kan avgjørelsen klages til Statsforvalteren, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-3.

Folketrygden gir hel eller delvis dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av enkelte tilstander, jf. folketrygdloven kapittel 5 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling. Den enkelte tannlege eller tannpleier er ansvarlig for å vurdere hvorvidt et medlem har krav på stønad, jf. forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling § 1 tredje ledd. Helsedirektoratet har lagt til grunn at hvis pasienten ikke har fått riktig stønad, må pasienten kunne ha mulighet til å få Helfos vurdering av kravet, jf. R05-FOR-2816.

En pasient kan søke om dekning av utgifter til tannhelsehjelp etter sosialtjenesteloven. Avslår kommunen søknaden, kan avslaget klages til Statsforvalteren, jf. sosialtjenesteloven § 47.

Pasienter som mener at bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapitlene 3, 4 og § 5-1 er brutt, kan klage til statsforvalteren, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Dette gjelder blant annet klage over manglende informasjon, samtykke og journalinnsyn.

Pasient- og brukerombudet kan ta saker som gjelder forhold i den fylkeskommunale tannhelse-

tjenesten opp til behandling, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 8-3. Ombudet gir blant annet råd og veiledning til pasienter, fungerer som kontaktflate mellom pasient og helsepersonell og gir uttalelser om enkeltsaker, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998–99) kapittel 12 til § 8-7. Ombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 8-4. Ombudets uttalelser er rådgivende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 8-7.

Statens helsetilsyn og Statsforvalteren behandler pasienters anmodninger om tilsyn for brudd på bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven eller tannhelsetjenesteloven, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 7-4.

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten behandler varsler fra pasienter eller nærmeste pårørende om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasienten, jf. lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten § 7.

Politiet behandler anmeldelser av lovstridige forhold, som brudd på taushetsplikt og misbruk av stilling som helsepersonell til å skaffe seg seksuell omgang.

Den som ikke er fornøyd med kvaliteten på helsehjelpen kan ta det opp med helsepersonellet eller helsepersonellet sin overordnede.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler krav om erstatning som følge av svikt ved ytelse av helsehjelp, når tapet er over 10 000 kroner.

Tannlegeforeningens klagenemnder behandler klager over feil under behandling som kan løses ved korrigerende arbeid eller reduksjon i pris på under 10 000 kroner. Ordningen gjelder bare for klager mot tannleger som er medlem av Tannlegeforeningen, og gjelder ikke krav om oppreisningserstatning, rimelighet av pris på behandlingen eller under-/overbehandling. Avgjørelsen er ikke bindende, men tannleger som ikke følger avgjørelsene kan bli ekskludert fra Tannlegeforeningen.

Tannlegeforeningens etikkråd behandler klager på overtredelse av tannlegeforeningens etiske regler.

8.6.2 Tilsynsmyndighetene

Statens helsetilsyn og Statsforvalteren behandler pasienters anmodninger om tilsyn for brudd på bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven eller tannhelsetjenesteloven, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 7-4.

Statens helsetilsyn

Tannhelseutvalget har innhentet opplysninger fra Statens helsetilsyn (Statens helsetilsyn, 2023) som viser at de i perioden 2018–2022 utførte 56 tilsyn med tannleger, 4 tannhelsesekretærer, 1 tann-
tekniker og 4 virksomheter. Tilsyn med tannhelsetjenester utgjorde om lag 3 prosent av Helse-
tilsynet sine tilsynssaker. I samme periode førte Helsetilsynet tilsyn med 372 leger i allmennprak-
sis og 473 sykepleiere.

I sakene om tilsyn med tannlegene ble det påpekt lovbrudd på bestemmelser i helseperso-
nelloven i sju saker, uten at det ble gitt noen admini-
strativ reaksjon. Det ble gitt 8 advarsler, 21 tann-
leger fikk tilbakekalt autorisasjonen og 1 fikk
begrenset autorisasjonen.

Tilbakekallelsen av autorisasjonen skyldtes i
elleve tilfeller tap av godkjenning i utlandet. Rus-
middelbruk gjorde at fem tannleger mistet autori-
sasjonen. Helsetilsynet opplyser at det kun var to
tilfeller hvor uforsvarlig tannbehandling var
eneste grunnlaget for tilbakekall av autorisa-
sjonen.

Av de fire sakene som gjaldt tannhelsesekre-
tærer, fikk tre tilbakekalt autorisasjonen. Den ene
tannteknikeren det ble ført tilsyn med fikk tilbake-
kalt autorisasjonen.

Tre av de fire tilsynene med virksomheter
gjaldt private virksomheter. Det ble konkludert
med intet lovbrudd i to saker og brudd på helse-
personelloven § 13 i en sak.

Det ble ført ett tilsyn med offentlig tannhelse-
tjeneste. Det ble påpekt brudd tannhelsetjeneste-
loven § 1-3, jf. § 1-1, § 1-3 a og § 2-1.

Statens helsetilsyn opplyser (Statens helse-
tilsyn, 2023, s. 4):

«Det har vært få forebyggende/planlagte til-
synsaktiviteter på tannhelseområdet de siste
årene. Det er ikke gjennomført landsomfat-
tende tilsyn for tannhelsetjenesten de siste fem
årene.

Statsforvalterne har heller ikke gjennom-
ført forebyggende, planlagte tilsyn med tann-
helse som eneste tema. Imidlertid har tann-
helse og munnhygiene inngått som en del av
tilsyn med de kommunale pleie- og omsorgs-
tjenestene (sykehjem og hjemmetjeneste) som
ulike statsforvaltere har utført.»

Statens helsetilsyn viser til at det har vært funnet
ikke forsvarlig vurdering, kartlegging eller opp-
følging av pasienter sin munnhelse ved tilsyn med
ni kommuners sykehjem eller hjemmetjeneste.

Statsforvalteren

Statens helsetilsyn har gitt følgende opplysninger
om tilsyn statsforvalterne utførte i perioden 2018–
2022 (Statens helsetilsyn, 2023, s. 2–3):

«Statsforvalterne behandlet i den etterspurte
perioden rundt 300 saker der de førte tilsyn
med helsepersonell og virksomheter i tann-
helsetjenesten, både i private og offentlige virk-
somheter.

Sakene omhandlet 182 tannleger og 123
ulike virksomheter. Kun 9 av de rundt 300
sakene gjaldt annet autorisert tannhelseperso-
nell (tanntekniker, tannhelsesekretær, tann-
pleier).

Av de 182 sakene som gjaldt tannleger
påpekte statsforvalterne lovbrudd i 46 saker.
De oversendte 34 saker til Helsetilsynet for
vurdering av administrativ reaksjon.

Statsforvalterne behandlet 123 saker der de
førte tilsyn med offentlige og private virksom-
heter/tannhelsetjenester. De påpekte lov-
brudd i 17 av disse sakene.

Gjennomgangen av dataene viser at tilsyns-
saker som gjelder tannhelsetjenester kun
utgjør ca. 1 prosent av sakene statsforvalterne
behandlet i den etterspurte perioden.»

Klager på rett til nødvendig tannhelsehjelp

Statens helsetilsyn har gitt følgende opplysninger
om statsforvalternes behandling av klager over
rett til nødvendig tannhelsehjelp (Statens helse-
tilsyn, 2023, s. 3):

«Klager på manglende innfrielse av retten til
tannhelsehjelp, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-1
utgjør en liten andel av det totale antall rettig-
hetskklager. I 2022 behandlet statsforvalterne
totalt 5892 rettighetsklagesaker. Det var bare 4
av klagen som gjaldt tannhelsetjeneste.

I perioden 2018-2022 behandlet statsfor-
valterne kun 10 klager rettet mot ulike fylkes-
kommuner, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-1 om
rett til tannhelsehjelp. 8 vedtak ble stadfestet. 2
vedtak ble hhv. opphevet og endret helt eller
delvis på grunn av feil rettsanvendelse.

Det er ikke anledning til å klage på stats-
forvalternes vedtak i en rettighetsklagesak,
men Statens helsetilsyn kan vurdere saken
som overordnet forvaltningsorgan, jf. forvalt-
ningsloven § 35. Statens helsetilsyn har ikke
behandlet klagesaker som gjelder tannhelse-
tjenester.»

Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg

Kopi av vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg skal sendes til Statsforvalteren, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-6 tredje ledd. Statsforvalteren kan av eget tiltak overprøve vedtaket, og Statsforvalteren er klageinstans om pasienten eller pasientens nærmeste pårørende ønsker å klage, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-7 og 4A-8.

Statens helsetilsyn har opplyst at Statsforvalterne mottok 2 946 vedtak om tvungen tannbehandling til gjennomgang/overprøving i perioden 2018–2022. Statens helsetilsyn skriver (Statens helsetilsyn, 2023, s. 4):

«Av totalt 2659 vedtak om tvungen tannbehandling ble ca. 4 prosent av vedtakene opphevet eller endret.

Av det totale antall gjennomgåtte/overprøvde vedtak i 5-årsperioden utgjorde vedtak om tvungen tannbehandling ca. 12 prosent.

Statsforvalteren etterkontrollerte 9372 vedtak i perioden 2018-2022. Av disse gjaldt 329 tvungen tannbehandling, som utgjør 4 prosent.

Helsetilsynet mottok i 2022 bekymringsmeldinger fra statsforvaltere om utfordringer knyttet til tvungen tannbehandling. Blant annet kan det være for lang ventetid fra en pasient henvises til tvungen tannbehandling, til pasienten faktisk får nødvendig tannhelsehjelp. I noen tilfeller kan det ha gått over et halvt år fra henvisning til behandling. Ved et tilfelle gikk det over ett år fra henvisning til pasienten fikk tannbehandling.»

8.6.3 Pasient- og brukerombudet

Siden 2020 har ansvarsområdet til pasient- og brukerombudet omfattet den offentlige tannhelsetjenesten. I årsmeldingen oppsummerer pasient- og brukerombudet sine erfaringer og arbeid (Pasient- og brukerombudet). For tannhelsetjenesten påpekes følgende i årsmeldingen for 2021 (Pasient- og brukerombudet, 2021, s. 17):

«Pasient- og brukerombudet mottok 102 henvendelser (119 problemstillinger) som handlet om offentlig tannhelsetjeneste i 2021. Av disse dreide nesten 1/3 av sakene seg om opplevd svikt i behandlingstiltaket. Behandlingstiltak kan i denne sammenheng være påstand om skade, eller uventet dårlig resultat. Siden offentlig tannhelsetjeneste ble en del av Pasi-

ent- og brukerombudets ansvarsområde i 2020, har vi mottatt få henvendelser om tjenesten. Vi får minst like mange henvendelser om privat tannhelsetjeneste.

Pasient- og brukerombudet mistenker at det er lite kunnskap i befolkningen om hvem som har rett på tannbehandling dekket av det offentlige. I tillegg har vi inntrykk av at Tannlegeforeningens klageordning eller klagenemnda til Norsk Kjeveortopedisk Forening heller ikke er godt nok kjent.

I årsmeldingen for 2023 (Pasient- og brukerombudet, 2024) oppgis det at ombudet mottok 18 241 henvendelser i 2023, hvorav 111 saker fra offentlig tannhelsetjeneste. Det påpekes også at mange pasienter og brukere ikke kjenner til eller får informasjon om at de har krav på tannhelsetjenester om de har vedtak på helsetjenester en gang i uken og hatt det i minst 3 måneder.

I årsmeldingen for 2023 uttaler ombudet (Pasient- og brukerombudet, 2024, s. 19):

«God tannhelse er vesentlig for matinntak og god helse, men tannhelsetilbudet varierer veldig mellom fylkene og kommunene i landet vårt. I 2022 ble kun 46,6 prosent av langtidsbeboere på sykehjem registrert som vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder. Vi ser ingen tegn til at tilbudet har vært bedre i 2023.»

8.6.4 Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har som oppgave å avgjøre om erstatningssøkere har krav på erstatning og fastsette størrelsen på erstatningen. Norsk pasientskadeerstatning bidrar også med statistiske data til kvalitetsforbedring og skadeforebyggende arbeid i helsetjenesten.

Den private tannhelsetjenesten har vært omfattet av ordningene i Norsk pasientskadeerstatning siden 2009.

NPE ga i 2019 ut rapporten, Ti år med privat helsetjeneste – tannbehandling. I løpet av perioden 2009–2018 mottok Norsk pasientskadeerstatning 3 073 klager over feil ved tannbehandling hos privat tannhelsepersonell. Dette utgjorde 58 prosent av klager over privat helsepersonell, og 6 prosent av alle klager Norsk pasientskadeerstatning mottok (Norsk pasientskadeerstatning, 2019).

Norsk pasientskadeerstatning har laget tabell 8.1 over hva pasienten skal ha fått behandling for da skaden skal ha oppstått.

Tabell 8.1 Pasientskade fordelt etter diagnose. Antall og prosentandel

Type tannlidelse	Medhold	Avslag	Totalt	Andel	Medholds%
Tannkaries	370	283	653	29 %	57 %
Sykdommer i pulpa og periapikalt vev	213	286	499	22 %	43 %
Andre forstyrrelser i tenner og støttevev	179	172	351	15 %	51 %
Gingivitt og periodontale sykdommer	121	132	253	11 %	48 %
Dentofaciale anomalier	25	96	121	5 %	21 %
Andre sykdommer i tennenes hardvev	53	55	108	5 %	49 %
Retinerte tenner	20	77	97	4 %	21 %
Brudd i tann/kjeve	41	43	84	4 %	49 %
Annet	15	30	45	2 %	33 %
Forstyrrelse i tannutvikling	12	22	34	1 %	35 %
Undersøkelse av tenner og tannstatus	13	20	33	1 %	39 %
Totalt	1062	1216	2278	100 %	47 %

Kilde: Norsk Pasientskadeerstatning, 2019.

Norsk pasientskadeerstatning har laget tabellen 8.2 for å vise hva slags behandling som har vært utført. Norsk pasientskadeerstatning oppgir at «annet» er stort sett diagnostisering av forskjellige tilstander, for eksempel tannkjøtt-sykdommer.

Norsk pasientskadeerstatning oppgir at de vanligste formene for skade er tap eller fraktur av tann eller implantat, smerter, infeksjon, nerve-

skade eller at erstatningssøker er misfornøyd med det estetiske resultatet.

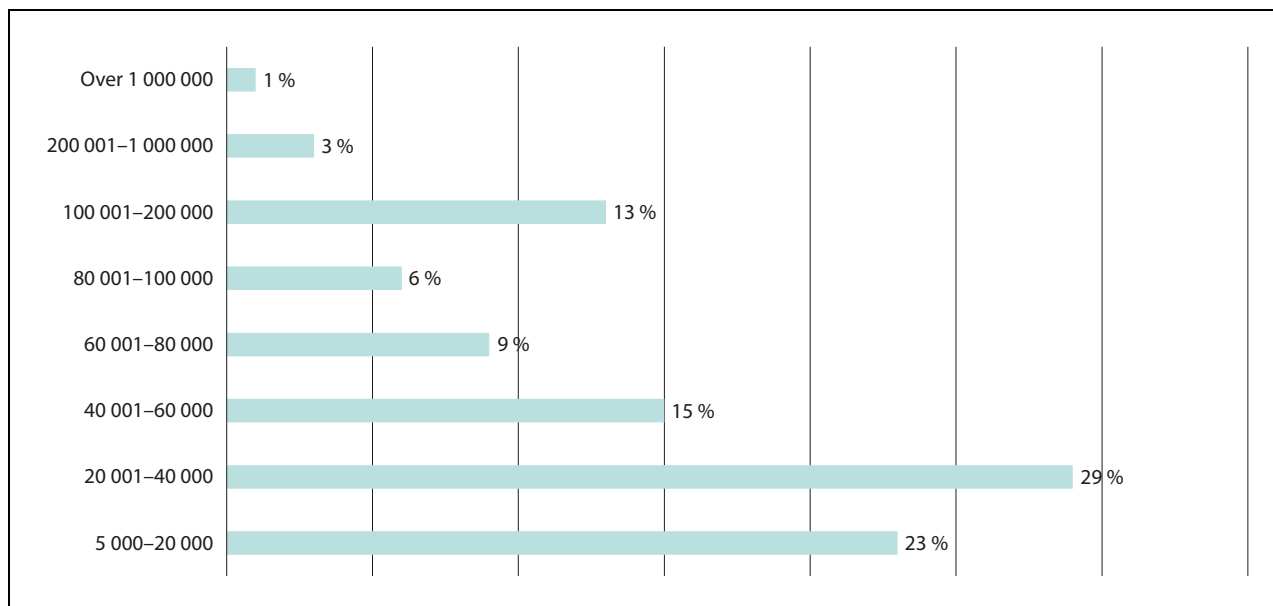
Om årsak til medhold skriver Norsk pasientskadeerstatning (Norsk pasientskadeerstatning, 2019, s. 5):

«Hovedårsaken til at det blir gitt medhold i tannsakene, er at tannbehandlingen ikke har vært utført godt nok. Typiske eksempler er

Tabell 8.2 Pasientskade fordelt etter mottatt behandling. Antall og prosentandel

Behandling	Medhold	Avslag	Totalt	Andel	Medholds%
Kroneterapi/brobehandling	402	262	664	29 %	61 %
Rotbehandling på tann	270	250	520	23 %	52 %
Ekstraksjon og reseksjon av tenner/ tannrot	77	197	274	12 %	28 %
Tannfylling	88	110	198	9 %	44 %
Innsetting av tannimplantat	66	104	170	7 %	39 %
Annet mindre inngrep på tann, kjeve, munn	21	56	77	3 %	27 %
Annet	138	237	375	16 %	37 %
Totalt	1062	1216	2278	100 %	47 %

Kilde: Norsk Pasientskadeerstatning, 2019.



Figur 8.1 Erstatningsnivå for pasientskader. Beløpsintervaller og andel. Prosent

Kilde: Norsk Pasientskadeerstatning, 2019.

ufullstendige rottyllinger, dårlig krone- og brotilpasning og mangelfull oppfølging, ofte gjennom flere år. I en del tilfeller har tannlegen ikke brukt Kofferdam. Kofferdam er en plast som legges over tennene under tannbehandlingen for å skjerme tannen som blir behandlet fra resten av munnhulen.

Mangelfull journalføring er et problem i ni prosent av sakene som har fått medhold. I disse sakene er det vanskelig å vite hva som har vært utført av tannbehandling og hvordan tannbehandlingen har vært utført. På bakgrunn av denne tvilen blir disse sakene vanligvis avgjort til fordel for erstatnings søker».

I perioden ble det utbetalt 81 millioner kroner i erstatning. Gjennomsnittlig utbetaling var på 79 000 kroner, men påvirket av noen få saker med høye utbetalinger. Erstatningsnivået i litt over halvparten av sakene var på mellom 5 000 og 40 000 kroner.

Det er utgifter til tannbehandlingen som vanligvis dekkes, men i noen tilfeller kan svikt i behandlingen føre til tap av inntekt.

Norsk pasientskadeerstatning har laget figur 8.1 for å vise erstatningsnivået.

Norsk pasientskadeerstatning utarbeider også informasjonsartikler om statistikk fra Norsk pasientskadeerstatning. En av disse omhandler rottylling (Norsk pasientskadeerstatning, 2021).

8.7 Helfos kontroll av refusjonskrav

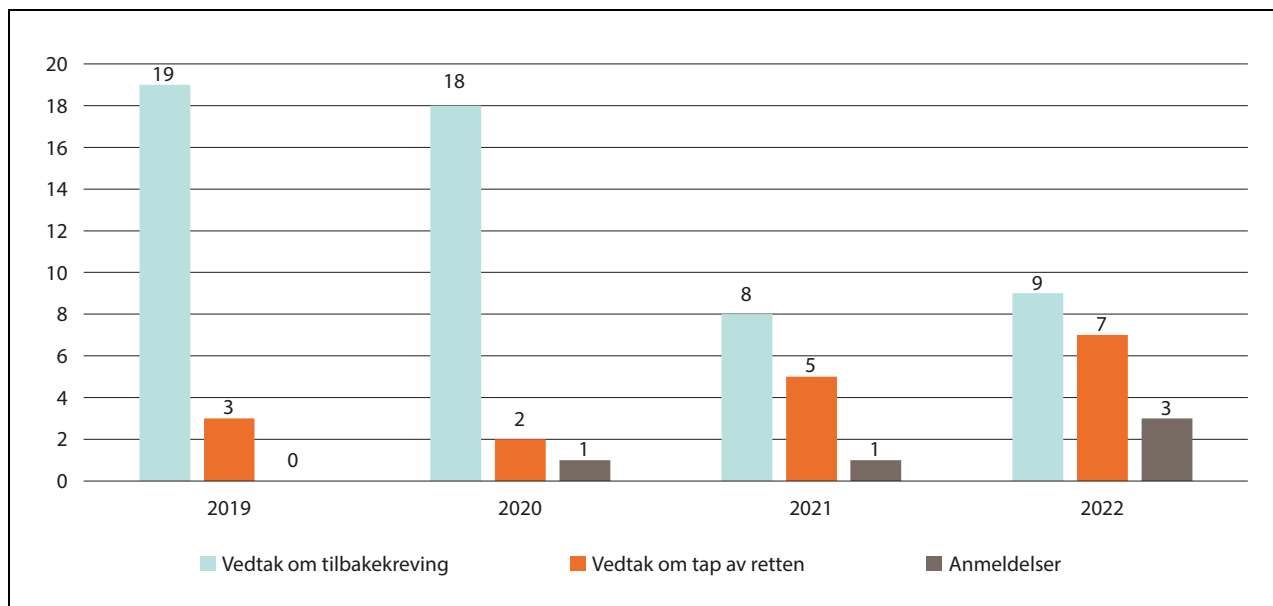
Helfo har ansvar for å avdekke og reagere på økonomisk misbruk og bedrageri av økonomisk vesentlighet i folketrygdens helserefusjonsordning, og formidle kontrollresultatene slik at de bidrar til økt etterlevelse og bygger tillit (Helfo, 2018a).

Refusjonskravene kan bli kontrollert i flere ledd, både når oppgjøret sendes inn og i etterkant. Helfo gjør både automatiske kontroller og etterkontroller. I tillegg hjelper Helfo helseaktørene med å forstå regelverket gjennom informasjon og veiledning (Helfo, 2018b).

Helserefusjonssystemet er bygget på tillit. Det betyr at Helfo tar utgangspunkt i at helseaktørene sender riktige krav. Helfo forvalter årlig i overkant av 45,5 milliarder kroner, og i 2023 mottok Helfo over 1,2 millioner refusjonskrav fra ulike helseaktører (Helfo, 2018b).

De aller fleste som sender krav til Helfo, bruker refusjonsordningene riktig. Noen gjør likevel feil. I 2023 stoppet Helfo refusjonskrav for nesten 1,2 milliarder kroner i automatiske kontroller, og over 97 millioner kroner ble krevd tilbake i etterkontroll (Helfo, 2018b).

Eksempler på feil som automatisk blir stoppet, er duplikatregninger og regninger med ugyldige takstkombinasjoner eller repetisjoner. Også regninger som er sendt inn for sent, blir stoppet (Helfo, 2018b).



Figur 8.2 Helfos virkemiddelbruk i etterkontroller på tannhelseområdet, antall vedtak og politianmeldelser per år. 2019–2022

Kilde: Helfo.

Ved en etterkontroll undersøker Helfo om refusjonen som allerede er utbetalt, er rettmessig. Etterkontrollene gjøres på grunnlag av risiko for feil. Helfo bruker avanserte analyser av data for å avdekke hvor det er høy risiko for økonomisk misbruk. En mulig indikator for feil kan være unormalt høy utbetaling fra folketrygden sammenliknet med tilsvarende helseaktører. Risiko kan også avdekkes ved tips fra pasienter, andre helseaktører eller andre virksomheter og etater (Helfo, 2018b).

Reaksjoner og virkemidler i Helfos etterkontroller er (Helfo, 2018b):

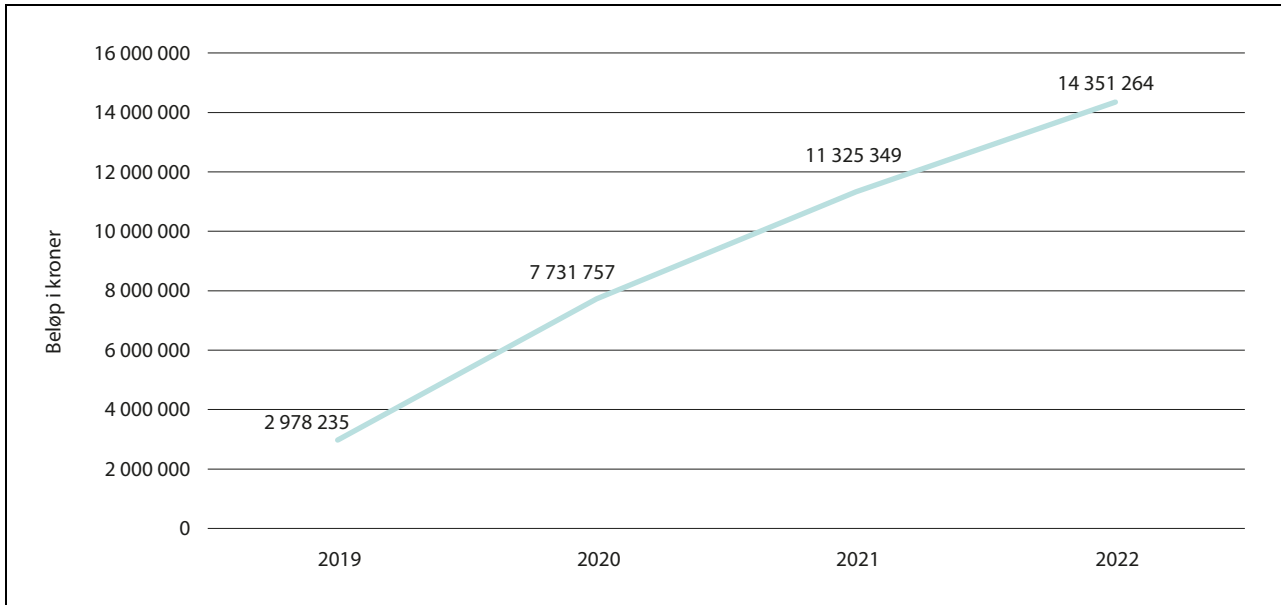
- Pålegg om endring av praksis: Helfo gir en formell advarsel til helseaktøren om å innrette seg etter gjeldende regelverk. Samtidig får helseaktøren informasjon om riktig regelverksforståelse. Pålegg om endring av praksis er ikke et enkeltvedtak, og det kan derfor ikke klages på.
- Krav om tilbakebetaling: Når Helfo oppdager feilutbetalt refusjon, har Helfo plikt til å kreve pengene tilbake. I disse tilfellene sender Helfo først varsel om at de vurderer å kreve tilbake refusjon. Før Helfo fatter vedtak, får helseaktøren mulighet til å opplyse saken ytterligere.

- Vedtak om tap av retten til å praktisere for trygdens regning i inntil fem år: Når Helfo avdekker alvorlige forhold ved en helseaktørs refusjonskrav og ikke lenger har tillit til helseaktøren, kan Helfo fatte vedtak om at helseaktøren mister retten til å praktisere for trygdens regning i inntil fem år. I denne perioden får ikke helseaktøren refusjon fra folketrygden for behandling eller tjenester helseaktøren yter. Når Helfo bruker denne reaksjonen, er det for å hindre framtidig misbruk av trygdens midler.
- Politianmeldelse: Noen kontrollsaker er så alvorlige at Helfo mistenker økonomisk kriminalitet. I slike tilfeller kan Helfo politianmelde helseaktøren.

Helfo publiserer enkelte kontrollresultater på sine nettsider. Basert på publiserte kontrollresultater har tannhelseutvalget laget to figurer:

Figur 8.2 viser virkemiddelbruk i etterkontroller på tannhelseområdet for perioden 2019–2022.

Figur 8.3 viser tilbakekrevd beløp i etterkontroller på tannhelseområdet for perioden 2019–2022.



Figur 8.3 Tilbakekrevd beløp per år i Helfos etterkontroller på tannhelseområdet. Kroner. 2019–2022

Kilde: Helfo.

Kapittel 9

EØS-retten

EØS-avtalen er en avtale mellom EUs medlemsland og Norge, Island og Liechtenstein.

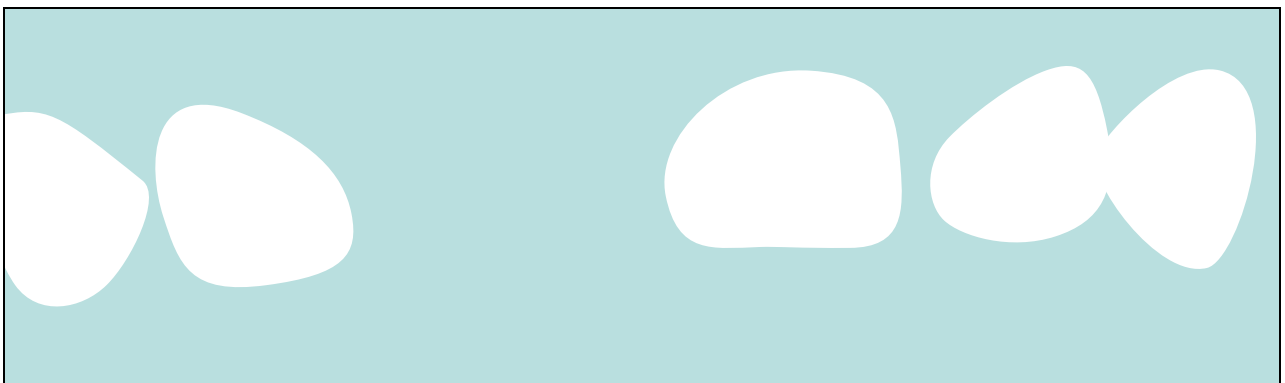
Ifølge EØS-avtalen artikkel 1 nr. 1 er formålet med avtalen å «fremme en vedvarende og balansert styrking av handel og økonomiske forbindelser mellom avtalepartene, med like konkurransevilkår og overholdelse av de samme regler, med sikte på å opprette et ensartet Europeisk Økonomisk Samarbeidsområde, heretter kalt EØS».

For å nå dette formålet har EØS-avtalen regler som skal sikre fritt varebytte og fri bevegelse av personer, tjenester og kapital.

For en generell omtale av de reglene i EØS-avtalen som har størst betydning for organiseringen av helsetjenester, vises det til NOU 2020: 13 kapittel 6.

EØS-retten er et omfattende rettsområde som har betydning for flere punkter i tannhelseutvalgets mandat. Utvalget har hatt et bredt mandat og må derfor begrense seg til å peke på de største risikoene ved EØS-retten. Det vil bli gjort der det er aktuelt i del VI. Det vil være behov for ytterligere utredninger etter at utvalgets utredning er levert.

Del IV
Tjenesteutvikling



Figur 10.1

Kapittel 10

Pågående utviklingsarbeid

Det framkommer av utvalgets mandat at utvalget skal innhente og trekke på erfaringer fra de mange ulike prosjektene og utviklingsarbeidene som har vært gjennomført i tannhelsetjenesten de siste årene, inkludert, men ikke begrenset til: sykehusodontologiprojektet, tilbudet til tortur- og overgrepsofre og personer med sterk angst for tannbehandling (TOO-prosjektet), prosjekt med kommunal tannpleier, kompetanseløft 2025, forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017–2027) og etableringen av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Utvalget er også bedt om å vurdere behov for justeringer i innretningen av aktuelle tiltak i slike tilstøtende arbeider.

10.1 Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet

Det er en pågående forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017–2027), *Sammen om kunnskapsløft for oral helse* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Den er iverksatt for å kunne imøtekomme behovet for forskning, innovasjon og fagutvikling, med mål om en kunnskapsbasert tannhelsetjeneste. Strategien vektlegger samarbeid om forskning innen oral helse og sammenhengen mellom oral helse og øvrig fysisk helse, psykisk helse og livssituasjon. Strategien er en oppfølging av *Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg 21-strategien* hvor det ble framholdt et løft for forskning og innovasjon innen helse og omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Forskning innen orallhelsefeltet er et lite forskningsfelt. Bakgrunnen for strategien var en kartlegging som viste at det hadde vært liten vekst på dette fagfeltet, sammenliknet med andre helsefag og medisin (Rørstad et al., 2014).

Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse har som mandat å bidra i oppfølging av strategien, først og fremst ved å medvirke til dialog og samarbeid mellom aktørene

på feltet. Nettverksgruppen består av medlemmer fra lærestedene som utdanner tannhelsepersonell, tannhelsetjenestens kompetansesentre, TAKO-senteret, fylkeskommunene, og Den norske tannlegeforening. Gruppen har observatører fra Helse-direktoratet og Folkehelseinstituttet.

I forbindelse med HelseOmsorg 21-strategien ble behovet for et kunnskapsløft for kommunene bredt omtalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). I den forbindelse ble det blant annet foreslått at kommunesektoren på sikt burde få et sørge for-ansvar for forskning for, i, med og på kommunene (Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), 2019).

I tillegg til lærestedene er det flere viktige aktører innenfor forskning og innovasjon på orallhelsefeltet. Tannhelsetjenestens kompetansesentre, Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM AS) og Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG) mottar støtte over statsbudsjettet. NIOM mottar også stønad til virksomheten fra de andre nordiske landene. Sentrene omfattes av omleggingen av forskningsfinansieringen for kompetansesentre som mottar stønad over statsbudsjettet. Se nærmere omtale av dette på regjeringen.no (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024a).

Boks 10.1 Oral helse KAG

Klinisk akademisk gruppe (KAG) for oral helse er etablert i Midt-Norge som et samarbeid mellom fagmiljøene ved St. Olavs hospital, NTNU, Kompetansesenteret Tannhelse Midt og den offentlige tannhelsetjenesten i Trøndelag. I Oral helse KAG arbeider forskere og klinikere sammen om utviklings-, innovasjons- og forskningsprosjekter for en helhetlig tjeneste og god oral helse i hele befolkningen. (NTNU et al.)

10.2 Norges forskningsråd

Norges forskningsråd er en sentral aktør i det norske forsknings- og innovasjonssystemet. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer fire budsjettformål: BedreHelse, Behandling, Helse-Vel og Global helse.

I forbindelse med utvalgets arbeid fikk Forskningsrådet i oppdrag å gjennomgå søknadene innenfor oralhelsefeltet. De ble bedt om å se på søknader sendt til departementets budsjettformål og til FRIPRO under Forskningsrådet (en åpen nasjonal konkurransearena for alle fag) og søknader som er sendt til andre budsjettformål i Forskningsrådet for et mer fullstendig bilde av søknadstilfanget innen oral helse. Forskningsrådet utarbeidet rapporten *Forskningsrådets portefølje innenfor oral helse i perioden 2018–2023*. I perioden fra 1. juni 2018 til 31. mai 2023 mottok Forskningsrådet 124 søknader innen oral helse. De viktigste funnene i rapporten er (Forskningsrådet, 2024):

- Av de 124 søknadene er 93 søknader om forsknings- og innovasjonsaktiviteter (FoI), og 31 er søknader om diverse støtteaktiviteter.
- Av de 93 FoI-søknadene er det flest søknader som har anvendt problemstillinger, deretter kommer søknader om grunnleggende forskning og utviklingsarbeid.
- Av de 93 FoI-søknadene er det flest forskerprosjekter, deretter følger kompetanse- og samarbeidsprosjekter og innovasjonsprosjekter.
- Det er flest søknader sendt fra universitets- og høyskolesektoren, deretter følger søknader fra næringslivet og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten (inkl. NIOM). Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo har sendt flest søknader knyttet til oral helse i perioden.
- Søknader til Helse- og omsorgsdepartementets budsjettformål har en overvekt av kompetanse- og samarbeidsprosjekter, etterfulgt av forskerprosjekter og innovasjonsprosjekter.
- Det ble innvilget sju av ti forprosjekt innenfor oral helse i 2018.
- Forprosjekt og utlysninger rettet mot oral helse fremstår å virke mobiliserende på miljøene. Grunnlaget er for lite til å konkludere om forprosjekter har en direkte effekt på kvaliteten på etterfølgende søknader.
- Innvilgelsesprosenten for oralhelsesøknader er, med noen forbehold, på linje med det generelle tildelingsnivået for forskerprosjekter og kompetanse- og samarbeidsprosjekter.
- Fra EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont 2020 (2014–2020) og Horisont

Europa (2021–2027) er det identifisert seks prosjekter med norske partnere innenfor oral helse.

Oppsummert ser det ikke ut til å være en lavere innvilgelsesrate for oralhelsesøknader innenfor forskerprosjekter og kompetanse- og samarbeidsprosjekter enn det generelle tildelingsnivået for denne type søknader.

10.3 Forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelsefeltet

Gjennom ulike initiativ er det etablert flere forsknings- og kompetansesentre innenfor tannhelsefeltet. Sentrene har en viktig rolle i den pågående forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet. Finansering av forsknings- og kompetansesentre er en sentral del av Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar, i tillegg til å bevilge midler til budsjettområdene i Forskningsrådet.

Regjeringen er i gang med endringer i organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023b; Prop. 118 S (2022–2023)). Målet er å oppnå bedre gevinster i form av bedre støtte til kommunene, bedre utnyttelse av helsedata, tettere kobling mellom digitaliseringsarbeidet og tjenesteutviklingen og større synergier mellom det brede folkehelsearbeidet og arbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Å utrede en mer samlet organisering av kompetansesentrene for kommunale helse- og omsorgstjenester er et ledd i dette arbeidet (Meld. St. 9 (2023–2024)). Alle forsknings- og kompetansesentrene innenfor tannhelsefeltet er inkludert i denne utredningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023a). En desentralisert struktur med kompetansemiljøer nær tjenestene skal legges til grunn for arbeidet.

10.3.1 Tannhelsetjenestens kompetansesentre

Stortinget tok initiativ til å utrede etablering av regionale kompetansesentre innenfor tannhelseområdet i 1998. På dette tidspunktet var det svak tannlegedekning i mange områder i landet, og det var mangel på tannlegespesialister flere steder. Begrunnelsen for å etablere regionale kompetansesentre var å styrke fylkeskommunens spesialisttilbud til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og å etablere en desentralisert spesialistutdanning av tannleger

utenfor universitetene i Oslo og Bergen. I tillegg ønsket man også å bygge opp forsknings- og kunnskapsutvikling i regi av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. De to sistnevnte oppgaver er statlige ansvarsområder. Tidligere var kompetanseutvikling og forskning i hovedsak lagt til universitetene i Oslo og Bergen. Etableringen av regionale kompetansesentre var derfor tett knyttet til mer desentralisert utdanning av tannlegespesialister og forskningsvirksomhet. Fylkeskommunene skulle være ansvarlige for kompetansesentrene, og de bestemte den geografiske plasseringen, blant annet basert på muligheter for å rekruttere spesialister i større flerfaglige sentre/klinikker.

Kompetansesenter i Nord-Norge ble etablert i 2003 med bevilgninger over statsbudsjettet. Samtidig ble det over Kunnskapsdepartementets budsjett bevilget midler til å planlegge etablering av tannlegeutdanning i Tromsø. Fylkeskommunene skulle samarbeide om sentrene, og i perioden fram til 2015 ble sentre opprettet i Stavanger, Arendal, Bergen, Trondheim og Oslo. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (Arendal) ble avviklet i 2019, blant annet som følge av utfordringer med rekruttering av spesialister, henvisning av pasienter og tilgang på tannlegespesialister.

I 2024 er det bevilget om lag 123 millioner kroner over kap. 770 Tannhelsetjenester, til de fem regionale odontologiske kompetansesentrene. Målet er å bidra til å bygge opp kompetansemiljøer regionalt som en drivkraft for fagutvikling, forskning og kunnskapsutvikling innen oral helse, i samsvar med forsknings- og innovasjonsstrategien *Sammen om kunnskapsløft for oral helse (2017–2027)*. Tannhelsetjenestens kompetansesentre mottar tilskudd fra staten til følgende oppgaver:

- gi fagstøtte til offentlig og privat tannhelsetjeneste og råd til andre tjenesteområder og befolkningen
- drive forskning og kunnskapsutvikling
- delta i den praktiske/kliniske delen av spesialistutdanning av tannleger

I tillegg har kompetansesentrene ansvar for å tilby spesialisttannhelsetjenester både til pasienter med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og til øvrige pasienter som er henvist til sentrene. Alle sentrene har mulighet for å gi tannbehandling i narkose. Denne delen av virksomheten finansieres av fylkeskommunene, eventuelt av pasientinntekter og i noen tilfeller tilskuddsmidler fra TOO (tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til

tortur-, overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling). Det vil si at finansiering av tannbehandling i narkose der dette er vurdert som nødvendig, inngår i tilskuddsordningen for TOO-tilbudet.

Tannhelsetjenestens kompetansesentre er sentrale i den pågående forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (2017–2027). Fra 2022 ble forskningsfinansieringen lagt om også for tannhelsetjenestens kompetansesentre som mottar midler over kap. 770 i statsbudsjettet (inkl. NIOM og BVG). Dette innebærer at to prosent av grunnbevilgningen omfordeles innenfor rammen basert på sentrenes forskningsindikatorer. Helsedirektoratet står for omfordelingen basert på gjennomsnittlig treårig beregning av forskningspoengene til kompetansesentrene. Midler fra Norges forskningsråd er en av indikatorene ved beregning av forskningspoeng. Flere av sentrene har klart å nå opp i konkurransen om forskningsmidler fra Forskningsrådet. I 2021 var det en vekst i forhold til foregående år som skyldes vekst i publiseringspoengene (fra tidskriftsartikler). I oppfølgingen av forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet er det etablert en Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse som følger opp forskningsstrategien på andre innsatsområder, som møteplasser, samarbeid mv.

Kompetansesentrene har vært og er sentrale når det gjelder fagstøtte, rådgivning og veiledning for tjenestene i utviklingen av tilbudet til tortur- og overgrepsofret og personer med alvorlig angst for tannbehandling (TOO-tilbudet).

En evaluering av tannhelsetjenestens kompetansesentre er gjennomført av PwC Norge, og den ble ferdig høsten 2023 (PriceWaterhouseCoopers AS (PwC), 2023). Evalueringen var på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Bakgrunnen var blant annet at i 2021 fattet Stortinget et anmodningsvedtak (nr. 1164) om at kompetansesentrene skulle evalueres.

Evalueringen peker på at kompetansesentrene ikke lenger er regionale slik intensjonen var ved oppstart, det vil si at fem fylkeskommuner står utenfor ordningen (Møre og Romsdal, Agder, Telemark, Vestfold, Oslo). Videre er det etablert to sentre i Vest: ett i Stavanger og ett i Bergen. Opprinnelig var intensjonen å ha ett fullt senter i Bergen og to avdelinger plassert i Rogaland og tidligere Sogn og Fjordane.

Evalueringen dokumenterer at det foregår en rekke kompetansehevende tiltak for utøvende tjeneste i regi av kompetansesentrene, i tråd med oppdraget.

Boks 10.2 Bedre munnhelse for eldre hjemmeboende

Forskningsprosjektet Connecting ORAL health and home Care (CORAL) har som mål å bedre samhandlingen mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten slik at hjemmeboende eldre med rettigheter skal få bedre tannhelsetjenester. Forskning har vist at det er nødvendig med systematisk tilnærming for å skape god og effektiv samhandling på tvers av profesjoner, forvaltningsnivåer og organisasjoner. Funnet så langt i prosjektet viser at det må utvikles rutiner, møteplasser og digitale løsninger som legger vekt på forebygging, for å unngå at akutte situasjoner oppstår.

Prosjektet finansieres av Forskningsrådet og drives av Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo med Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ) som hovedsamarbeidspartner. Prosjektperioden er 2020–2026.

Evalueringen viser til informasjon om at forskningsaktiviteten ved sentrene har økt de senere årene, og at det har lyktes flere av sentrene å skaffe ekstern forskningsfinansiering gjennom Norges forskningsråd og andre kilder.

Kompetansesentrene har ikke bidratt vesentlig til spesialistutdanning av tannleger og dermed heller ikke til spredning av spesialister. Unntaket er Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN) som har ansvar for all klinisk trening for spesialistkandidater, i samarbeid med Institutt for klinisk odontologi ved UiT Norges arktiske universitet.

10.3.2 Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM AS)

NIOM er et nordisk samarbeidsorgan under norsk eierskap for dentale biomaterialer. Selskapets virksomhet innenfor forskning, materialprøving, standardisering og forskningsbasert opplysningsvirksomhet er rettet mot tannhelsetjenesten og helsemyndigheter i de nordiske landene. NIOM bidrar til at pasienter i nordiske land får sikre og velfungerende biomaterialer. Virksomheten ble grunnlagt i 1972 som institutt underlagt Nordisk ministerråd og ble omdannet til aksjeselskap i 2009.

Staten er eier i NIOM for å sikre nordisk innflytelse i styringen av selskapet. Statens mål som eier er å bidra til best mulig kvalitet og pasientsikkerhet i bruk av tannbehandlingsmaterialer i Norden. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 prosent av aksjene og forskningsinstituttet NORCE (Norwegian Research Centre) eier 51 prosent. Om lag en tredel av finanseringen skjer via Nordisk råd. Helse- og omsorgsdepartementet er NIOMs generalforsamling.

NIOMs mål er:

- å være et ressurscenter for helsepersonell
- å bistå nordiske myndigheter og offentlige instanser med faglig råd om dentale og medisinske biomaterialer
- å være en attraktiv samarbeidsarena for forsknings- og innovasjonsmiljøer
- å være en bærekraftig, konkurransedyktig og attraktiv organisasjon

NIOM mottar i 2024 om lag 32 millioner kroner i tilskudd.

NIOM har fått i oppdrag å lede og ha sekretariatfunksjonen for Nasjonal nettverksgruppe for forskning og innovasjon innen oral helse. Nettverksgruppen ble etablert i forbindelse med oppfølgingen av den pågående forskningsstrategien for oral helse.

10.3.3 Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG)

Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG) er organisert som en enhet i NORCE. Bivirkningsgruppen ble opprettet i 1992 av Helsedirektoratet som en prosjektgruppe under Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen. Utgangspunktet var knyttet til en offentlig debatt om bivirkninger og helseplager som følge av amalgam. Gruppen ble permanent fra 1. januar 1999 med finansiering over statsbudsjettet. I 2024 mottar BVG 7 millioner kroner i tilskudd.

Bivirkningsgruppens hovedoppgaver:

- utredning av henviste pasienter
- informasjon og forskning på bivirkninger relatert til odontologiske biomaterialer
- registrering og overvåking av innsendte bivirkningsrapporter til det nasjonale bivirkningsregisteret for odontologiske biomaterialer

Bivirkningsgruppen bistår Helsedirektoratet med revidering av nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger av odontologiske biomaterialer.

Et fagråd med representanter fra fagområdene medisin og odontologi er knyttet til bivirkningsgruppen.

10.4 Tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling (TOO)

Stortinget fattet 7. mars 2008 følgende anmodningsvedtak (nr. 392): «Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at tortur- og overgrepsofre via henvisning fra fastlege får utredning om terapi og tannbehandling.» Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utarbeide forslag til vilkår for og kostnadsanalyse for tannbehandling for tortur- og overgrepsofre. Rapporten *Tilrettelagt tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi* (Helsedirektoratet, 2010) ble oversendt departementet. Basert på vurderinger og begrunnelser anbefalte direktoratet at tannhelsetilbudet burde utvides til også å omfatte personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi). I statsbudsjettet for 2011 ble det bevilget 2,5 millioner kroner til oppstart av et tilbud, organisert av de regionale odontologiske kompetansesentrene (tannhelsetjenestens kompetansesentre), finansiert som tilskuddsordning på kap. 770. Fra 2016 ble midlene også tildelt den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Helsedirektoratet gjennomførte en evaluering i 2021 som viser at TOO-tilbudet er et viktig tilbud for personene i målgruppen (Helsedirektoratet, 2021a). Den tverrfaglige behandlingen hjelper pasientene med å mestre utfordringene de har med å benytte tannhelsetjenesten og bidrar til positive ringvirkninger til andre deler av livet. Dette stadfestes både av pasientene selv, ansatte i TOO-tilbudet og andre aktører som har tilknytning til tilbudet.

Evalueringen viste videre at det var forhold det var behov for å følge opp for mer enhetlig utøvelse av tilbudet, kontinuerlig kvalitetsarbeid og økt effektivitet. Det var behov for å opparbeide kunnskap, identifisere hva som fungerte godt og mindre godt og å legge til rette for forskning. Det var også behov for en mer enhetlig rapportering, bedre informasjon om tilbudet til publikum og samarbeidende tjenester og tiltak rettet mot pasienter som ikke møter til behandling.

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å følge opp evalueringen. Dette ble gjort i 2022 i samarbeid

med tjenesten, og Helsedirektoratets rapport med forslag til endringer ble levert i mars 2023. Helsedirektoratet har gjort endringer i tilskuddsregelverket for 2024 for å tydeliggjøre kriterier og rammer for tilbudet. Samtidig er det tydeliggjort at det fylkeskommunale ansvaret for TOO-tilbudet også gjelder nasjonalt TOO-arbeid.

Evalueringen viste også at det var behov for økte ressurser. I regjeringens budsjettforlik med SV ble bevilgningen til TOO-tilbudet økt fra 100 millioner kroner i 2021 til 180 millioner kroner i 2022. Det ble også bevilget 180 millioner kroner i 2023. Tannhelsetjenesten har ikke klart å bygge ut tilbudet raskt nok til at bevilgningen de to siste årene har blitt brukt opp. I 2024 er det gjort en midlertidig reduksjon på 20 millioner kroner i bevilgningen.

Ventetid til tilbudet er en utfordring for tjenesten, som rapporterer at målene om maksimalt åtte ukers ventetid før oppstart ikke nås. Det er et flertall av fylker som ved utgangen av 2023 hadde mer enn ett års ventetid, enkelte mer enn to år. Helsedirektoratet kartlegger årsaker til og vurderer mulige virkemidler for å redusere ventetider til tilbudet. Dette gjøres i samarbeid med tjenesten.

Evalueringen viste til at det er behov for en grundig utredning av framtidig organisering og innretning på finanseringen av ordningen.

10.5 Spesialisthelsetjenester: Orale helsetjenester i sykehus

I kapittel 7 *Tannbehandling i spesialisthelsetjenesten* redegjøres det nærmere for tannhelsetjenester til pasienter i spesialisthelsetjenesten.

10.5.1 Sykehusodontologi

Forsøket med sykehusodontologi ble igangsatt som en oppfølging av Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester*. I meldingen framgikk det at tilbudet av orale helsetjenester for innlagte pasienter i sykehus er mangelfullt, og at regjeringen ville iverksette en forsøksordning med tannhelsetjenester til innlagte pasienter i sykehus. Målet med forsøksordningen har vært å framskaffe mer kunnskap om behovet for tannhelsehjelp i den norske befolkningen og bidra til å sikre et forsvarlig helsetilbud i spesialisthelsetjenesten som inkluderer tannhelse. Forsøket ble igangsatt i 2012 og gradvis utvidet til fem sykehus: Universitetssyke-

huset Nord-Norge, St. Olavs hospital, Haukeland universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus. Utgangspunktet for forsøksordningen var en analyse av at pasienter i sykehus ikke undersøkes eller behandles tilstrekkelig for sykdomstilstander i munnhulen. Forsøksordningen er blitt forlenget blant annet fordi enkelte sykehus kom sent i gang. Omgjøringen av forsøksordningen til en permanent ordning fra og med 2022 gir større forutsigbarhet for deltakende sykehus og et bedre tilbud til pasientene. Forsøksordningen er finansiert gjennom tilskuddsmidler på kap. 770 Tannhelsetjenester, og midlene er gitt øremerket gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Bevilgningen er økt gradvis, og har de siste årene utgjort om lag 20 millioner kroner.

Helsedirektoratet gjennomførte en evaluering av ordningen i 2019 og en kartlegging av om lag 2 000 pasienter i 2021 der målet var å få mer kunnskap om behovet for sykehusodontologiske helsetjenester. Evalueringen viste at det er behov for orale helsetjenester i sykehus. Forsøket har styrket den samlede behandlingen av pasientene. Pasientene får raskere behandling og kortere behandlingsforløp i sykehus, særlig de som venter på kritiske operasjoner som transplantasjons-, kreft- og hjertepasienter. Kartleggingen fra 2021 viser at om lag 70 prosent av pasientene har behov eller omfattende behov for tannbehandling. Av disse har sykehusene vurdert at om lag 32 prosent må behandles helt eller delvis på sykehus. En diagnosegruppe som skiller seg ut, er pasienter med svulster. For denne pasientgruppen vurderer man at behovet for å få utført behandling i sykehus er markant større enn i de andre diagnosegruppene. Kartleggingen viser videre at om lag en tredel av pasientene har behov for infeksjonsforebygging. Pasienter med svulster har størst behov for infeksjonsforebyggende behandling, munnstell og lindrende behandling i munnhulen. Videre har om lag halvparten av de undersøkte pasientene behov for forebyggende munnhelseiltak. Pasienter med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser har størst tannbehandlingsbehov blant diagnosegruppene.

I 2020 ble det også igangsatt en kunnskapsoppsummering for å se på sammenhengen mellom oral helse og øvrig helse. Rapporten fra dette arbeidet kom våren 2021 og viser at det er en klar sammenheng mellom ulike typer somatisk/psykisk sykdom og oral helse (Helsedirektoratet, 2021b) (se omtale i kap. 2 Tannhelsen i Norge).

Disse utredningene av forsøksordningen har avdekket at det er behov for en mer enhetlig prak-

sis i spesialisttjenesten når det gjelder orale helsetjenester. Helseforetakene har varierende kompetanse om sammenhenger mellom somatisk/psykisk sykdom og munnhelse. Orale helsetjenester ytes derfor i varierende grad i sykehus. Det er behov for å bidra til en likeverdig tilgang til behandling og bidra til samhandling og gode pasientforløp for orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten. Det krever videre arbeid med hvordan sykehusodontologiske tjenester kan innrettes og bidra til å sikre gode beslutningsgrunnlag for iverksetting.

I 2023 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utrede organisatoriske, juridiske og økonomiske forhold, herunder utvikling av finansieringsløsninger. Formålet med oppdraget er å bidra til en mer enhetlig praksis i spesialisthelsetjenesten når det gjelder orale helsetjenester, og å bidra til likeverdig tilgang til behandling og gode pasientforløp som inkluderer orale helsetjenester.

Kartleggingen fra 2021 avdekket noen diagnosegrupper og pasientgrupper der det er naturlig å vurdere tilbudet nærmere. Direktoratet skal i første omgang følge opp langs to akser: 1) ivaretagelsen av den orale helsen til innlagte pasienter i spesialisthelsetjenesten, og 2) der hvor orale helsetjenester er en nødvendig og integrert del av den medisinske behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023e). Det bes særlig om å vurdere tre stønads punkt i folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling: Stønads punkt 1: sjelden medisinsk tilstand, stønads punkt 3: svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegion for øvrig, stønads punkt 4: infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander. Direktoratet bes identifisere behandlingsforløp hvor tannbehandling er og bør være et element i behandlingen pasienten mottar i spesialisthelsetjenesten. Det vil si å vurdere behandling i spesialisthelsetjenesten der tannbehandling/orale helsetjenester er en nødvendig, integrert del og en forutsetning for behandlingsløpet for pasientene.

10.6 Utviklingsarbeid knyttet til folketrygdens stønad til tannbehandling

10.6.1 Stønads punktene 2 Leppe-kjeveganespalte og 8 Bittanomalier

Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag å utrede to av de alvorligste tilstandene som krever tannregulering (leppe-kjeveganespalte og kraniofaciale lidelser) med sikte på å overføre ansvaret til de regionale helseforetakene.

Helsedirektoratet leverte rapporten til departementet i 2022, og tannhelseutvalget har fått utredningen slik at den kan inngå i utvalgets arbeid og vurderinger.

Flere års utredninger innenfor tannregulering førte fram til en innstramming i vilkårene for de minst alvorlige tilstandene fra 1. januar 2020. Dette ble etterfulgt av et bredt utredningsoppdrag fra departementet våren 2020 som ledet fram til en omlegging og forenkling av takstsystemet fra 1. januar 2022. I dette oppdraget inngikk å vurdere omlegging av organisering og finansiering av tilstander med størst behandlingsbehov (gruppe a) slik at pasienter med slike tilstander i større grad skjermes mot egenbetaling. Tilstandene med størst behandlingsbehov dreier seg i hovedsak om leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale lidelser.

I utredningene, som ble levert i februar 2022, foreslår Helsedirektoratet at folketrygdstønad til tannregulering avvikes for de mest alvorlige tilstandene – leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale lidelser – og at ansvaret for å finansiere og behandle disse tilstandene flyttes til de regionale helseforetakene. I tillegg foreslås det å styrke rettighetene etter tannhelsetjenesteloven for disse pasientgruppene.

Helsedirektoratet har også utført en kostnadsberegning av å inkludere kraniofaciale lidelser i de forslagene som ble lagt fram for leppe-kjeve-ganespalte. Helsedirektoratet leverte dette tillegget i mai 2022.

Utredningsoppdraget og anbefalingene er omtalt i statsbudsjettene for 2021, 2022, 2023 og 2024. I statsbudsjettet for 2024 står det (Prop. 1 S (2023–2024)):

«Takstforenklingen fra mars 2022 var et resultat av et utredningsoppdrag fra departementet, som også inkluderte et oppdrag om å utrede forslag til omlegging av organisering og finansiering av kjeveortopedi (tannregulering) for tilstander med størst behandlingsbehov (gruppe a). Et formål med oppdraget var å fremme forslag som i større grad skjermer pasienter mot egenbetaling. Utredningen ble levert i 2022. Forslagene til omlegging gjelder i hovedsak pasienter med leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander, dette er medfødte tilstander som kan kreve omfattende behandling i spesialisthelsetjenesten. Departementet kommer tilbake til eventuell videre oppfølging i det videre arbeidet på tannhelseområdet.»

10.6.2 Stønads punkt 6 Periodontitt

Helsedirektoratet fikk i 2021 i oppdrag å analysere årsaker til siste års utgiftsvekst innenfor periodontitt, vurdere takstbruken og innretningen av takster og vilkår, samt komme med forslag til eventuelle endringer i takstsystemet innenfor periodontitt.

Helsedirektoratet leverte rapport i juni 2023. Tannhelseutvalget har fått rapporten slik at den kan inngå i utvalgets arbeid og vurderinger.

Helsedirektoratet foreslår å innrette stønaden mot alvorlige tilstander som krever omfattende og målrettet behandling. Hovedtrekkene i forslaget er følgende:

- Stønads punkt 6a: Behandling av marginal periodontitt og periimplantitt
 - Kun personer med periodontitt som krever omfattende behandling, bør omfattes av stønadsordningen.
 - For personer som omfattes av stønadsordningen, gis det stønad til oppfølgingsbehandling.
 - Det innføres nye takster for å ivareta at behandlingen skjer i henhold til allment aksepterte faglige normer for behandling.
- Stønads punkt 6b: Rehabilitering ved tanntap som følge av grav marginal periodontitt
 - Enkelte takster justeres slik at takstsystemet blir smidigere.
 - Det innføres stønad for rehabilitering hvis tannimplantater tapes på grunn av periimplantitt.

Helsedirektoratet redegjør for at konsekvensen av forslagene, for stønads punkt 6a, er at antall personer som får stønad, reduseres betydelig. Stønad foreslås avvirket for pasienter med en mild form for marginal periodontitt som i dag mottar 1–4 behandlinger per år, mens personer som har behov for stønad på grunn av omfattende behandling, vil få en bedre dekning.

Helsedirektoratets argumenter i hovedsak slik for omleggingen:

- Stønad gis i dag til mange pasienter som trolig har en mild form for periodontal sykdom. I 2021 gikk om lag en tredel av utbetalt stønad til marginal periodontitt til tilstander som ble behandlet 1–2 ganger innenfor kalenderåret. Helsedirektoratet viser til at 1–2 behandlinger per år er for lite til å utgjøre en systematisk behandling av marginal periodontitt med sikte på infeksjonskontroll.
- Antall personer som mottar stønad til behandling av periodontitt, øker år for år, men ser ikke

ut til å skyldes økning i omfattende sykdom. I stedet skjer økningen innenfor tilstander som krever et relativt beskjedent omfang av behandling.

- Gruppen som får svært omfattende behandling, er liten.
- Prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet legges til grunn. Det innebærer at det bør gis mest stønad til personer som har behov for omfattende behandling. Stønad bør også gis til oppfølgingsbehandling etter gjennomført behandling, og stønad bør i mindre grad gis til personer med lite behov for behandling.

Forslaget fra Helsedirektoratet er utarbeidet i samarbeid med odontologiske fagmiljøer. Helsedirektoratets vurdering er at den foreslåtte omleggingen er i tråd med faglige anbefalinger der systematisk behandling av marginal periodontitt krever en større og mer målrettet innsats enn det mange pasienter mottar i dag.

Helsedirektoratets rapport fra 2023 er lagt fram innenfor en nøytral ramme, det vil si innenfor nåværende utgiftsnivå på kap. 2711 post 72 til refusjon av periodontal behandling (stønadspunkt 6a og 6b). Det er ikke sett på innsparingsvirkningen som oppstår dersom færre personer oppnår dekning av egenandeler over frikort for helsetjenester.

10.6.3 Stønadspunkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag å utrede gruppen som inngår i stønadspunkt 7 Tannutviklingsforstyrrelser.

Stønadsordningen gjelder i hovedsak medfødte lidelser. Personer med slike lidelser har rettigheter i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten fram til og med 20 år. Dette er et tannhelseproblem som varer livet ut, og den første «permanente behandlingen» kan ofte ikke gjøres på faglig forsvarlig måte før kjevene er fullutviklet. Pasientene er da i alderen 20–25 år og kan ofte ende opp med en betydelig egenbetaling.

Arbeidet med oppdraget er foreløpig ikke igangsatt.

10.6.4 Stønadspunkt 14 Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2023 (Meld. St. 2

(2022–2023)) følgende anmodning: «Stortinget ber regjeringen sikre at pasienter med psykiske helseplager som etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling § 1 nr. 14 har rett til stønad til tannbehandling, beholder rettighetene i seks måneder etter at de sterkt nedsatte evnene til egenomsorg er gjenopprettet.» (Innst. 490 S (2022–2023)).

Helsedirektoratet fikk i 2024 i oppdrag å kostnadsberegne en utvidelse av rettighetene etter stønadsforskriftens § 1 nr. 14, slik Stortinget har skissert i sitt vedtak.

10.7 Samhandling

10.7.1 Kommunal tannpleier

Stortingets anmodningsvedtak nr. 851, 8. juni 2017 om tannpleierkompetanse i kommunene, ble fulgt opp i budsjettet for 2020, og det ble varslet at man ville følge opp vedtaket på to måter. Det første var at man ville gjennomføre en kunnskapsoppsummering, og det andre at man ville utarbeide et forprosjekt om kommunal tannpleie. Det første oppdraget fikk Folkehelseinstituttet (FHI), og det andre oppdraget fikk Helsedirektoratet.

Begge oppdragene er gjennomført. Helsedirektoratet har utarbeidet forprosjekt om kommunal tannpleier. Arbeidet har blant annet bygget på Folkehelseinstituttets kunnskapsoppsummering *Tannpleietiltak for å bedre oral helse hos personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og andre prioriterte grupper* (Dahm et al., 2020). Rapporten fra 2020 oppsummerte resultater fra seks systematiske oversikter, inkludert 62 studier, derav 35 randomiserte kontrollerte forsøk, om effekt av tannpleietiltak til eldre på sykehjem, personer med alvorlig psykisk lidelse og personer med utviklingshemming. Folkehelseinstituttet finner at kunnskapsgrunnlaget kjennetegnes hovedsakelig ved få og små studier. Dette viser at forskning på orale helseforhold hos de aktuelle persongruppene er mangelfull.

Av de ulike gruppene som har lovfestet rett til tannhelsehjelp fra offentlig tannhelsetjeneste, er andelen som mottar tjenester, lavest blant personer som mottar hjemmesykepleie. 27,5 prosent i 2018 og 21,6 prosent i 2022 (KOSTRA). Av beboere på institusjon, er 85,3 prosent i 2018 og 89 prosent i 2022 under tilsyn. Andelen undersøkte/behandlet blant personer som mottok hjemmesykepleie, var 21 prosent i 2018 og 15 prosent i 2022. Av beboere på institusjon mottok 75 prosent i 2018 og 76 prosent i 2022 tannbehandling.

Utfordringen med samhandling om de hjemmeboende (med hjemmesykepleie) og de på institusjon med rett til tannhelsetjenester er godt kjent. Flere fylkeskommuner og kommuner er i gang med ulike prosjekter rettet mot denne problemstillingen. Et av disse er Tannhelsehjelpen som er en digital plattform som knytter den offentlige tannhelsetjenesten sammen med helse- og omsorgstjenesten, for å gi trygge og gode tjenester for pasientene uavhengig av sted. Se nærmere omtalen i boks 10.3. Et annet prosjekt som er verdt å nevne i denne sammenhengen, er Smartjournalprosjektet. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland har i samarbeid med Tannhelse Rogaland utviklet et digitalt verktøy som skal bidra til å bedre den orale helsen på sykehjem (Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland).

Hedmark fylkeskommune og Hamar kommune har gjennomført et prosjekt med kommunal tannpleier tilknyttet hjemmetjenesten. Prosjektet var vellykket, men er ikke blitt videreført. Suksesskriteriet i prosjektet var at tannpleieren hadde to halve stillinger, det vil si ansettelse i kommunen ved siden av den ordinære stillingen i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det er gjort tilsvarende erfaringer i Sverige (Nyström et al., 2017).

Helsedirektoratet, tannhelsetjenesten i Nordland fylkeskommune og tre kommuner i fylket er i gang med et pilotprosjekt med kommunal tannpleier. Prosjektet mottar midler over statsbudsjettet. I tillegg bidrar fylkeskommunen med lokal prosjektleder fra tannhelsetjenesten over egen ramme. Målgruppen er eldre langtidssyke og uføre i institusjon og personer som mottar hjemmesykepleie (tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c). Samhandling mellom helsetjenestene er en viktig føring for prosjektet. Forprosjektet har pekt på at kommunal tannpleier får en viktig oppgave i å bidra til opplæring og veiledning av personell i kommunen og etablering av rutiner, slik at pasienter får god og riktig oppfølging med daglig tann- og munnstell i tråd med lov og forskrift. Tannpleier skal også bidra til at tann- og munnhelse vurderes inn i planarbeid og andre prosesser som pågår i kommunen. Tannpleier skal dessuten legge til rette for at pasienter som har rett til gratis tannbehandling ved offentlig tannklinikk, får informasjon om tilbudet. En løsning med to arbeidsgivere, tilsvarende Hamarprosjektet, er valgt for at kommunal tannpleier skal være forankret i begge tjenester og være kjent med rutiner, kultur og rammer på begge forvaltningsnivåer. Senter for omsorgsforskning (SOF) skal følgeevaluere prosjektet. Evalueringen skal leveres innen utgangen av 2025.

Boks 10.3 Tannhelsehjelpen er en digital samhandlingsplattform

«Tannhelsehjelpen» er en digital samhandlingsplattform som knytter den offentlige tannhelsetjenesten sammen med helse- og omsorgstjenesten i kommunen, for å gi trygge og gode tjenester for pasienter uavhengig av hvor de befinner seg (Tannhelsehjelpen). Viken fylkeskommune gjennomførte i 2022–2023 et utviklingsprosjekt der plattformen er prøvd ut i enkelte virksomheter/institusjoner i kommuner. Målet med prosjektet er at eldre med helsehjelp i hjemmet og beboere i institusjon skal ha en akseptabel munnhelse. I tillegg skal helse- og omsorgspersonell få økt kompetanse om tann- og munnhelse, og samarbeidet mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste skal utvikles og bedres. Etter testperioden er det videreutviklet en ny versjon av plattformen med flere funksjoner.

Oral helse skal være en integrert del av et samlet tjenestetilbud til personer som har vedtak om helsetjenester i hjemmet, eller opphold i institusjon. Tannhelsepersonell kan også være representert i ulike team i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunal tannpleier skal medvirke til å etablere gode rutiner og god samhandling mellom helsetjenester på ulike forvaltningsnivåer.

10.7.2 Samhandlingsprosjektet

I oppfølgingen av Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester*, ble det satt i gang et samarbeidsprosjekt rettet mot pasienter med generelle diffuse helseplager som pasientene selv mistenkte var relatert til tannfyllinger.

Det ble etablert to delprosjekter. Det ene rettet seg mot pasienter med vedvarende helseplager som de tilskrev amalgamfyllinger, selv om fyllingene var fjernet. Delprosjektet Integrated Medical Care Rehabilitation (IMCR) ble gjennomført ved Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) i samarbeid med andre relevante forskningsinstanser. Et lite antall pasienter ble rekruttert til studien og ble

med det tilbudt et sammensatt behandlingsprogram. Ifølge sluttrapporten (Musial, 2016) indikerer studien en reduksjon av symptombelastningen og økt livskvalitet. Det er viktig at resultatene vurderes med behørig varsomhet, gitt at dette er en gjennomførbarhetsstudie, ikke en effektstudie.

Det andre delprosjektet rettet seg mot pasienter med generelle helseplager som de selv tilskrev eksisterende amalgamfyllinger. Prosjektet ble gjennomført ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG). Målet har vært å måle helseplager og livskvalitet hos pasientene før og etter fjerning av amalgamfyllinger, og å sammenlikne endringer over tid med relevante kontrollgrupper. Studien har et lavt antall pasienter. Disse har gjennomgått strenge inklusjonskriterier av tannlege i samspill med fastlege. Studien viste at pasienter med medisinsk uforklarlige fysiske symptomer som de knyttet til amalgamfyllinger, fremdeles hadde en signifikant reduksjon i helseplager fem år etter fjerning av amalgamfyllinger.

Resultater fra den kliniske delen av studien ble publisert i 2020 (Björkman et al., 2020), og i 2022 ble en oppfølgingsartikkel publisert (Lamu et al., 2022). En oppsummeringsrapport er overlevert Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet (Björkman et al., 2022).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere samarbeidsprosjektet og eventuelle endringer i IS-1481 *Retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologisk materiale*. Revidering av retningslinjen pågår.

10.8 Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

Den offentlige tannhelsetjenesten og den private tannhelsetjenesten omfattes av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Det er igangsatt en rekke ulike initiativ innenfor helse- og omsorgssektoren som har til hensikt å bidra til å styrke tjenestenes kvalitetsarbeid og arbeid med pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet forstås som at pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade, som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme.

Det er imidlertid stor forskjell i innsatsen innenfor de kommunale helse- og omsorgs-

tjenestene, inkludert tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på dette feltet. Det er ulike årsaker til dette, noen historiske, noen organisatoriske, hvor også ressurser og fagtradisjoner spiller inn. Denne rapporten går ikke nærmere inn på årsakene til at det er slik, men nevner det fordi det er så tydelig at flere initiativ som er iverksatt innenfor andre deler av sektoren er underutviklet innenfor tannhelsetjenesten.

10.8.1 Kvalitetsregistre

Medisinske kvalitetsregistre samler informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper. Formålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandlingen og å redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. I 2020 er det 51 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre). Bare ett kvalitetsregister finnes innenfor det odontologiske fagområdet, og det er Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte (Helse Bergen. Haukeland universitetssjukehus).

10.8.1.1 Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Kommunalt pasient- og brukerregister er under etablering for alle helsetjenester i primærhelsetjenesten. Når rapportering fra tjenestene er på plass, vil det gi et bedre grunnlag for å etablere kvalitetsregistre innenfor ulike områder av tannhelsetjenesten. KPR vil kunne fungere som datakilde for etablering og kvalitetssikring av et kvalitetsregister, og gi oversikt over hvilke områder eller behandlinger i tannhelsetjenesten som er egnet for et mulig kvalitetsregister.

I tildelingsbrevet for 2023 fikk Helsedirektoratet et eget oppdrag om å levere datagrunnlag fra et mest mulig representativt utvalg av pasienter som ble behandlet i tannhelsetjenesten. Helsedirektoratet har utført oppdraget gjennom en ekstraordinær datafangst til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) fra den offentlige tannhelsetjenesten. Statistikk er levert fra KPR og Norsk pasientregister (NPR), inkludert opplysninger fra offentlig tannhelsetjeneste. Dette er første gang det er samlet inn individbaserte registerdata fra offentlig tannhelsetjeneste i hele Norge. Oppdraget innebar også å levere, innhente og sammenstille statistikk fra KPR om private tannhelsetjenester. Helsedirek-

toratet har pålagt deler av privat tannhelse å rapportere til KPR.

Tannlegeforeningen klaget i november 2023 til Datatilsynet på at Colosseum tannlege, Odontia AS og Oris Dental plikter å innrapportere opplysninger til Kommunalt pasient- og brukerregister. Kjedene har ikke villet levere data til KPR før de har fått tilbakemelding på klagen til Datatilsynet. Datatilsynet sin tilbakemelding på klagen kom april 2024. Det innebærer at det ikke har vært mulig å framskaffe data fra privat tannhelsesektor til tannhelseutvalgets arbeid. Se nærmere omtale i kapittel 1.

Folkehelseinstituttet arbeider nå videre med å etablere en permanent løsning for innmelding av tannhelsedata til KPR fra både offentlig og privat tannhelsetjeneste.

10.8.1.2 *Implantatregister – utredet og foreslått etablert*

Det er allerede utredet og foreslått etablert kvalitetsregister knyttet til implantat. Endelig avgjørelse om etablering er stilt i bero i påvente av permanent innmelding av data fra tannhelsetjenesten til KPR.

En vanlig behandlingsform i tannhelsetjenesten er implantater som erstatning for tapte eller manglende tenner. Se nærmere omtale i kapittel 2. Hvert år settes det inn et stort antall tannimplantater i Norge, men uten at det finnes en oversikt over det totale antallet eller hvilke produkter som er benyttet. Tannimplantatbehandling representerer en betydelig økonomisk utgift både for den enkelte pasient og for det offentlige.

I perioden 2017–2020 ble det bevilget midler til gjennomføring av pilotprosjektet *Prospektiv registrering av implantatretinert oral rehabilitering*. Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved Norwegian Research Centre (NORCE), Tannhelsetjenestens kompetansesenter – Rogaland, og Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen (UiB). I prosjektrapporten vises det til at det årlig blir satt inn ca. 15 000 tannimplantater med refusjon, og at refusjonsbeløpet for disse utgjør ca. 100 millioner kroner (Lygre et al., 2020). I tillegg betaler pasientene ofte en egenandel/egenbetaling. Antall tannimplantater uten Helfo-refusjon er ikke tilgjengelig, men det antas at disse utgjør vel halvparten av antall innsatte implantater. Det er beregnet at de totale årlige

utgiftene til innsetting av tannimplantater kan være rundt 400 millioner kroner. I tillegg kommer det kostnad for protetiske overkonstruksjoner. Samlet utgjør kostnadene knyttet til revisjon av behandlingen store utgifter. Det mangler også data på varighet og hvor ofte implantat må skiftes/erstattes.

Prosjektet registrerte implantatbehandling hos pasienter som fikk satt inn eller fjernet/mistet tannimplantater. Formålet var å undersøke om metodene for innsamling av data ville kunne fungere for et nasjonalt register for tannimplantater. Videre ønsket man å undersøke om den informasjonen som kunne innhentes via registreringsskjemaene, var relevant og tilstrekkelig til å kunne avdekke statistiske forskjeller som har betydning for en vellykket implantatbehandling.

Fra september 2018 til september 2020 registrerte fem tannklinikker i Rogaland og Hordaland informasjon om til sammen 1 245 innsatte implantater fordelt på 725 pasienter, og 34 fjernede/tapte implantater fordelt på 34 pasienter. Tannklinikkene fikk valget mellom en papirbasert eller en elektronisk registreringsløsning. Samtlige klinikker valgte den elektroniske løsningen. Rutinene/metodene for innsamling av data ble evaluert av representanter ved klinikkene, og alle uttrykte at det fungerte bra. Dataene var relevante og analyserbare, og det indikerer at det er mulig å få til en god registrering av implantatbehandling.

EUs innføring av «Unique Device Identification (UDI)», som er merking av medisinsk utstyr (European Union, 2020), gjør det mulig å dokumentere alle dentale materialer og elektromedisinsk utstyr som har vært brukt i behandlingen av den enkelte pasient på en god og presis måte. ID-nummeret kan legges direkte inn i EPJ-løsninger med en strekkode, hvor produkter kan identifiseres helt ned på enkeltpakningsnivå. EU har en åpen database med API-funksjonalitet hvor EPJ-løsningen kan gjøre direkte oppslag for å identifisere produktene. Nytteverdien av slike løsninger er stor fordi den innebærer sporbarhet, kvalitetskontroll, bedre journalføring osv. Det vil også være behov for å utvikle nye arbeidsrutiner som er effektive i den kliniske hverdagen.

Et nasjonalt tannimplantatregister vil kunne fange opp uegnede produkter og prosedyrer, være et verdifullt verktøy for kvalitetssikring og forskning, og slik sett være et viktig element i pasientsikkerhet. Det vil også bidra til at Norge oppfyller kravene til merking av medisinsk utstyr.

10.8.2 Faglig veileder for prioritering

I prioriteringsmeldingen (Meld. St. 38 (2020–2021)) var ett av tiltakene å utarbeide en nasjonal faglig veileder for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet er i gang med arbeidet, jf. kapittel 8.5. Helse- og omsorgsdepartementet har sagt at de vil komme nærmere tilbake til spørsmålet om behov for prioriteringsveileder for tannhelsetjenesteområdet, etter at tannhelseutvalget har levert utredningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

10.8.3 Kompetanseløftet 2025

Kompetanseløftet 2025 (K2025) er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Kompetanseløft 2025 skal bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Presentasjon av tiltakene i K2025 er fordelt under fire tjenesteområder, hvorav tannhelsetjenesten er et av dem. Videre er tiltakene fordelt i strategiområder innenfor hvert tjenesteområde. Departementet har gitt Helsedirektoratet ansvar for å gjennomføre Kompetanseløft 2025.

Innsatsområdet rekruttere, beholde og utvikle personell. Disse tiltakene retter seg mot tannhelsetjenestene:

Tilskudd for etablering av stillinger for spesialister i pedodonti: Det er et mål å bidra til god tannhelse blant barn og unge og redusere ulikhet i tannhelse i denne gruppen. Tilskuddet bidrar til tilgang til spesialister i pedodonti i den offentlige tannhelsetjenesten og ved tannhelsetjenestens kompetansesentre.

Kvalifiseringsprogram for tannleger utdannet utenfor EU-/EØS-området: Universitetet i Bergen mottar tilskudd til et kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning utenfor EU-/EØS-området. Målet er å tilpasse oppnådd odontologisk grunnutdanning utenfor EU-/EØS-området med norsk, integrert master i odontologi.

Etterutdanning for tannpleiere: Nasjonale helsemyndigheter har ansvaret for spesialistutdanningen av tannleger. I tillegg medfinansierer nasjonale myndigheter etterutdanning for tannpleiere. Se omtale i kapittel 10.10.4.

Innsatsområdet *kommunal sektor som forskningsaktører, fagutviklings- og opplæringsarena.* To områder omfatter tiltak rettet mot tann-

helsetjenesten. Det ene er tilskudd til tannhelsetjenestens kompetansesentre. Se omtale under kapittel 10.3. Det andre er tilskudd til praksisplasser for tannpleierstudenter ved Høgskolen i Innlandet. Ordningen bidrar til å gi tannpleierstudentene ved Høgskolen i Innlandet variert klinisk praksis i den offentlige tannhelsetjenesten.

Innsatsområdet *Ledelse, samhandling og planlegging.* Det gis tilskudd til nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten som gir 30 studiepoeng på mastergradsnivå. Målgruppen er ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Utdanningen skal bidra til kompetente ledere i helse- og omsorgstjenestene som kan håndtere sektorens behov for endring, utvikling og innovasjon.

Videre er prosjektet tannhelsedata i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ett av innsatsområdene.

10.8.4 Antibiotikabruk, smittevern og antibiotikaresistens i tannhelsetjenesten

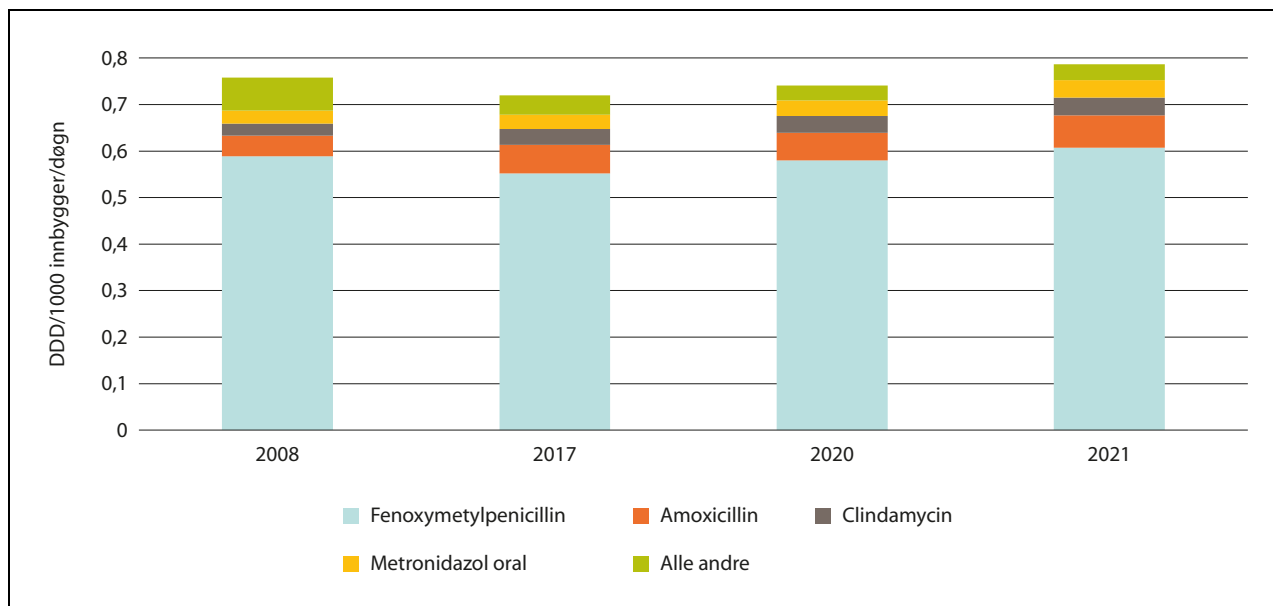
Det er begrensede data om tannlegers kunnskap om antimikrobiell resistens, smittevern, etterlevelse av retningslinjer og forskrivningspraksis. Odontologistudenter rapporterer om manglende kunnskap om antimikrobiell resistens og trygghet på retningslinjer og forskrivningspraksis (Bajalan et al., 2022). Slik kunnskap er viktig for at tannhelsetjenesten skal bidra til korrekt infeksjonsforebygging og antibiotikabruk (Buonavoglia et al., 2021).

Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for profylaktisk antibiotika i tannhelsetjenesten og for odontologiske infeksjoner (www.helsedirektoratet.no).

Folkehelseinstituttet kan via Legemiddelregisteret overvåke data over legemidler som er forskrevet av tannhelsetjenesten.

Rundt fem prosent av alle antibiotikadøgn-doser i primærhelsetjenesten brukes i tannhelsetjenesten. Det er ikke kjent hvilke diagnoser tannleger forskriver antibiotika for. Dataene viser at det hovedsakelig forskrives smalspektret antibiotika som fenoksymetylpenicillin, jf. figur 10.2. Mellom 2008 og 2017 var det en trend i tannhelsetjenesten mot å forskrive mer bredspektrede antibiotika (Blix & Enersen, 2018). Det finnes ikke data i Norge over pasienter i tannhelsetjenesten som utvikler en helsetjenesteassosiert infeksjon, eller som smittes med en resistent mikrobe.

Tannlegeforeningen (NTF) opprettet i 2016, i tråd med tiltak 7.1 i Handlingsplan mot anti-



Figur 10.2 Antibiotikaforskriving i tannhelsetjenesten. 2008, 2017, 2020 og 2021

Kilde: Folkehelseinstituttet.

biotikaresistens i helsetjenesten, en fagkomité for antibiotikabruk. I 2018 ga NTF fagkomitéen i mandat å jobbe med smittevern. I 2016 ble det utviklet faglige anbefalinger for smittevern i klinisk odontologisk praksis (Den norske tannlegeforening). Tannlegeforeningen har utviklet nettbaserte kurs innen smittevern som er lagt ut på nettet. Det arbeides med beredskap generelt og helseberedskap spesielt, og Tannlegeforeningen er en pådriver for å inkludere hele tannhelsetjenesten i dette arbeidet. En forskriftsendring om opprettelse av beredskapslagre og oppbevaring av smittevernutstyr for hele tannhelsetjenesten trådte i kraft i 2023.

Noen områder innen smittevern og antibiotikabruk i tannhelsetjenesten har behov for styrking. I evalueringsrapporten for Handlings-

plan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten ble det anbefalt å utvide undervisningspakken Riktigere antibiotikabruk i kommunene (RAK) til også å omfatte tannhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2023a). Som en integrert del av RAK vil det være ønskelig å bedre overvåkingen av antibiotikabruk i tannhelsetjenesten gjennom Lege-middelregisteret.

I forbindelse med at smittevern i helse- og omsorgstjenesten ble gjennomgått (Eriksen-Volle et al., 2023), fant man flere forbedringsområder for å styrke smittevernet. Et funn var at det er flere utfordringer innen smittevern og beredskapsområdet i én-til-én-helsetjenester som tannhelsetjenestene, enn det er i helseinstitusjonene.

10.9 E-helse og digitalisering

Digitalisering er å bruke teknologi til å forbedre, forenkle og fornye. Det handler om å tilby nye og bedre tjenester som legger til rette for økt verdiskaping og innovasjon.¹

Norge er blant de ledende landene i Europa på digitalisering og kom på tredjeplass i 2020 på DESI-indeksen (Digital Economy and Society Index) (European Union, 2024). Norge gjør det særlig godt på offentlige digitale tjenester, blant annet innenfor indikatorene «brukere av eforvalt-

Boks 10.4 Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP)

Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) er et nasjonalt kompetansesenter med formål å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten og på den måten redusere utviklingen av antibiotikaresistens i Norge. Sentrets aktivitet retter seg også mot tannhelsetjenesten (Antibiotika.no).

¹ Sintef sin beskrivelse av begrepet digitalisering

ningsløsninger». Videre gjør vi det godt innen digital kompetanse.

Digitalisering gir store muligheter for å utvikle vår felles helsetjeneste til det beste for alle. I Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* vil regjeringen legge til rette for at digitale løsninger understøtter en helhetlig samhandling mellom personell. Digitale løsninger skal også bidra til å styrke mulighetene pasienter, brukere og befolkningen for øvrig har til å ta aktivt del i spørsmål om egen helse.

10.9.1 Norsk helsenett SF

Norsk helsenett SF (NHN) skal som nasjonal tjenesteleverandør legge til rette for trygge digitale tjenester og infrastruktur til helsesektoren. De nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, Helsenorge og Helsenett forvaltes og drives av Norsk helsenett. Selskapet er et statsforetak eid av Helse- og omsorgsdepartementet.

10.9.1.1 Helsenett

Norsk helsenett bygger og administrerer Helsenettet, som er et medlemsnettverk for samhandling i helsetjenesten. Her kan aktørene i helse- og omsorgstjenesten dele pasient- og personopplysninger innenfor trygge og lovlige rammer. Medlemskapet i Helsenettet gjør det enklere for virksomhetene å ivareta databehandleransvaret sitt og å følge norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen). Leverandører kan også tilby tjenester og fagsystemer gjennom Helsenettet, som har en robust og sikker infrastruktur.

Om lag 90 prosent av den private tannhelsetjenesten i Norge har vært medlem av Helsenettet siden 2011/2012. Fra 2013 er alle tannleger som mottar stønad over folketrygden, medlemmer. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har fra 2020 vært pålagt å være medlem i Helsenettet.

Det arbeides med at henvisninger fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til private tannhelsetjenester skal foregå med elektronisk meldingsutveksling. Det sikrer bedre samhandling og etterlevelse av regelverket. Noen av utfordringene så langt er at meldingsutvekslingen ikke er oppdatert eller tilpasset tannhelsetjenestens behov.

10.9.1.2 E-resept

E-resept er en tjeneste som tilbys fra Norsk helsenett (NHN). For å få tilgang til e-resept må tann-

legenes journalleverandører enten utvikle integrasjon til reseptformidleren selv, eller benytte NHNs forskrivningsmodul. Den er nå i ferd med å bli erstattet med en sentral forskrivningsmodul. NHN tar imot leverandører for test og godkjenning etter hvert som leverandørene har gjort ferdig sin utviklingsdel for integrasjon med sentral forskrivningsmodul. Etter godkjent integrasjon har leverandøren dialog med aktuelle tannklinikker for å starte en begrenset utprøving. Fungerer denne utprøvingen godt vil leverandørene kunne starte innføringen for alle sine tannklinikker. Flere leverandører er i prosess for å bli godkjent. NHN har ingen rolle i innføringen, men stiller med dokumentasjon og opplæringsmateriell.

10.9.1.3 Kjernejournal

Kjernejournal er en enkel og sikker samhandlingsløsning for helse- og omsorgssektoren som gir rask tilgang til vesentlige helseopplysninger om pasienten som det er viktig at helsepersonell vet om. Kjernejournal erstatter ikke pasientens elektroniske pasientjournal. Kjernejournal er underlagt strenge krav til sikkerhet, og det er kun helsepersonell med tjenstlige behov som har tilgang til informasjonen. Formålet med den nasjonale kjernejournalen er å øke pasientsikkerheten ved å bidra til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten (Kjernejournalforskriften, 2013).

Tannhelsetjenesten har søkt om tilgang til kjernejournal, men er så langt ikke omfattet og prioritert i arbeidet med innføringen av kjernejournal for helsetjenesten. Innføring av kjernejournal er prioritert til fastleger og spesialisthelsetjenesten, og kjernejournal skal nå innføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Eventuell tilgang til kjernejournal krever at tannlegenes journalleverandører utvikler nødvendig grensesnitt for integrasjon.

10.9.1.4 Helsenorge.no

Helsenorge.no er den offentlige helseportalen for innbyggerne i Norge. Her finner innbyggerne kvalitetssikret helseinformasjon og selvbetjeningsløsninger som gir tilgang til ulike helse-relaterte tjenester på nett, for eksempel å bestille time hos fastlegen, helsestasjon og kommunal helse- og omsorgstjeneste, hvis kommunen tilbyr dette.

Det er så langt ikke mulig å bestille time hos tannhelsetjenesten via denne tjenesten.

Boks 10.5 Eksempler på samhandling og meldingsutveksling

For noen prosjekter i fylkeskommunene er det mulig med noe informasjonsutveksling med annet tannhelsepersonell i og utenfor den offentlige tannhelsetjenesten:

- Elektronisk samhandling med tjenestebasert adressering er under utprøving og innføring i Rogaland og Trøndelag. Bruk av tjenestebasert adressering gjør det mulig å sende elektroniske henvisninger, epikriser og dialogmeldinger fra klinikk til klinikk innad i tannhelsetjenesten, både offentlig og privat. Tannhelsetjenesten kan sende og motta elektroniske dialogmeldinger og epikriser til og fra spesialist- og primærhelsetjenesten. Store deler av tannhelsetjenesten bruker en EPJ med eldre standard for henvisning enn resten av helsetjenesten. Derfor kan tannhelsetjenesten sende, men ikke motta henvisninger fra andre deler av helsetjenesten.

Dette begrenser foreløpig bruken av elektronisk samhandling utenfor tannhelsetjenesten.

Andre prosjekter som er iverksatt i hele eller deler av den fylkeskommunal tannhelsetjeneste:

- Digital utlevering av journalopplysninger etter forespørsel fra pasient via arkivsystem
- «Har borger frikort?» gir tjenesten mulighet til å kontrollere pasientens frikortstatus, slik at takstbruken automatisk endres ved visse stønadspunkt når egenandelstaket er nådd.
- Digital innsending av sykmelding via EPJ
- Persontjenesten muliggjør oppslag mot folkeregisteret for å kontrollere opplysninger om den enkelte pasient. Denne løsningen erstatter tidligere manuelle prosesser. Masseoppslag mot folkeregisteret fra EPJ er i test og er ikke implementert ennå.

10.9.2 SNOMED CT som kodespråk

SNOMED CT er en systematisk samling av helsefaglige begreper som kan brukes til å dokumentere og dele opplysninger knyttet til pasientbehandlingen. Ved å bruke et felles begrepsapparat skal det bli lettere å kommunisere mellom ulike deler av helsetjenesten. Det blir også lettere å sammenstille og sammenlikne innsamlede pasientdata. Tannhelsetjenesten har vært tidlig ute med å prøve ut SNOMED CT.

10.9.3 Journalleverandør(er)

Det er ingen oppdatert oversikt over hvilke journalleverandører som brukes i det private markedet, men de fleste tannhelsekjedene bruker Opus Dental. Andre leverandører som Zilke (Go On Software), Anita Dental (Anita Systems) retter seg mot leverandører av både spesialisttjenester og allmenntannhelsetjenester, mens Orthodontis (Orthodontis AS) er et mer spesialtilpasset program for spesialister i kjeveortopedi. Den offentlige tannhelsetjenesten benytter kun Opus Dental. Fylkeskommunene har i 2024 fått innvilget tilskudd under helseteknologiordningen med mål

om å utvikle den offentlige tannhelsetjenestens evne til samhandling og informasjonsdeling.

Arbeidet med SNOMED CT i journalløsningen til Opus Dental fra 2016 foreligger, men har behov for oppdatering til nyeste versjon av kodeverket i samsvar med arbeidet gjort i 2023. Opus Dental arbeider med test og godkjenning for integrasjon med sentral forskrivningsmodul for tilgang til e-resept, og oppstart er forventet i løpet av 2024.

10.9.4 Kunstig intelligens i tannhelsetjenesten

Det er lite aktivitet i kommunesektoren når det gjelder bruk av kunstig intelligens, men det finnes enkelte initiativ innenfor tannhelse (Helsedirektoratet, 2022a). Kompetansesenteret Tannhelse Midt utvikler blant annet et produkt som er basert på kunstig intelligens, for tolkning av røntgenbilder (bildevurdering). Arbeidet gjøres i samarbeid med Boneprox AS, SINTEF Digital, Det odontologiske fakultet ved Universitet i Oslo og Oral helse KAG (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024).

Boks 10.6 Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten

Prosjektet Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten har som mål å forbedre samhandlingen i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette inkluderer bedre samarbeid med pasienter, andre tannhelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester samt spesialisthelsetjenesten. I tillegg ønskes tilgang til kritisk pasientinformasjon gjennom nasjonale fellesløsninger som kjernejournal samt å dele informasjon basert på internasjonale standarder og nasjonale retningslinjer. Dette vil kunne legge grunnlaget for dataanalyse og beslutningsstøtte i tjenesten, noe som ikke er dekket i dag.

Styringsgruppa for prosjektet er forankret i fylkeskommunekollegiet i regi av KS, der alle fylkeskommunedirektørene sitter. Prosjektet har i første fase fått en oversikt over status for tjenesten i dag, målbilde og juridisk handlingsrom. I fase to skal styringsgruppen utvikle flere konsepter for tilnærming til leveransefasen, og komme med en anbefaling. Dette sammenstilles i en beslutningssak til fylkeskommunekollegiet før eventuell anskaffelsesprosess. Prosjektet startet høsten 2023, og eventuell anskaffelse skal gjøres i 2025.

Boks 10.7 Forsøk med implementering av SNOMED CT i tannhelsetjenesten

Det er allerede gjennomført forsøk med implementering av SNOMED CT i tannhelsetjenesten i Norge. Grunnlaget for utprøvingen var en utredning fra Direktoratet for e-helse (Direktoratet for e-helse, 2019). Utredningen pekte på SNOMED CT som det mest aktuelle kodeverket for bruk på tannhelsesdata. I 2015/2016 ble det gjennomført en pilot i regi av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge. Det innebar blant annet implementering av SNOMED CT i EPJ-leverandøren Opus Dental. Arbeidet inkluderte spesifikke deler av journalen.

I 2023 ble det gjort ytterligere arbeid i et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse (Program for kodeverk og terminologi) og Vestfold fylkeskommune. Der ble journalinformasjon hentet ut fra en proprietær databasestruktur og omkodet til SNOMED CT. Omkodingen lot seg gjøre for mer enn 98 prosent av informasjonen i databasen (ca. 34 millioner datarader), og omfattet diagnoser/funn med kategorier for alvorlighetsgrad, gjennomført og planlagt behandling og i noen tilfeller årsaken til behandlingen.

10.9.5 Oppsummert

Oppsummert viser dette at tannhelsetjenesten ligger langt bak andre helsetjenester med bruk av nasjonale e-helseløsninger. Tjenesten har for eksempel ikke tilgang til e-resept og kjernejournal. Satsingen på digital samhandling, for eksempel pasientens legemiddelliste, inkluderer ikke tannhelsetjenesten. På sikt vil nye løsninger som er utviklet i satsingen, også kunne gjenbrukes for tannhelse.

Utfordringen er at noen av arbeidsprosessene er digitale, men ikke digitaliserte. Det må utvikles og tas i bruk digitale løsninger som frigjør tid til pasientbehandling, uten at det går ut over kvalitet og pasientsikkerhet. Også fastleger, spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester har utfordringer med utveksling av meldinger og opplysninger.

10.10 Utdanning av tannhelsepersonell

10.10.1 Grunnutdanning av tannhelsepersonell

Fem læresteder i Norge har ansvar for grunnutdanning innenfor tannhelsefeltet. Det er tannlegeutdanninger ved UiT Norges arktiske universitet i Tromsø, Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo. Det utdannes tannpleiere ved disse lærestedene, i tillegg til Høgskolen Innlandet. OsloMet utdanner tannteknikerne i Norge. Tannhelsesekretærutdanningen er en videregående utdanning med utdanningsløp i alle fylker i hele landet.

Kunnskapsdepartementet fastsetter kandidatmåltall for helseutdanningene. Måltallene er et minstekrav til antall uteksaminerte kandidater fra den enkelte institusjonen (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2022).

Tannlege

Utdanningen som kvalifiserer for autorisasjon som tannlege i Norge, er en femårig universitetsutdanning som gir graden Master i odontologi. Tannlegeutdanning tilbys ved universitetene i Bergen, Oslo og Tromsø. Det er også en del norske odontologistudenter i utlandet. Polen er det vanligste landet for nordmenn som studerer odontologi i utlandet, etterfulgt av Spania, som er blitt populært de seneste årene (NOU 2023: 4. Fra og med studieåret 2023–2024 gir Lånekassen studenter utenfor Norden mindre stipend til skolepenger enn tidligere (Lånekassen, 2023). Dette vil kunne redusere antallet norske odontologistudenter i utlandet.

I 2022 mottok 285 personer autorisasjon som tannlege, viser tall fra Helsedirektoratet. Av disse var 136 utdannet i Norge, 109 i EU-/EØS-området ekskl. Norden, 26 i Norden og 14 utenfor EU-/EØS-området. I perioden 2013–2022 har totalt 2 883 personer mottatt autorisasjon som tannlege i Norge (Helsedirektoratet, 2019c).

Tannpleier

Norsk tannpleierutdanning er en treårig bachelorgrad. Utdanningen tilbys ved universitetene i Bergen, Oslo og Tromsø og ved Høgskolen i Innlandet.

I 2022 mottok 93 personer autorisasjon som tannpleier. Av disse var 87 utdannet i Norge og seks i EU-/EØS-området. I perioden 2013–2022 har totalt 782 personer mottatt autorisasjon som tannpleier i Norge (Helsedirektoratet, 2019c).

Måltallet for tannpleiere er økt med om lag 20 kandidater årlig fra 2016–2021. Dette er en av årsakene til veksten i antall tannpleiere (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2022).

Tanntekniker

Norsk utdanning som tanntekniker er en treårig bachelorgrad som tilbys ved OsloMet og har opp-tak hvert annet år.

I 2022 mottok åtte personer autorisasjon som tanntekniker. Av disse var ingen utdannet i Norge, sju i EU-/EØS-området utenfor Norden, og en i Norden. I perioden 2013–2022 har totalt 179 personer mottatt autorisasjon som tanntekniker i Norge (Helsedirektoratet, 2019c).

Tannhelsesekretær

Norsk utdanning som tannhelsesekretær er et tre-årig utdanningsløp på videregående skole. I 2022

mottok 302 personer autorisasjon som tannhelsesekretær. Av disse var 293 utdannet i Norge, 6 i EU-/EØS-området utenfor Norden og 3 i Norden. I perioden 2013–2022 har totalt 2 228 personer mottatt autorisasjon som tannhelsesekretær i Norge (Helsedirektoratet, 2019c).

10.10.2 Praksis i utdanningene

Alle helse- og sosialfagutdanningene har perioder i studiet hvor studentene er ute i praksis. Dette gjelder også utdanningene innenfor tannhelse. Læring, sosialisering og ikke minst rekruttering er viktige mål med praksisperiodene.

Den offentlige tannhelsetjenesten er en viktig praksisarena, og dette ses på som en god mulighet for nyrekruttering.

Det legges stor vekt på praksis eller ferdighetstrening i utdanningen av tannhelsepersonell. Tannleger med utdanning innenfor EØS har godkjenning som tannlege innenfor EU i kraft av yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

Det er ulikt hvor mye og over hvor lang tid de ulike lærestedene bruker den offentlige tannhelsetjenesten som praksisarena. En studie foretatt av NIFU (Elken et al., 2015) viste hvor ulike studiemodellene er for de lærestedene som utdanner tannleger og tannpleiere i Norge. Kartleggingen viste at ekstern praksis for tannlege-studenter varierte mellom 3 uker til 6,5 måneder.

Helsedirektoratet har vurdert konsekvensene av en eventuell utvidelse av dagens kommunale medvirkningsansvar for praksisutdanning til et kommunalt sørge for-ansvar for praksisutdanning (Helsedirektoratet, 2020b). Helsedirektoratet skriver i rapporten at de ikke har funnet noen undersøkelse som kan kvantifisere nettogevinsten av å ha studenter i praksis i kommunen. Rapporten framhever at det er rimelig å anta at kommuner som lykkes med praksisutdanningen og de positive virkningene for rekruttering og ansatte med høy kompetanse, vil stille bedre i møte med demografiske utfordringer i framtiden. Forslaget om kommunalt sørge for-ansvar er basert på rammefinansiering og stykkpris fra staten, og at lærestedene ikke vil dekke direkte utgifter til gjennomføringen av ekstern praksis.

Regjeringen og KS har inngått en avtale om kvalitets- og kapasitetsøkning i praksis for helse- og sosialfagstudenter 2022–2025 (Kunnskapsdepartementet et al., 2022). Den er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Avtalen innebærer at partene i felleskap skal bidra til å

øke kvaliteten og kapasiteten i praksis for helse- og sosialfagstudenter, i samarbeid med universiteter, høyskoler og kommuner.

Siden 2023 har Kunnskapsdepartementet bevilget midler til bo- og reisestipend for studenter på helse- og sosialfag (Kunnskapsdepartementet, 2023).

10.10.3 Spesialistutdanningen av tannleger

Om lag 12 prosent av tannlegene er spesialister. Departementet fastsetter hvilke avgrensede deler av odontologiske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning for, jf. helsepersonelloven § 51. De åtte offentlig godkjente spesialitetene for tannleger er: endodonti (rotfylling), kjeveortopedi, kjeve- og ansiktsradiologi, oral kirurgi og oral medisin, oral protetik, pedodonti (barnetannpleie), periodonti (tannkjøtt sykdommer) og multi-disiplinær odontologi.

Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger og tannleger er hjemlet i helsepersonelloven § 51 og i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger. Nye bestemmelser om spesialistutdanning av leger trådte i kraft 1. mars 2019. Spesialistutdanning av tannleger ble vurdert i St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester*. Meldingen viser til at det var stort behov for bedre geografisk spredning av tannlegespesialister. Muligheten til å ta hele eller deler av spesialistutdanningen desentralisert eller tilknyttet kompetansesentrene i lønnete utdanningsstillinger ble ansett for å være et viktig virkemiddel. Spesialistutdanning av tannleger organiseres ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø og finansieres med tilskuddsmidler over statsbudsjettet og tildeling fra Helsedirektoratet. Tannlegene gjennomfører spesialistutdanningen i hovedsak ved lærestedene, og enkelte tar deler av klinisk praksis ved tannhelsetjenestens kompetansesentre (som har spesialisttannklinikker). Evalueringen av kompetansesentrene viser at det har vært en svært liten andel som har hatt klinisk praksis ved sentrene som en del av spesialistutdanningen, med unntak av på Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN).

Helsedirektoratet har gjennomført flere utredninger om spesialistutdanning av tannleger. Den første rapporten (Helsedirektoratet, 2016a) viste stor variasjon i innhold og organisering av utdanningene, små fagmiljøer og ingen felles teori- eller fagspesifikk utdanning. Omfanget av klinisk prak-

sis, mengdetrening og pedagogisk trening varerte betydelig. Som en oppfølging leverte direktoratet to utredninger til, en i 2018 (Helsedirektoratet, 2018a) og en i 2022 (Helsedirektoratet, 2022e) med forslag som skal sikre en mer enhetlig organisering og regulering av spesialistutdanningen av tannleger.

Med bakgrunn i disse utredningene har Helsedirektoratet utarbeidet læringsmål for de åtte spesialitetene for tannleger i samarbeid med fagmiljøene ved lærestedene, spesialistforeningene i Tannlegeforeningen og tjenestene. Læringsmålene har også forslag til læringsaktiviteter, vurderingsformer og nærmere krav til utdanningene. Læringsmålene beskriver sluttkompetansen som skal gi grunnlag for godkjenning som tannlegespesialist (Helsedirektoratet, 2022e).

Helsedirektoratet arbeider med å ferdigstille et høringsnotat for læringsmål for tannleger i spesialisering. Departementet arbeider med et høringsnotat med utkast til regulering av spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger. Planen er å sende ut en felles høring om forslag til læringsmål, etablering av den nye spesialiteten og reguleringen, organiseringen og finansieringen av spesialistutdanningen av tannleger.

Det bevilges midler over statsbudsjettet til lønnstilskudd til tannleger i spesialisering. Ordningen har som mål å oppnå bedre geografisk tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester. Lønnstilskudd gis også til tannleger som er tatt opp til dobbeltkompetanseutdanninger (ph.d og spesialistutdanning) ved universitetene.

10.10.4 Videreutdanning av tannpleiere

Universitetet i Sørøst-Norge mottar tilskudd til videreutdanning for tannpleiere i privat og offentlig sektor. Videreutdanningen er tilrettelagt for senere påbygging til mastergrad. Studiet bidrar til å styrke tannpleiernes kompetanse og i større grad ivareta ulike befolkningsgruppers generelle og særskilte behov for tannhelsehjelp med økt oppmerksomhet på tverrfaglig folkehelsearbeid. Studiet gir også kunnskap om tannhelse, orale sykdoms- og risikofaktorer, diagnostikk, tannhelsens betydning for generell helse og kunnskap om veiledning og samhandling med pasienter og pårørende. Fylkeskommuner kan søke om midler til lønnskompensasjon for tannpleiere som er ansatt i fylkeskommunen, for de periodene de er borte i forbindelse med videreutdanningsstudier ved Universitetet i Sørøst-Norge.

10.10.5 Den norske tannlegeforenings fond til videre- og etterutdanning av tannleger

Fondets formål er å fremme videre- og etterutdanning av tannleger i offentlig og privat praksis (Den norske tannlegeforening, 2023). Fra folketrygden overføres det et årlig beløp til fondet i samsvar med regler gitt i medhold av folketrygdloven § 5-6. Vedtektene ble endret av daværende Sosial- og helsedirektoratet 3. august 2004. Forslag om endringer av vedtektene behandles av Helsedirektoratet og skal godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Fondet bør spesielt tilgodese tiltak som kan bedre videre- og etterutdanning av allmennpraktiserende tannleger, særlig i perifere strøk av landet. Tilskudd kan ytes til Tannlegeforeningens lokalforeninger, spesialforeninger og utvalg, samt til andre organisasjoner og institusjoner som arbeider med videre- og etterutdanning av tannleger. Tilskudd kan også gis til individuelle tannleger i form av stipend til forskning og utdanning. Det er fondsstyret som treffer vedtak om forvaltning og bruk av fondsmidlene. Fondsstyret delegerer avgjørelsesmyndigheten for hvordan fondsmidlene skal brukes til et allsidig sammensatt utvalg. Et medlem oppnevnt av Helsedirektoratet er representert i dette utvalget. Årsrapporten for 2022 viser at fondet i hovedsak ble benyttet til administrasjon og utvikling av etterutdanning og kurs.

10.11 Forbrukerrettigheter og prispolitikk

I kapittel 3.4.2 *Opplysningsplikt* er det redegjort for hvilke plikter tannhelsetjenesten har til å oppgi priser på tjenester. Formålet med prisopplysningsplikter er å gi god prisinformasjon for å bedre konkurransen mellom næringsdrivende og gjøre det enklere for forbrukeren å sammenlikne priser, jf. forskrift om prisopplysninger mv. for varer og tjenester § 2.

Det er gjennomført flere undersøkelser om prisopplysninger i tannhelsetjenesten og undersøkelser av betydningen av prisportaler.

Forbrukerrådet gjennomførte i 2010 undersøkelsen *Tannpine, priser og tilgjengelighet – en rapport om tannlegemarkedet*. Den landsdekkende undersøkelsen dekket tannleger både i offentlig og privat tannhelsetjeneste og fant at prisinformasjon er vanskelig å forstå for forbrukere. Forbrukerrådet fant også til dels store prisforskjeller.

En annen delundersøkelse så på etterlevelse av påbud om prisoppslag og prisliste, jf. forskrift om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m. § 2. Hver fjerde private tannklinikker hadde ikke oppdaterte priser tilgjengelig. De aller fleste klinikker hadde ikke prisinformasjon tilgjengelig på egen nettside. Undersøkelsen viste videre til at det ble brukt unødvendig vanskelige begreper for vanlige behandlinger i prislistene.

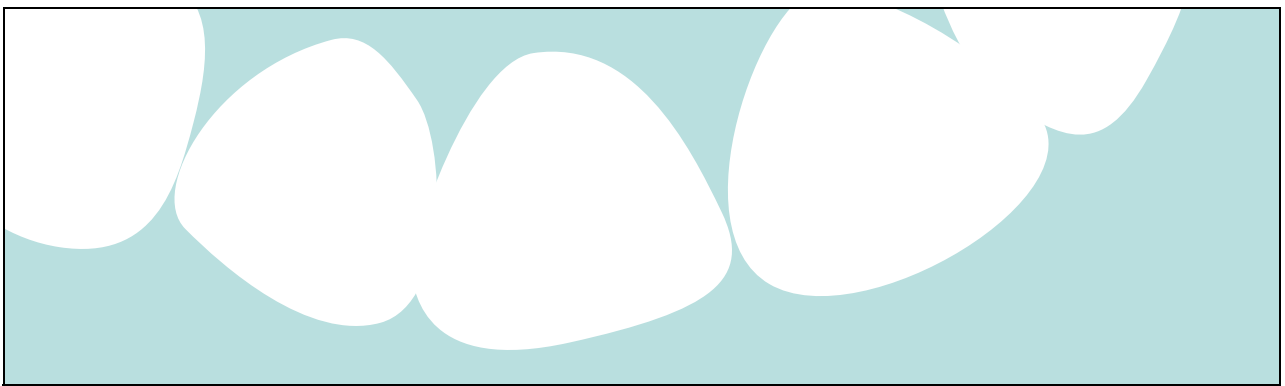
Oslo Economics undersøkte i 2015 effekter av Forbrukerrådets prisportaler *strompris.no*, *hva-kostertannlegen.no* og *finansportalen.no*. Rapporten *Virkinger av åpenhet om priser og vilkår* konkluderer med at lite informerte forbrukere gir markedsmakt til bedrifter og medfører at forbrukere betaler høyere priser (Oslo Economics, 2015). Oslo Economics viser videre til at markedsportaler er en viktig informasjonskilde for forbrukere, siden de reduserer forbrukeres søkekostnader. Markedsportaler kan også bidra til økt konkurranse om pris og dermed lavere priser for forbrukere. Rapporten peker imidlertid også på utfordringer ved markedsportaler. Blant annet viser Oslo Economics til at de kan bidra til koordinert atferd mellom aktører, og at dette kan føre til økte priser. Bruk av markedsportalen ser ut til å ha hatt en konkurranseskjerpene effekt på prisutviklingen i markedet for tannhelsetjenester. Oslo Economics finner beskjeden og relativt lik prisutvikling i lokale markeder, samtidig som ulike behandlinger har ulik prisutvikling over tid. Funnene tyder på at det ikke har vært koordinert atferd.

Som tidligere omtalt er arbeidet med å reetablere prisportalen så langt stilt i bero til prisinformasjon fra tannhelsetjenesten er tilgjengelig i Kommunalt pasient- og brukerregister. I påvente av en automatisert innsamlingsløsning for priser for tannhelsetjenester ga Forbrukerrådet i 2022 Halogen og Knowit i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt om brukerorientert tannhelse. Forprosjektet skulle se på hvilke behov og utfordringer forbrukere har når det gjelder tannhelse. Forprosjektet har kartlagt hvordan *Hvakostertannlegen.no* fungerer som aktør i tannhelsetjenesten. Undersøkelsen fant at kvaliteten av tjenestene er vanskelig å bedømme, og tannhelse må derfor anses som et tillitsbasert gode. Det er vanskelig for forbrukerne å få oversikt over pris på tjenester i tannhelsemarkedet. Mange har liten kunnskap om hvordan tannhelsesystemet fungerer og hva som gir rett til stønad. I forprosjektet pekes det på at noen behov og utfordringer kan møtes gjennom en markedsportal, mens andre utfordringer ikke vil kunne løses ved hjelp av portalen. Prisportalen

vil kunne bidra til å senke forbrukeres søkekostnader, men for at den skal fungere godt, forutsettes det at informasjonen er oppdatert, og at forbrukere både er kjent med portalen og benytter seg av den. Forprosjektet drøfter også at prissammenlikninger ikke nødvendigvis har konsekven-

ser siden forbrukeres valg av tannlege er tillitsbasert. Portalen vil heller ikke kunne gi opplysninger om pris på tannbehandling som består av flere separate tjenester i samme besøk eller i flere besøk.

Del V
Behov for reform



Figur 11.1

Kapittel 11

Overordnede verdier og mål

I dette kapitlet drøftes overordnede verdier og mål. Disse utgjør utgangspunktet for utvalgets vurderinger og forslag for en harmonisert, tilgjengelig tjeneste og en økning av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester.

11.1 Samfunnets behov og en bærekraftig tannhelsetjeneste

Samfunnets behov og målet om en bærekraftig tannhelsetjeneste med god ressursutnyttelse legges til grunn i alle vurderinger og forslag.

En bærekraftig tannhelsetjeneste innebærer at det ytes gode helsetjenester til befolkningen, og at innretningen av tjenestene ses i sammenheng med samfunnets behov.

Verdens helseorganisasjon har vedtatt en global strategi for oral helse som knyttes opp mot flere av FNs bærekraftsmål, blant annet «Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages» (se omtale i kapittel 2.1 *Betydningen av forebygging*). Det er et ønske om større synergier mellom det brede folkehelsearbeidet og arbeidet i helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 15 (2022–2023)).

Målet om å legge til grunn samfunnets behov forutsetter kunnskapsbasert innretning av tannhelsetjenesten basert på relevante analyser og framskrivninger. Mandatet viser til at utvalgets forslag skal baseres på tilgjengelig kunnskap og utredninger, med utgangspunkt i status og eventuelle framskrivninger av befolkningens tannhelse. Samfunnets behov vil også være styrende for forslag til videreutvikling og utvidelse av tjenesten.

I tråd med funn i nylige utredninger (Helsepersonnelkommissjonen, Nasjonal helse- og samhandlingsplan) legger utvalget til grunn at det er viktig med gode prioriteringer i fordelingen av fellesskapets begrensede ressurser, for å bevare kvaliteten og sikre bærekraften i vår felles helsetjeneste i årene framover.

Dimensjoneringen av tjenestene og utdanningene må derfor balanseres opp mot sam-

funnets behov for å sikre bærekraft i tjenestene og optimalisering av samfunnets ressurser på tannhelsefeltet.

Økonomisk bærekraft forutsetter blant annet at de samlede ressursene benyttes på en best mulig måte. Det handler om å gjøre tingene riktig (kostnadseffektivitet), gjøre de riktige tingene (formålseffektivitet) og å avveie ulike mål, formål eller politikkområder som kan være i konflikt med hverandre (prioriteringseffektivitet). Å få til denne balansen er en utfordring i en tjeneste som er lite integrert med øvrige helse- og omsorgstjenester, og som består av både en offentlig og en stor privat sektor.

Mandatet viser til at prinsipper for statlig styring av kommuner og fylkeskommuner skal legges til grunn for utvalgets arbeid. Prinsippet økonomisk og juridisk *rammestyring* er et hovedprinsipp for den statlige styringen og gir uttrykk for roller og ansvar mellom staten, kommunene og fylkeskommunene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020). For å sikre økonomisk bærekraft i tråd med føringene i mandatet må utvalgets vurderinger og forslag ivareta at det er tilstrekkelig handlingsrom og rom for lokale og individuelle tilpasninger av tjenestene, og at rammetilskuddene tilpasses i tråd med forslagene utvalget fremmer.

11.2 Likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet

Alle skal ha likeverdig tilgang til tannhelsetjenester av god kvalitet. Tilbudet skal være sammenhengende og tilpasset den enkeltes behov.

Utvalget mener at likeverdig tilgang til tjenester både handler om geografisk tilgang og tilgang for personer med ulik sosial bakgrunn, herunder sårbare og utsatte personer i samfunnet. Det handler også om beskyttelse mot risiko for store helseutgifter. Det bør være et mål at tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet. Det er særlig viktig for pasienter som har særskilte behov at

tjenestetilbudet er samordnet og at oppfølgingen er kontinuerlig og helhetlig.

Endringer som foreslås, må derfor understøtte målet om å sikre hele befolkningen, uavhengig av bakgrunn og bosted, likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet.

11.3 Prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet

Utvalget legger prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet til grunn for vurderinger av tiltak og for vurdering av hvordan en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret kan gjennomføres.

Det er en lang tradisjon for å jobbe systematisk med prioriteringsspørsmål i helse- og omsorgstjenesten i Norge. Fra 1985 og frem til i dag er prioriteringsspørsmål utredet og vurdert av en rekke offentlige utvalg, ekspertgrupper og i stortingsmeldinger.

Blankholm-utvalget konkluderte i 2018 (NOU 2018: 16) med at behovet for systematisk tenkning rundt prioritering er like stort for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og offentlig finansierte tannhelsetjenester som det er for spesialisthelsetjenesten. Utvalget anbefalte også at beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet ble supplert, slik at kriteriene også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring.

I Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet* fremmet regjeringen forslag til gjennomgående prinsipper for prioritering i hele helse- og omsorgstjenesten. Meldingen slår fast at prioriteringsvurderinger i tannhelsetjenesten ikke skiller seg vesentlig fra vurderinger i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, og at prinsipper og kriterier for prioritering derfor også er egnet i den offentlig finansierte tannhelsetjenesten. Tilføyelsen av mestring som et sentralt punkt i både nytte- og alvorlighetskriteriet har høy relevans for tannhelsetjenesten. Mestring er ikke omtalt eksplisitt i tannhelsetjenesteloven, men hovedformålet med den regelmessige og oppsøkende tannhelsehjelpen omfatter også hjelp til den enkelte slik at de med bistand fra pårørende eller andre selv er i stand til å opprettholde en god tannhelse (Meld. St. 38 (2020–2021)).

Stortinget behandlet meldingen i april 2022 og ga sin tilslutning til de tre prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet. I innstillingen fremgår det at helse- og omsorgskomiteen støttet

prioriteringskriteriene for den samlede helse-tjenesten, og at disse også må praktiseres i tannhelsetjenesten. Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Dette betyr at jo mer alvorlig en tilstand er, eller jo større nytte et tiltak har, desto høyere ressursbruk kan godtas.

Beslutninger om hvilke tiltak eller hvilke pasienter som bør prioriteres foretas på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten. På klinisk nivå vurderes ulike tiltak for den enkelte pasienten, og disse beslutningene hviler på konkrete vurderinger av pasienten. På gruppenivå gjøres det prioriteringer mellom pasientgrupper og sykdommer eller tilstander. Disse beslutningene baseres som regel på gjennomsnittsverdier for en pasientgruppe som helhet. På politisk nivå tas det prioriteringsbeslutninger gjennom budsjett- og lovvedtak, gjennom styringsdokumenter og retningslinjer. Selv om de samme prioriteringskriteriene skal gjelde for beslutninger på alle disse nivåene, vil de få ulik form avhengig av nivå. På klinisk nivå brukes en tekstlig form, for eksempel retningslinjer og veiledere. På gruppenivå kvantifiseres kriteriene slik at de kan benyttes i metodevurderinger. Nytt skal måles som gode leveår (kvalitetsjusterte leveår, QALY), og alvorlighet måles ved absolutt prognosetap. Forebyggende tiltak vurderes ut fra antatt sykdomsbyrde hvis tiltaket ikke iverksettes. Å vurdere tiltak opp mot hverandre forutsetter et adekvat kunnskapsgrunnlag som kan brukes for å beregne nytte og kostnad. På administrativt og politisk nivå er det også nødvendig med kunnskap om gevinster og kostnader for å kunne vurdere disse i forhold til hverandre.

I spesialisthelsetjenesten og for legemidler er det gjort flere arbeider for å utvikle retningslinjer, metodeverktøy og kunnskapsgrunnlag for å kunne foreta metodevurderinger. Det er videre lovfestet at de regionale helseforetakene skal sørge for et felles system for å vurdere nye metoder. I kommunal helse- og omsorgstjeneste og i den offentlige tannhelsetjenesten er utviklingen kommet langt kortere, og det er lite systematisk dokumentasjon for tiltak. I Meld. St. 38 (2020–2021) redegjøres det for arbeidet med å utvikle et kunnskapsstøttesystem for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Boks 11.1 viser eksempel på et tilfelle der prioriteringskriteriene er brukt i forbindelse med offentlig finansiering av tannbehandling.

Boks 11.1 Prioritering av bittavvik som inngår i folketrygdens stønad til kjeveortopedi

Prioriteringskriteriene er brukt i en gjennomgang av vilkårene for stønad til tannregulering fra folketrygden. Helsedirektoratet samarbeidet med Den norske tannlegeforening om rapporten som kom i 2019 (Helsedirektoratet, 2019a). I rapporten ble de minst alvorlige tilstandene som ga rett til stønad, lagt til grunn for innstramningen i stønad til tannregulering fra 1. januar 2020.

De stønadsberettigede bittavvikene er inndelt i tre grupper. Avhengig av diagnose vil hver enkelt pasient bli definert til å tilhøre gruppe a: svært stort behov, b: stort behov eller c: klart behov. Gruppe a, b og c gis stønad med henholdsvis 100 prosent, 75 prosent og 40 prosent av offentlige takster. Tilstandene som før innstramningen ga rett til stønad, var et resultat av tidligere prioriteringer hvor pasienter med

størst objektivt behandlingsbehov fikk mest stønad.

I rapporten konkluderte Helsedirektoratet med at mindre bittavvik ikke lenger bør omfattes av folketrygdens stønadsordning. Forslaget omfattet endring i vilkår for stønad for de fleste av tilstandene i gruppe c, samtidig ble enkelte tilstander flyttet opp fra gruppe c til b.

Endringene ble beregnet til å medføre at ca. 7 800 pasienter per år ville miste stønad fra folketrygden til kjeveortopedisk behandling i gruppe c, og at ca. 200 pasienter per år ville få økt stønad ved at de ble flyttet fra gruppe c til b. Stønadsutbetalingene til kjeveortopedisk behandling fra folketrygden ble beregnet til å reduseres med ca. 78 millioner kroner som full årsvirkning.

11.4 Åpenhet og tillit til tannhelsetjenesten

Målet om åpenhet og tillit til tannhelsetjenesten legges til grunn for utvalgets vurderinger og tiltak.

Åpenhet og tillit til offentlig forvaltning er et mål i seg selv og er viktig av flere grunner. Åpenhet styrker demokratiet, er tillitsskapende, gir bedre saksbehandling, ansvarliggjør og motvirker korrupsjon. Det å sikre åpenhet og etterprøvbarhet ved beslutninger om prioritering er avgjørende for å gi tillit til beslutningene. Åpenhet og tillit til prioriteringsbeslutninger er også et av hovedtemaene i den nye stortingsmeldingen om prioritering som etter planen legges frem i 2025.

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må også kjennetegnes av åpenhet (Meld. St. 9 (2023–2024)). Åpenhet er også viktig for den enkelte pasient, ved valg av behandler og ved vurdering av priser i tannhelsetjenesten, jf. kapittel 3.4 *Priser på tannhelsetjenester og pasientenes egenbetaling.*

11.5 Harmonisering og forenkling

Målet om å forenkle tjenesten samt tilrettelegge i størst mulig grad for harmonisering av tannhelsetjenesten med helse-, omsorg- og sosialtjenester legges til grunn for utvalgets vurderinger og forslag.

Harmonisering handler om å tilpasse tannhelsetjenesten til øvrig helselovgivning, finansiering og organisering. Forenkling handler blant annet om å tydeliggjøre ansvar og gjøre tjenestene enklere å forstå for brukerne. Samlet bør dette bidra til at tjenesten ivaretar sitt ansvar for å yte faglig forsvarlige helsetjenester.

I mandatet bes utvalget særlig om å vurdere forslag om å harmonisere og tilpasse reguleringen av tannhelsetjenesten med helse-, omsorgs- og sosialtjenester. Harmonisering innebærer at tannhelsetjenesten i større grad må integreres, i øvrig helse- og omsorgstjeneste og at samhandling og samordning mellom tjenestene må styrkes. Dette vil medføre en forenkling for brukerne. Forenkling kan handle om å vurdere ulike tiltak som klargjør og tydeliggjør ansvar. Forenkling bør bidra til at tjenesten ivaretar ansvaret for å yte faglig forsvarlige helsetjenester.

Kapittel 12

Utvalgets vurdering av dagens tannhelsetjeneste

I dette kapitlet gjør utvalget rede for hvilke vurderinger som ligger til grunn for forslag mv.

Utvalgets overordnede vurderinger

Det er nødvendig å utvikle en bærekraftig tannhelsetjeneste basert på samfunnets behov. Det innebærer at tannhelsetjenester i størst mulig grad må være integrert i øvrige helse- og omsorgstjenester der det er behov for det, det vil si i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i sykehus. Videre innebærer det at tannhelsetjenesten, privat og offentlig, samhandler for å sikre at all tilgjengelig kompetanse blir brukt. Ikke minst handler det om å styrke tannhelsetjenesten og harmonisere slik at tjenesten i større grad blir lik øvrig helse- og omsorgstjeneste. Praksisnær forskning, tjenesteinnovasjon og digitale løsninger er viktige komponenter i utviklingen av bærekraftige tannhelsetjenester.

Utvalget mener det offentliges ansvar for tannbehandling bør utvides, og tannhelsetjenesten bør i større grad integreres i øvrige helse- og omsorgstjenester. Det er fastslått at prioriteringskriteriene gjelder for tannhelsetjenesten, og etter utvalgets vurdering tilsier det behov for å utvikle ulike typer av retningslinjer for prioritering i tannhelsetjenesten. For å kunne prioritere i overenstemmelse med kriteriene er det også nødvendig å styrke kunnskap om effekter og kostnader av tiltak i tannhelsetjenesten. Utvalgets hovedanbefaling er at det er behov for en universell tannhelsetjeneste (kapittel 12.1 *Behov for en universell tannhelsetjeneste*).

Med utgangspunkt i omtalene i del II, III og IV i utredningen (kapitlene 2–10) vurderer utvalget at tannhelsen i befolkningen blir stadig bedre. Utvalget peker imidlertid på at det er behov for å følge med på enkelte trender, herunder utviklingen i syreskader og kariesforekomst hos barn og unge voksne og økt behov for tannhelsetjenester hos den eldre befolkningen. Dette mener utvalget er viktig for å sikre at befolkningen opprettholder en god tannhelse (kapittel 12.2 *Tannhelsen i befolkningen blir stadig bedre*). Utval-

get har også merket seg at det er en høyere andel av befolkningen i Norge som oppgir å ha et udekket behov for tannhelsetjenester, enn gjennomsnittet i EU. Økonomi oppgis som den vanligste årsaken til udekket behov for tannhelsetjenester, og yngre voksne oppsøker i mindre grad tannlege og oppgir et høyere udekket behov enn eldre. For de fleste er utgifter til tannhelsetjenester forholdsvis lave. Flertallet har under 2 000 kroner i årlige utgifter. Men for noe få er utgiftene høye. Rundt 6–7 prosent har, fordelt på ett til to år, utgifter over 10 000 kroner.

Kartleggingen viser videre at det i hovedsak er god geografisk tilgang til tannhelsetjenester i dag. Tilgangen til tannhelsetjenester ivaretas både av private og fylkeskommunale tjenestetilbydere. Tannbehandlerdekningen er god, men den varierer avhengig av sentralitet. Utvalget mener at utviklingen bør følges nøye, og trekker frem funn om utviklingen i den private tannhelsetjenesten og mulige konsekvenser utviklingen kan ha på tilgjengeligheten. Etter utvalgets vurdering bør det være et mål å ha god geografisk tilgjengelighet fremover, ikke minst for å sikre at utvidelsen som foreslås kommer alle til gode uavhengig av geografi (kapittel 12.3 *Geografisk tilgjengelighet*).

Utvalget har identifisert følgende forbedringsområder:

- behov for likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for alle (kapittel 12.4)
- behov for å sikre tannhelsetjenester av god kvalitet (kapittel 12.5)
- behov for å vurdere klageordninger og økt tilsyn (kapittel 12.6)
- behov for samhandling og samordning med helse-, omsorgs- og sosialtjenester (kapittel 12.7)
- behov for å tydeliggjøre rammene for den private tannhelsetjenesten (kapittel 12.8)
- behov for å vurdere forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten (kapittel 12.9)

Utvalget mener overordnet at det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag om befolkningens tann-

helse, tjenestenes kvalitet og utgifter til tannbehandling samt utviklingen i tjenestetilbudet. Det er en viktig forutsetning for å arbeide aktivt for stadig bedre tannhelse i befolkningen og bedre geografisk tilgjengelighet. Et bedre kunnskapsgrunnlag vil også være en forutsetning for å gjennomføre tiltak på forbedringsområdene (kapittel 12.10 *Behov for bedre kunnskapsgrunnlag*).

12.1 Behov for en universell tannhelsetjeneste

Et samlet utvalg anbefaler at tannhelsehjelp bør omfattes av rett til nødvendig helsehjelp, på samme måten som for kommunens helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Målet er en universell tannhelseordning, hvor befolkningen har rett til nødvendig tannhelsehjelp. Dette er nærmere omtalt i kapittel 13.1 *Målet er en universell tannhelsetjeneste*.

Utvalget er innforstått med at det kan ta tid å legge forholdene til rette for at alle pasienter skal kunne gis nødvendig tannhelsehjelp gjennom en universell tannhelseordning. Utvalget kommer derfor med en rekke forslag som samlet skal bidra til å nå målet om rett til nødvendig tannhelsehjelp for hele befolkningen.

12.2 Tannhelsen i befolkningen blir stadig bedre

Funn i befolkningsundersøkelser viser at tannhelsen i befolkningen i hovedsak er god, og stadig blir bedre. Hoveddelen av befolkningen går regelmessig til tannbehandler, pusser tennene daglig, og tannhelse er godt forankret i folkehelsearbeidet. Innføring av systematisk bruk av fluorid blant barn og unge har redusert kariesforekomsten og forbedret barn og unges tannhelse vesentlig.

Befolkningsundersøkelser er en viktig kilde til kunnskap om befolkningens orale helse. Utvalget har innhentet og sammenstilt kunnskap fra flere befolkningsundersøkelser i kapittel 2 og 3. Som beskrevet i kapittel 3.3 består besøk hos tannbehandler i dag i større grad enn for ti år siden av kun tannhelsekontroll. I samme periode har det vært en reduksjon i omfang for de fleste typer behandlinger. Befolkningens tannbehandlingsbehov er vesentlig redusert også de siste ti årene (Helsedirektoratet, 2024; Holden & Øye, 2023). De underliggende driverne nå er de store tannhelseforbedringene i barne- og ungdoms-

kullene fra slutten av forrige århundre, som er begynt å bli godt synlig i voksenbefolkningen.

Utvalget vil imidlertid også trekke frem variasjon i funnene om kariesutvikling blant barn samt utviklingen i syreskader blant unge voksne. En slike trender kan etter utvalgets vurdering føre til dårligere tannhelse i befolkningen over tid.

Andelen eldre med egne tenner og med et stort omfang av faste protetiske restaureringer vil også ha betydning for framtidige behov for tannhelsetjenester i befolkningen. Helsedirektoratet peker i en rapport (Helsedirektoratet, 2024) på at de eldste aldersgruppene på kort sikt vil kunne ha et omfattende behov for tannhelsehjelp som en konsekvens av tidligere tannbehandling. Fordi tannhelsen bedres gjennom årsklassene, vil behovet hos de eldste årsklassene kunne avta med tid. Samtidig vil utvalget peke på at når man eldes, går normal spyttproduksjon ned, og mange bruker flere medikamenter som reduserer spyttproduksjonen ytterligere. Med flere egne intakte tenner vil disse tennene være mer utsatt for å få karies enn tenner med restaureringer fordi restaureringer dekker de flatene hvor karies lettest oppstår. Flere egne tenner vil også øke risikoen for å utvikle periodontal sykdom. Når eldre utvikler demens og kommer inn i den skjøre fasen, vil det å opprettholde normal tyggefunksjon og smertefrihet kreve innsats fra både helsetjenesten og tannhelsetjenesten. Utvalget er derfor tvilende til om behovet for tannhelsetjenester for eldre fremover er et kortvarig fenomen. Det er mer sannsynlig at man står overfor et langvarig og stort behov for tjenester til eldre. Antall eldre pasienter øker, noe som vil kreve betydelige ressurser.

Utviklingen av befolkningens tannhelse må følges systematisk og regelmessig for å få svar på slike spørsmål. Analyser av data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) vil bidra til et godt kunnskapsgrunnlag.

12.3 Geografisk tilgjengelighet

God tilgang til tannhelsetjenester for befolkningen i hele landet er et mål. Tilgjengelige data viser at det i hovedsak er god geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester i dag.

Vista Analyses kartlegging (Holden et al., 2023) viser at tannbehandlerdekningen er forholdsvis lik mellom fylkene, med unntak av høyere dekning i Oslo og i Troms og Finnmark. I Troms og Finnmark er avstandene store, og dette er viktig å ta hensyn til når man skal vurdere hvorvidt dek-

ningen er god eller dårlig. Trøndelag og Viken har den laveste andelen tannbehandlere per innbygger.

Kartleggingen viser at dekningen av tannbehandlere varierer med sentralitet, slik at befolkningen i mindre sentrale kommuner må reise lenger for å få behandling, særlig hos spesialist. Der det ikke er etablert private tannleger, gir den fylkeskommunale tannhelsetjenesten et tilbud for å ivareta tannhelsetjenester til egne innbyggere. Enkelte kommuner har ikke eller har et svakt tilbud av allmenntannleger. Befolkningen oppsøker derfor nabokommunene for å få dekket sine tannhelsebehov. Det er gjennomgående at små og usentrale kommuner ikke har et tjenestetilbud i egen kommune. De aller fleste har likevel et tilbud i nærliggende kommuner som de ser ut til å benytte.

Tannlegedekning har betydning for bruk av folketrygdens stønad til tannbehandling. Dette viser både Vista Analyses kartlegging og rapporten *Tannhelserefusjoner fra folketrygden* (Statistisk sentralbyrå, 2023b). Andelen mottakere av folketrygdens stønad til tannbehandling er større blant personer som bor i sentrale strøk med høy tannlegedekning, enn blant innbyggere i mindre sentrale strøk med lav tannlegedekning.

Selv om geografisk tilgjengelighet ikke synes å være en stor utfordring i dag, er det viktig å følge med på og å sikre tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester i hele landet. En viktig grunn til dette er den høye endringstakten i tannhelsemarkedet. Kjedeflinikker er i kraftig vekst, samtidig som det er stor geografisk variasjon i hvor klinikkene er etablert (Holden et al., 2023). Kjedefene er mer utbredt i sentrale strøk og i områder med mange tannleger og klinikker, noe som også observeres i markedet for tannhelsetjenester i andre land som Sverige og Tyskland (IGES Institut, 2020). Funn fra Sverige, Finland og Tyskland tyder også på at tilveksten av større aktører bidrar til konkurranse om nye pasienter, og ikke minst konkurranse om personell (IGES Institut, 2020). Fremover er det viktig å følge med på hvilke konsekvenser markedsutviklingen kan ha for geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester, særlig i mindre sentrale strøk, jf. også utvalgets vurdering i kapittel 12.8.

12.4 Behov for likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for alle

Selv om tannhelsen blir bedre for de fleste, og det i hovedsak er god geografisk tilgjengelighet, oppgir et mindretall i befolkningen at de har et udek-

ket behov for tannhelsetjenester. Disse utgjør rundt 8–11 prosent av befolkningen (16 år og eldre), jf. kapittel 3.2 *Bruk av tannhelsetjenester*. Forhold som levevaner, sykdom og sosioøkonomiske forhold har også betydning for tannhelsen, jf. kapittel 2. *Tannhelsen i Norge*.

Utvalget mener at det er behov for ulike tiltak for å bedre tannhelsetjenestens tilgjengelighet. Disse kan inndeles i følgende områder: 1) behov for kontinuerlig arbeid med forebygging, 2) behov for et helhetlig ansvar for barn og unge, 3) behov for å ivareta utsatte og sårbare grupper, 4) behov for å ivareta eldre med kognitiv svikt og skrøpelig- het, 5) behov for å se sammenhengen mellom oral sykdom/skade og øvrig helse, 6) behov for å redusere risiko for store utgifter og 7) behov for å styrke pasientenes kunnskap om prisnivået.

12.4.1 Behov for kontinuerlig arbeid med forebygging

De fleste og vanligste tannhelseproblemer kan forebygges. Potensialet for å redusere forekomsten av sykdom og påfølgende behandlingsbehov er dermed stort innenfor tannhelseområdet. Det er fremdeles behov for å ha oppmerksomhet på forebygging i form av levevaner og opplæring i å ta vare på tennene.

God munnhelse henger sammen med livsstil. Flere av målene i folkehelsepolitikken omfatter tiltak for å få befolkningen til å ta gode valg. Levevaner og konsummønstre endres, og det kan komme nye utviklingstrekk som har og kan ha betydning for den generelle tannhelsen i befolkningen. Særlig konsumet av syre- og sukkerholdige drikker i den yngre befolkningen vil kunne få betydning for behovet for tannhelsetjenester i framtiden. Befolkningsundersøkelser som er omtalt i kapittel 2, viser høy forekomst av syreskader hos unge voksne. Utviklingen vil medføre at det blir behov for økt forebyggende innsats overfor barn og unge. Sukkeravgift og aldersgrense på energidrikker o.l. er tiltak som har effekt på helsen, også tannhelsen.

Styrking av den enkeltes helsekompetanse vil ha betydning for den enkeltes livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenester. Forebygging innebærer kunnskap hos den enkelte om hva som påvirker munnhelsen. Det er svært viktig med forebyggende tiltak for barn og unge slik at de kan settes i stand til å ta vare på egen orale helse gjennom hele livet. Dette er særlig viktig når man vet at orale lidelser rammer skjevt, og det er de mest utsatte som også har dårlig oral helse.

Sosial ulikhet påvirker all helse, inkludert tannhelse. Derfor er det behov for målrettede forebyggende tiltak for å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller også innenfor tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten har viktige oppgaver rettet mot forebygging. Disse oppgavene bør videreføres og styrkes. Tannhelsetjenesten skal regelmessig innkalle eller oppsøke pasienter i institusjon eller i hjemmet. Det er avgjørende med god samhandling med helsestasjon, skoler og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som har viktige oppgaver innenfor forebygging. Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, som har ansvar for pasientopplæring, er sentrale for å forebygge og minimere sykdomsutvikling. Tjenestene bør også være bevisst behovet for å forebygge oral sykdom. Det innebærer å legge til rette for daglig tannpuss, også på institusjon (sykehjem, sykehus, fengsel mv.). Ikke minst innebærer det å sørge for regelmessig sjekk hos tannhelsepersonell. I dag må voksne over 26 år selv sørge for å etablere kontakt med tannhelsepersonell/tannklinikk og å betale for tjenesten.

Utvalget er bedt om å særlig vurdere tannpleiernes rolle i forebygging og behandling. Helsepersonellkommissjonen omtaler behovet for å utsette og redusere behovet for helse- og omsorgstjenester (forebygging) gjennom god prioritering for bedre bruk av tilgjengelig personell. De foreslår tiltak som forbedret statistikk knyttet til private helse- og omsorgstjenester (NOU 2023: 4). Dette er forhold som også tannhelseutvalget er opptatt av. For å sikre effektiv bruk av personellressursene er det behov for å vurdere tiltak som gjelder tannpleiernes rolle i forebygging, og tiltak for å få data og informasjon knyttet til tannhelsepersonell og behandlingen de utfører.

12.4.2 Behov for et helhetlig ansvar for barn og unge

Barn og unge mottar i dag forebyggende, oppsøkende og systematiske tannhelsetjenester gjennom hele oppveksten. Retten til vederlagsfri tannhelsehjelp fra det offentlige omfatter derimot ikke tannregulering. Tannregulering omfattes av folketrygden, og behandlingen blir hovedsakelig utført i privat sektor med betydelig egenbetaling. Egenbetalingen skyldes både at flertallet som omfattes av ordningen kun får 40 eller 75 prosent stønad etter folketrygdens takster, selv om det er vurdert at de har behov for tannregulering, og at kjeveortopedien som oftest tar et mellomlegg/prispåslag, jf. kapittel 3.4.1. om fri prissetting for tann-

helsetjenester. Tannregulering skiller seg dermed fra andre helsetjenester, der hovedregelen er at barn under 16 år er fritatt fra å betale egenandel for helsetjenester de har behov for.

Det er sosiale og regionale forskjeller når det gjelder hvilke barn og unge som mottar stønad til tannregulering (Statistisk sentralbyrå, 2023c). Barn av foreldre med høy utdanning og høy inntekt får i større grad tannregulering, sammenliknet med barn av foreldre med lav utdanning og lav inntekt. Andelen mottakere av folketrygdens stønad til tannregulering er minst blant barn og unge bosatt i de minst sentrale kommunene og størst i mellomsentrale og i de nest minst sentrale kommunene (Statistisk sentralbyrå, 2023c).

Utvalgets vurdering er at barn og unge med behov for tannregulering bør få dette gratis på lik linje med øvrige tannhelsetjenester og helse-tjenester.

12.4.3 Behov for å ivareta utsatte og sårbare grupper

Barn og unge mottar tannhelsetjenester gjennom hele oppveksten, men ved en viss alder slutter ansvaret for den fylkeskommunale tannhelse-tjenesten, uavhengig av behov. Dette er ulikt øvrige helsetjenester, hvor det er sykdom og behandlingsbehov som avgjør videre oppfølging. Det er med andre ord ikke tannhelsetjenestens faglige skjønn som avgjør eventuell videre oppfølging.

Målrettede tiltak mot de dårligst stilte gruppene bidrar til å redusere sosiale ulikheter i helse. Det er flere helse- og omsorgstjenester som retter seg mot personer med avhengighet og psykiske lidelser. I disse tjenestene er tannhelse i liten grad integrert.

Vilkårene for folketrygdens stønad til tannhelsetjenester er i stor grad regelstyrte. Det er lite rom for å utøve skjønn. Dette kan medføre at også pasienter med særskilte behov for tannhelsehjelp, kan falle utenfor ordningen. Dette kan for eksempel gjelde pasienter med medisinske tilstander som ikke er omfattet av stønadspunkt 1 *Sjelden medisinsk tilstand*, jf. omtale i kapittel 6 *Folketrygdens stønad til tannbehandling*. Hensynet til lik forvaltningspraksis gjør det nødvendig med detaljerte regler, jf. rundskriv til kapittel 5 i folketrygdloven. Dette innebærer at pasienter med særskilt behov for tannhelsehjelp ikke nødvendigvis får dekket kostnaden gjennom folketrygdens stønadsordning.

Utvalget vil vurdere om disse pasientene bedre kan ivaretas innenfor ordninger hvor det i større grad er rom for å utøve skjønn.

12.4.4 Behov for å ivareta eldre med kognitiv svikt og skrøpeligheit

Stadig flere eldre har egne tenner, noe som er et positivt utviklingstrekk. Samtidig vil flere eldre i befolkningen innebære at flere vil utvikle aldersrelaterte sykdommer, som skrøpeligheit, kognitiv svikt og demenssykdommer. Disse utviklingstrekkene vil få betydning for tannhelsetjenesten, fordi flere vil trenge bistand til å ivareta god daglig hygiene. Tenner med restaureringsarbeid hos pasienter med sviktende evne til egen oppfølging av tannhelse, vil kreve god og jevnlig kontroll og behandling. Utviklingen vil medføre at det blir behov for bedre og tettere samhandling med øvrig helsetjeneste, og med pårørende og omsorgstjenesten.

Dagens system med rettigheter til tannhelsetjenester for eldre på institusjon og med hjemme-sykepleie fungerer ikke godt nok. Blant gruppene som er under tilsyn¹ hos den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, finner vi den laveste andelen i gruppen hjemmeboende. Samhandling med kommunene om de hjemmeboende og pasienter på institusjon med rett til tannhelsetjenester er en kjent utfordring, og det er igangsatt flere prosjekter som handler om denne problemstillingen.

Pasienter mister stønad til tannbehandling fra folketrygden når de får rettigheter etter tannhelsetjenesteloven eller andre finansierings- og tilskuddsordninger hvor pasienten gis tilbud om tannbehandling fra fylkeskommunene. Dette gjelder for eksempel i tilfeller hvor eldre inngår i tannhelsetjenestelovens gruppe c (grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie), og dermed ikke lenger kan motta tannbehandling hos sin private tannlege med stønad fra folketrygden.

Utvalget mener det er behov for tiltak som bedre ivaretar eldre med kognitiv svikt og eldre i den skrøpelige fasen.

12.4.5 Behov for å se sammenhengen mellom oral sykdom/skade og øvrig helse

HUNT4 rapporten viser noen sammenhenger som bør tas med i vurderingen av om å utvide det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024). Det dreier seg særlig om sammenhengen mellom høyt symptomtrykk av psykiske plager og selvrapportert dårlig

¹ «under tilsyn» omfatter både undersøkt/behandlet og innkalt eller planlagt innkalt, f.eks. neste år.

tannhelse, jf. blant annet figur 2.4. Blant de med høyt symptomtrykk av psykiske plager, oppgir omlag 27 prosent å ha dårlig tannhelse. Det er i dag ordninger for personer med angst for tannbehandling, men spørsmålet er om man i større grad bør rette egne tiltak inn mot personer med psykiske lidelser. Videre er det ordninger for rusavhengige som er under behandling, og innsatte i fengsel. Se nærmere omtale i del III, kapittel 4.

I kapittel 10 *Pågående utviklingsarbeid* redegjøres det for orale helsetjenester i sykehus. Et forsøk med tannhelsetjenester til pasienter i spesialisthelsetjenesten har avdekket at orale helsetjenester ytes i varierende grad i sykehus. Utvalget foreslår tiltak for å bidra til samhandling og gode pasientforløp for orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten.

Videre har den orale helsen innvirkning på den somatiske helsen på en rekke områder, se kunnskapsoppsummeringene som er omtalt i kapittel 2 *Tannhelsen i Norge*. Økende kunnskap om sammenhengen mellom oral helse og somatisk/psykisk helse er etter utvalgets vurdering viktig å ha med i videreutviklingen av tannhelse-sektoren.

Det er viktig at tannhelsetjenestene kan bidra til å avdekke vold og seksuelle overgrep mot barn og unge, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 c, samt somatisk og psykisk sykdom.

12.4.6 Behov for å redusere risiko for store utgifter

At voksne i Norge betaler hele eller store deler av kostnadene for tannbehandling selv, er et viktig skille mellom tannhelsetjenester og andre helse- og omsorgstjenester. Velferdsstaten gir ingen sikring mot store utgifter til tannbehandling slik den gjør for øvrige helseutgifter. Fri prissetting for tannhelsetjenester gjør også at myndighetene i liten grad kan styre eller har oversikt over størrelsen på pasientenes egenbetaling. Det gjelder også i tilfeller der det gis stønad til tannbehandling gjennom folketrygden.

De fleste går regelmessig til tannlegen, men i Norge er det en høyere andel av befolkningen som oppgir å ha et udekket behov for tannhelsetjenester enn gjennomsnittet i EU, jf. kapittel 3.2.2. Økonomi oppgis som den vanligste årsaken til at voksne har et udekket behov for tannhelsetjenester, og bruken av tannhelsetjenester henger sammen med inntektsnivå, jf. kapittel 3.2.1. Personer i husholdninger med lavere inntekt går i mindre grad til tannlege enn de med høy inntekt (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Folketrygdens stønad til tannbehandling gir befolkningen, i bestemte tilfeller, økonomisk støtte til tannhelsetjenester. Pasientene som mottar støtten, risikerer likevel å få store utgifter til tannbehandling. Dette skjer fordi regelverket er slik at pasienter i mange tilfeller kun mottar delvis stønad etter folketrygdens takster, selv om behandlingen de mottar er vurdert som nødvendig. I tillegg til at pasientene som regel må betale en egenandel som er del av folketrygdens takster, må pasienten ofte betale et ekstra mellomlegg/prispåslag fordi det er fri prissetting for tannhelsetjenester. Fri prissetting gjelder både i offentlig og i privat sektor. Enkelte utgifter til tannbehandling inngår i frikort for helsetjenester, men dette gjelder kun et fåtall tilfeller, og da bare egenandelen som inngår i folketrygdens takster.

I kapittel 3.4.5 og 4.4.3 er det redegjort for undersøkelse som gjelder voksenbefolkningens utgifter til tannhelsetjenester. For de fleste er utgifter til tannhelsetjenester forholdsvis lave (Hesledirektoratet, 2024; Holden & Øye, 2023; Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024). Flerparten har under 2 000 kroner i årlige utgifter (60 prosent under 2 000 kroner årlig, 67 prosent under 3 000 kroner for 2 år). Rundt 6–7 prosent har, fordelt på 1 til 2 år, utgifter over 10 000 kroner. I gjennomsnitt ser årlige utgifter ut til å være i underkant av 3 500 kroner og medianutgiftene i overkant av 1 700 kroner. Utgiftene er i gjennomsnitt høyere for de eldre enn for de yngre.

Utvalget vil vurdere å innføre en universell skjermingsordning som omfatter hele voksenbefolkningen, og som skal gjøre det enklere å oppsøke tannhelsetjenester regelmessig. Dette kan bidra til forenkling og harmonisering og fremme forebygging. Omfanget av målrettede skjermingsordninger kan reduseres, og det blir enklere for brukerne å orientere seg i tilbudet. Med en universell skjermingsordning øker tilgjengeligheten til tannhelsetjenester, og tjenesten harmoniseres med øvrige helsetjenester. Skjermingsordningen vil bidra til å forebygge tannhelseproblemer og dermed redusere forekomsten av sykdom og påfølgende behandlingsbehov.

Når det ikke finnes prisreguleringsmekanismer, er det vanskelig å utvikle skjermingsordninger som kan sikre økonomisk styring og kostnadskontroll. Det må også tas høyde for at stønad til tannbehandling vil kunne være et økonomiske insentiv til å gjennomføre flere behandlinger enn nødvendig. Det er derfor viktig å legge dagens behandlingsfilosofi til grunn for utforming av skjermingsordninger. Det innebærer blant annet å vente lengst mulig før man behandler

karies med fylling, jf. kapittel 2. Man kan ikke risikere å lage ordninger som frister til å starte behandling som på sikt fører til en dårligere tannhelse i befolkningen.

Utvalget mener det er behov for å vurdere hvordan velferdsstaten kan bidra med ordninger som skjermer befolkningen mot høy egenbetaling for tannhelsetjenester. Ordninger bør bidra til at flere oppsøker tannhelsetjenesten regelmessig, og at personlig økonomi ikke skal påvirke tilgangen på tannhelsetjenester. Samtidig er det viktig at ordninger innrettes slik at man unngår unødvendig behandling. Utvalget mener videre at det er behov for å innføre regulering av priser. Å regulere priser reduserer risikoen for store utgifter for pasientene, og sikrer utgiftskontroll for offentlig finansierte helsetjenester.

For tannbehandlinger under folketrygdens stønadsordning, dekker det offentlige en del av pasientenes utgifter (tredjepartsfinansiering). Pasientene har begrensede forutsetninger for å bedømme behandlingsbehovet eller omfanget av behandlingen. Tredjepartsfinansiering kan medføre at pasientene er lite prisfølsom og kan være en av årsakene til lite konkurranse om priser. Der som prisen på behandlingen er for høy, kan det også bety at behandlingen ikke er kostnadseffektiv. Denne problemstillingen er hovedårsaken til omfattende prisregulering av for eksempel legemiddelmarkedet i Norge.

Problemstillinger knyttet til tredjepartsfinansiering og behandlingstkostnader vil variere med graden av tredjepartsfinansiering. Ved lite tredjepartsfinansiering vil etterspørselen ha større påvirkning på prisdannelse. Det er i dag fri prissetting for tannhelsetjenester i Norge, jf. kap. 3.4.1. Utvalget merker seg at tannhelsetjenesten har hatt en realprisvekst de siste 20 årene, og at det er en tendens til høyere priser i mer sentrale strøk og i større, mer folkerike kommuner, jf. kapittel 3.4.4. Kjeder har i snitt om lag ti prosent høyere priser enn andre private klinikker (Holden et al., 2023).

Utvalget har begrenset tilgang til prisutviklingen over tid og har heller ikke fått tilgang til tilstrekkelig informasjon for å kunne vurdere om dagens prisnivå og prisutviklingen er i henhold til kostnadsutviklingen hos tannhelsetilbydere. Det er også mulig at prisene settes med formål om å maksimere virksomhetenes lønnsomhet, jamfør funn om at det er god lønnsomhet i markedet for tannhelsetjenester, jf. kapittel 5. Etter utvalgets vurdering må myndighetenes adgang til å innhente kunnskap og til å styre dette området styrkes.

Behovet forsterkes i lys av at utvalget har fått i mandat å vurdere en økning av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester. Både harmonisering av egenandelstak og utvidelse av stønad til tannbehandling over folketrygden vil øke andelen av offentlig finansiering. Etter utvalgets vurdering er det behov for å vurdere prisregulering og eventuelt andre mekanismer som kan bidra til lavere utgifter til tannbehandling fremover, særlig for tjenester som finansieres helt eller delvis av det offentlige.

12.4.7 Behov for å styrke pasientenes kunnskap om prisnivået

Utvalget er bedt om å komme med forslag som kan bidra til å styrke innbyggernes kunnskap om prisnivået på tannhelsetjenester. Utvalget bes særlig vurdere hvordan kostnader for tannhelsetjenester kan reduseres.

Prisopplysningsforskriften krever at det skal opplyses om de fullstendige prisene på de tjenestene som tilbys, og at prisopplysninger for tannhelsetjenester registreres i elektronisk prisportal for tannhelsetjenester, jf. forskriften § 14. Arbeidet med å reetablere prisportalen er så langt stilt i bero til prisinformasjon fra tannhelsetjenesten er tilgjengelig i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Kartlegging av prisnivået viser at ikke alle klinikker har hjemmesider med prisopplysninger, og at flere klinikker som har prisopplysninger på nett, opererer med fra-priser eller intervaller, jf. omtale i kapittel 3.4.2.

Forprosjektet som er gjennomført av Forbrukerrådet i 2022, viser til at forbrukere opplever lav grad av pristransparens. Forbrukere har også liten kunnskap om hvordan tannhelsetjenestene og ulike støtteordninger fungerer. Forbrukerrådet vurderer at utfordringer knyttet til kunnskap om prisnivået og tilgjengelige støtteordninger, må møtes for å sikre innbyggere likeverdig tilgang til tannhelsetjenester. Andre utfordringer med portalen er at mange klinikker ikke har benyttet den, og at det er vanskelig for forbrukere å få oversikt over prisnivået for tannbehandlinger som består av flere separate tjenester.

Utvalget vurderer at forbrukernes kunnskap om priser og stønadsordninger bør forbedres. Behovet for god kunnskap om tilgjengelige stønadsordninger forsterkes ved eventuell utvidelse av tjenesten. Utvalget vil vurdere forslag som bidrar til økt og oppdatert kunnskap om priser og tilgjengelige stønadsordninger, noe som vil kunne

bidra til reduserte kostnader og mer likeverdig tilgang for innbyggerne.

12.5 Behov for å sikre tannhelsetjenester av god kvalitet

Tannhelsetjenestene skal være kunnskapsbaserte. Den har for en stor del en annen regulering, men også til dels annen finansiering og organisering enn øvrige helse- og omsorgstjenester. Dette kommer frem når utvalget drøfter og kommer med forslag knyttet til blant annet kvalitet, tjenesteinnovasjon og digitalisering. Tiltak som allerede er etablert i store deler av helse- og omsorgssektoren, innbefatter ikke tannhelsetjenesten. Den samlede gjennomgangen viser et behov for at også tannhelsetjenesten får tilgang til de samme virkemidlene som øvrige helse- og omsorgstjenester.

12.5.1 Behov for å styrke kvaliteten på tjenestene

Iverksetting av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) vil være helt sentralt i arbeidet med å styrke kvaliteten på tjenestene og arbeidet med pasientsikkerhet.

Det er utviklet noen kvalitetsindikatorer basert på KOSTRA. Implementering av KPR vil bidra til økt tilgang på data for videre utvikling av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre.

Tannhelsetjenestens kompetansesentre har som en del av sitt oppdrag å bistå tjenestene med fagstøtte, råd, veiledning mv., jf. omtale i kapittel 10.3. I tillegg er det kompetansesentre innenfor materialer, bivirkninger og sjeldne diagnoser som bistår tjenestene med fagstøtte mv.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) har fått i oppdrag å etablere et nasjonalt system for overvåking av medisinsk strålebruk der data primært skal hentes fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Prioriteringskriteriene gjelder for tannhelsetjenesten, og det er behov for å utvikle ulike typer retningslinjer for prioritering i tannhelsetjenesten. For å kunne prioritere i overenstemmelse med kriteriene, er det også nødvendig å styrke kunnskap om effekter og kostnader av tiltak i tannhelsetjenesten.

Etter utvalgets vurdering er det behov for en rekke forslag rettet mot kvaliteten i tannhelsetjenestene.

12.5.2 Behov for å styrke tannhelsetjenestens ansvar for forskning og praksis i utdanningene

Det er en pågående forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017–2027). Bakgrunnen var en kartlegging som viste liten vekst innenfor fagfeltet, sammenliknet med andre helsefag og medisin. Tjenesteforskning har de senere årene blitt styrket blant annet gjennom oppbygging av tannhelsetjenestens kompetansesentre. Det er imidlertid behov for fortsatt økning av tjenesteforskningen innenfor oralhelsefeltet.

Til sammenlikning har spesialisthelsetjenesten et sørge for-ansvar for forskning, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8. Forskning anses som viktig for at spesialisthelsetjenesten skal holde seg oppdatert i den medisinske utviklingen. Det gjelder særlig forskning som omfatter utvikling av nye diagnostikk- og behandlingstilbud, og som vurderer nytte og skade av ulike behandlingstilbud, og derfor må være tett integrert med den kliniske virksomheten. Dette er i tråd med sektorprinsippet for forskning i Norge, som innebærer at hvert departement har ansvar for forskning innenfor sine ansvarsområder (Kunnskapsdepartementet, 2017). I praksis innebærer sektoransvaret å stille midler til rådighet slik at sektorens kunnskapsbehov kan dekkes.

I forbindelse med HelseOmsorg21-strategien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) ble det foreslått at kommunesektoren på sikt burde få et sørge for-ansvar for forskning for, i, med og på kommunene (Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), 2019). Til sammenlikning sier helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 at kommunen skal medvirke til å tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunene plikter også å medvirke i undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Dette viser at kommunene har et mindre ansvar for forskning innenfor eget ansvarsområde enn spesialisthelsetjenesten.

Utvalget mener det er behov for å vurdere hvilke ansvar tannhelsetjenestene bør for forskning. Hensikten er at tannhelsetjenesten holder seg oppdatert om utvikling av diagnostikk- og behandlingstilbud, og vurderer nytte og skade av ulike behandlingstilbud. Den praksisnære forskningen i tannhelsetjenesten bør derfor være tett integrert med den kliniske virksomheten. Dette bør videre nøye vurderes i sammenheng med de private tannhelseytene og virkemidler rettet mot denne delen av tannhelsetjenesten.

Praksis eller ferdighetstrening er særlig vektlagt i norsk utdanning av tannhelsepersonell. Alle helse- og sosialfagutdanningene har perioder i studiet hvor de studentene er ute i praksis i tjenestene. Praksisstudier har tre formål: kunnskap, sosialisering og rekruttering. Helsedirektoratet har vurdert konsekvensene av en eventuell utvidelse av dagens kommunale medvirkningsansvar for praksisutdanning til et kommunalt sørge for-ansvar for praksisutdanning (Helsedirektoratet, 2020b).

En viktig faktor for at det er god dekning av tannhelsepersonell i Nord-Norge, har vært etablering av et odontologisk lærested ved UiT Norges arktiske universitet.

Utvalget vil vurdere forslag som gir den offentlige tannhelsetjenesten et tydeligere ansvar for praksis i utdanningene.

12.5.3 Behov for å vurdere videre innretningen av tjenesteinnovasjon

Det er igangsatt en rekke utviklings- og innovasjonsprosjekter innenfor tannhelsefeltet, og i samhandling med øvrig helse- og omsorgstjenester, jf. del IV *Tjenesteutvikling*. I mandatet er utvalget bedt om å innhente og trekke på erfaringer fra de mange prosjektene og utviklingsarbeidene som har vært gjennomført i tannhelsetjenesten de siste årene.

Forsøkene har vært av stor betydning for pasientene og for tjenestene. Det er behov for å vurdere videre innretning av utviklings- og innovasjonsprosjektene og øvrige tiltak rett mot tjenesteinnovasjon.

Utvalget mener det er behov for å vurdere om prosjektene i sin helhet bør integreres i den samlede helse- og omsorgstjenesten, det vil si om ansvaret og finanseringen bør legges til den offentlige tannhelsetjenesten eller andre deler av helse- og omsorgstjenesten.

12.5.4 Behov for økt digitalisering

Tannhelsetjenesten ligger langt bak de øvrige helsetjenestene i bruk av nasjonale e-helseløsninger. Den har for eksempel ikke tilgang til e-resept og kjernejournal. Satsingen på digital samhandling, for eksempel pasientens legemiddeliste, inkluderer ikke arbeid med tannhelsetjenesten. På sikt vil slike nye løsninger kunne gjenbrukes for tannhelse.

Utfordringen er som vist i kapittel 10.9 at noen av arbeidsprosessene er digitale, men ikke digitaliserte. Det må utvikles og tas i bruk digitale løsninger som frigjør tid til pasientbehand-

ling, uten at det går ut over kvalitet og pasientsikkerhet.

I tillegg er det utfordringer knyttet til samhandling og utveksling av meldinger og opplysninger til andre deler av helse- og omsorgstjenesten som fastlege, spesialisthelsetjenester og kommunale helse og omsorgstjenester.

Utvalget mener det er behov for å øke innsatsen og involveringen av tannhelsetjenesten i digitaliseringsarbeid.

12.6 Behov for å vurdere klageordninger og økt tilsyn

Brukerne/pasientene har utfordringer med å orientere seg i dagens ordninger. Utfordringer dreier seg om å orientere seg i tjenestetilbudet og forstå om de har rett til gratis tannhelsetjenester. Etter utvalgets syn er det flere utfordringer med dagens klage- og tilsynsordninger.

Dagens klage- og tilsynssystemer er vanskelig tilgjengelig

Som omtalt i kapittel 8.6 *Klage- og tilsynsordninger*, finnes det mange klage- og tilsynsordninger. Det kan gjøre det vanskelig for pasientene å finne fram til rett instans, noe som er et problem for pasientenes rettsikkerhet.

Det finnes mange forskjeller i klagemuligheter. Klage etter tannhelsetjenesteloven har for eksempel en annen klagefrist enn pasient- og brukerrettighetsloven § 7-5 og tannhelsetjenesteloven § 2-3. Hvilken lov en klage følger, avhenger av hva pasienten vil klage på. Det innebærer at pasienten må ha kunnskap om regelverket for å beregne klagefristen.

Mange instanser informerer om muligheten til å klage over tannbehandling på sine hjemmesider. Klagemulighetene presenteres imidlertid forskjellig, og flere instanser har mangelfull eller upresis informasjon. Det er derfor behov for bedre informasjon om klagemulighetene. At selv tannhelsetjenestene har vansker med å gi en riktig fremstilling av klageordningene, tyder også på at dagens system er for komplisert.

Forskjell mellom den offentlige tannhelsetjenesten og private tannleger

Pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten kan henvende seg til pasient- og brukerombudet for bistand, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 8-3. Ombudet bistår imidlertid ikke pasienter som har

gått til en privat tannlege, jf. Prop. 64 L (2018–2019) punkt 4.1.4.

Pasienter hos private tannleger må i stedet henvende seg til Tannlegeforeningens klagenemnder eller etikkråd. Klagenemndene og etikkrådet behandler imidlertid bare klager mot tannleger som er medlem av tannlegeforeningen.

Manglende mulighet til å klage over feil ved behandlingen

I dag er det ingen direkte mulighet til å klage over feil ved behandlingen.

Den som ikke er fornøyd med kvaliteten på helsehjelpen, kan ta det opp med helsepersonellet eller helsepersonellets overordnede. Loven pålegger imidlertid ikke helsepersonellet eller den overordnede å gjøre noe med klagen.

Pasienten kan anmode tilsynsmyndighetene om å føre tilsyn, men tilsynsmyndighetene avgjør selv om det er grunnlag for tilsyn, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 og § 7-4 a. Pasienten har ikke klageadgang dersom tilsynsmyndighetene ikke gjør noe med anmodningen.

Dersom det er gjort en feil i behandlingen, vil den bli vurdert av Norsk pasientskadeerstatning hvis det fremmes krav om erstatning. At det bare er saker hvor det foreligger et økonomisk tap som vurderes, begrenser antall krav som behandles. Det kan imidlertid argumenteres for at det er uheldig at det må fremmes et krav om erstatning, for å få en vurdering av om det er gjort en feil.

Helsepersonellet er ikke part i en sak for Norsk pasientskadeerstatning. Privat helsepersonell må heller ikke betale egenandel når det utbetales erstatning, jf. forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 17. Det gjør at behandling i Norsk Pasientskadeerstatning ikke nødvendigvis gir virksomheten eller helsepersonellet tilbakemelding på mangler ved kvaliteten på behandlingen.

Manglende mulighet til å klage over pris

I dag er det ikke noen klageinstans som tar stilling til uenighet om pris på behandling. Tvist om pris på behandling må derfor bringes inn for domstolene.

Dette skiller seg fra andre forbrukerområder, hvor det er opprettet klagenemnder som behandler klage over pris. Forbrukerklageutvalget behandler for eksempel forbrukeres klage over prisen som er betalt ved kjøp av ting og håndverkertjenester, jf. forbrukerklage_loven kapittel 3. Advokatforeningens disiplinærnemnd kan på sin

side fastsette salæret klienten skal betale advokaten, jf. domstolloven § 227 fjerde ledd.

Det er heller ikke fastsatt noen retningslinjer for hvilken pris tannlegene kan kreve.

Behov for økt tilsyn

Som omtalt i kapittel 8.6.2 *Tilsynsmyndighetene*, føres det begrenset med tilsyn med tannhelsepersonell og tannhelsevirksomheter. Etter utvalgets vurdering er det behov for å vurdere styrket tilsyn. Det vises til kapittel 13.4 *Klage, tilsyn og pasientsikkerhet*.

12.7 Behov for samhandling og samordning med helse-, omsorgs- og sosialtjenester

Det er behov for mer samhandling, og samordning mot øvrige helse-, omsorgs- og sosialtjenester. Dette innebærer også sterkere styring og ledelse i tannhelsetjenesten gjennom tydeliggjøring av ansvaret for drift, og ikke minst langsiktig og strategisk styring.

12.7.1 Behov for bedre samhandling med helse-, omsorgs- og sosialtjenester

Den offentlige tannhelsetjenestens største utfordring er knyttet til å ivareta ansvaret for regelmessig og oppsøkende tannhelsehjelp for hjemmeboende med rettigheter. Årsaken er manglende opplysninger fra kommunale pleie- og omsorgstjenester, ifølge tjenesten selv. Tannhelsetjenesten trenger opplysninger om hvilke personer som har fått tildelingsvedtak om hjemmesykepleie minst én gang per uke.

Den offentlige tannhelsetjenesten har for en stor del avtaler med kommunene. Det er en plikt til å sørge for samarbeid, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-4 a. Det er derimot ingen regulering av kravet om avtaler hos noen av de andre forvaltningsnivåene innenfor helse- og omsorgstjenesten. Det er med andre ord ikke en lovfestet plikt til å ha avtaler med kommuner og sykehus og vice versa.

I kapittel 4 vises det til etablering av helsefelleskapene som en viktig samarbeidsarena mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgssektoren. Målet er å skape mer sammenhengende og bærekraftige tjenester for særlig prioriterte grupper med store og sammensatte behov. Disse pasientgruppene har i hovedsak rett til tannhelse-

tjenester, men den offentlige tannhelsetjenesten er ikke en del av helsefelleskapene der de er etablert. Utvalget vil løfte fram dette.

Den offentlige tannhelsetjenesten samhandler med barnevernet og barnehusene. Det vises til at tannhelsetilbudet i barnehusene varierer, jf. kapittel 4.5.2. Det pågår et arbeid med å styrke fagområdene og sikre bedre samhandling. Utvalget vil vurdere om det også her bør vurderes å regulere samarbeidet.

Utvalget mener samhandlingen med øvrig tjeneste ikke er god nok. Det er behov for bedre faglig og strategisk samhandling med øvrige helse-, omsorgs- og sosialtjenester.

Videre vurderer utvalget at det er behov for å vurdere tiltak som tydeliggjør rammene for den private tannhelsetjenesten, jf. kapittel 12.8.

12.7.2 Behov for å integrere tannhelsetjenester i øvrig helse- og omsorgstjeneste i større grad

Tannhelsetjenestene er i liten grad integrert i helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder også for behandling i sykehusene. Forsøk med orale helse-tjenester i sykehus viser at det er behov for en mer enhetlig praksis i spesialisttjenesten for slike tjenester. Oral helsetjeneste bør være spesialisthelsetjenestens ansvar der orale helsetjenester er en nødvendig og integrert del av den medisinske behandlingen som spesialisthelsetjenesten gir. Videre bør spesialisthelsetjenesten i større grad enn i dag ivareta den orale helsen til innlagte pasienter. Som vist i kapittel 2 er det også en økt erkjennelse av at det er en sammenheng mellom somatisk og psykisk sykdom og munnhelse (Helsedirektoratet, 2021b). Utvalget vil vurdere behovet for tannhelsetjenester i spesialisthelsetjenesten.

Det er geografisk variasjon og ulik tilgang til akutt tannhelsehjelp i Norge, jf. omtale i kapittel 4.4.2. Tilbudet baserer seg i varierende grad både på offentlig og privat tannlegevakt og på kommunal eller interkommunal legevakt. Noe av årsaken til variasjonen kan være at fylkeskommunene ikke har lovpålagt plikt til å organisere et tilbud om akutt tannhelsehjelp utenom ordinær kontortid. Tilgangen til nødvendig akutt tannhelsehjelp skal ikke avhenge av hvor i landet man bor. Ved akutte tannskader som oppstår ved blant annet fall eller trafikkuhell, mener utvalget det er viktig å få på plass og sikre at vi har nødvendige ordninger som gir et likere tilbud i hele landet.

12.7.3 Behov for å samordne helseberedskapen

Det er fylkestingene som skal fastsette og oppdatere planer for helseberedskap, innenfor sin region. Helseberedskapslovens formål er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Forskrift om krav til beredskapsplanlegging sier blant annet at fylkesting skal sørge for fastsettelse og oppdatering av beredskapsplanen. I tannhelsetjenesteloven § 1-4 gis fylkeskommunen ansvar for samordning av den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor.

Erfaringene etter koronapandemien er at myndighetene i stor grad manglet oversikt over private helsetilbydere. Bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven som er ment som en samordnings- og styringsbestemmelse, fungerer ikke i praksis. Det er derfor nødvendig å samordne tannhelsetjenesten i større grad. Både offentlig og privat tannhelsetjeneste bør samordnes med øvrige helse- og omsorgstjenester, samt Statsforvalteren som har oppgaver overfor kommunesektoren ved kriser. Hensikten må være å bidra til bedre ressursutnyttelse. Tannhelsepersonell har en særlig god kompetanse når det gjelder smittevern, og som helsepersonell kan de gjøre en rekke oppgaver som ikke andre kan, for eksempel sette vaksiner.

Utvalget mener det er behov for å tydeliggjøre samordningen og ansvaret for helseberedskapen for tannhelsetjenestene. Det er viktig at den offentlige tannhelsetjenesten gjennomfører beredskapsøvelser hvor den private tannhelsetjenesten deltar.

12.7.4 Behov for å sikre rett dimensjonering og effektiv bruk av personell

I Norge har antall tannbehandlere per innbygger steget med 4,6 prosent fra 2015 til 2022. Veksten er høyere i det private markedet (5,4 prosent) enn i det offentlige tilbudet (2,8 prosent). I 2022 var det 11,2 behandlerårsverk per 10 000 innbygger. Dette tilsvarer om lag 890 innbyggere per behandler. Dette fremgår av kartleggingen Vista Analyse har gjort for utvalget (Holden et al., 2023). Norge har høyest tannlegedekning i Norden og er det eneste landet som har økt tannlegedekningen etter år 2000. Se kapittel 3.3 *Tilgjengelighet til tannhelsetjenester* for ytterligere beskrivelse av tannbehandlerdekning.

Helsepersonellkommissjonen har beskrevet og tydeliggjort at Norge har en høy andel sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten. Videre vurderer kommissjonen at det ikke er mye rom for å øke andelen, gitt demografiutviklingen som bremses veksten, og som på sikt vil gi en reduksjon i antallet personer i arbeidsfør alder. Dessuten må utfordringer innenfor andre sektorer løses, som klima, nasjonal sikkerhet mv. Helsepersonellkommissjonen viser til at helsepersonell er en stor knapphetsfaktor, og at innsats fra dem må forbeholdes situasjoner hvor helsehjelp er nødvendig. Det er heller ikke forsvarlig at Norge henter personell fra andre land som lavere dekning av helsepersonell. Kommissjonens anbefaling er at andelen sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene ikke bør økes vesentlig (NOU 2023: 4).

Funnene om økt tannlegedekning i kombinasjon med redusert etterspørsel etter behandling kan medføre ineffektiv bruk av personellressurser over tid. Fra Sverige er utvalget også kjent med at stor etterspørsel i den private tannhelsetjenesten kan føre til mangel på tannhelsepersonell i den offentlige tannhelsetjenesten (SOU 2021:8). Det kan også tenkes at et overskudd av tannleger i den private tannhelsetjenesten i et bestemt geografisk område kan ha konsekvenser for tilbudssiden og for det å ivareta god geografisk tilgjengelighet på sikt. En eventuell overkapasitet av tannleger kan føre til en mulig overbehandling av pasientene. Det understreker behovet for å vurdere tiltak som kan bidra til å sikre innsyn i bransjens økonomiske forhold, og kontroll over etablering og drift av privat tannlegevirksomhet, jf. omtale under kapittel 12.8 *Behov for å tydeliggjøre rammene for den private tannhelsetjenesten*.

For å sikre en bærekraftig tannhelsetjeneste, rett prioritering og det å ivareta viktige samfunnsbehov trengs blant annet tiltak som kan sikre nødvendig personelldekning, og samtidig hindre overskudd eller ineffektiv bruk av tannhelsepersonell. Tannhelsetjenesten er et tverrfaglig felt, og det har betydning å se tannlege, tannpleier, tanntekniker og tannhelsesekretær i sammenheng.

Utvalget mener det er behov for å vurdere tiltak rettet mot «riktig» dimensjonering av tannhelseutdanningen i Norge. Utvalget ser også behov for å vurdere tiltak som sikrer god geografisk og likeverdig tilgang til tannhelsetjenester. Dette mener utvalget er særlig viktig i lys av endringene i den private tannhelsetjenesten og eventuell utvidelse av det offentlige ansvaret.

12.8 Behov for å tydeliggjøre rammene for den private tannhelsetjenesten

Den private tannhelsetjenesten, som er den største delen av tannhelsetjenesten, er i endring. Det er en rask utvikling med endringer i eierskap fra i hovedsak enmannsklinikker og tannlegeeide klinikker til kjeder og større grad av internasjonalt eierskap.

Tilsvarende utvikling foregår også i andre europeiske land. Endringene har blant annet som følge at myndighetene framover antakeligvis må forholde seg til færre, større aktører og i større grad til internasjonale eiere. Oppkjøpene som skjer i Norge nå, drives ofte av internasjonale strategiske investorer som fokuserer på tjenestenes avkastning. Lønnsomheten for tannhelsetjenester er høyere enn lønnsomheten for helsetjenester i gjennomsnitt, jf. kapittel 5. Høy lønnsomhet kan tiltrekke strategiske investorer. Høy lønnsomhet kan også være tegn på liten konkurranse i markedet.

Konkurransutfordringene i den private tannhelsetjenesten er komplekse og sammensatte, både markedsforhold, regulering og særtrekk ved tannhelsetjenester påvirker dynamikken i markedet. Det er ikke ett enkelttiltak som vil løse alle utfordringene. Derfor er det nødvendig å inkludere en helhetlig vurdering av konsekvenser for konkurransesituasjonen når endringer i organisering og finansiering av tannhelsetjenesten og andre reguleringer som kan påvirke markedsforhold, vurderes innført.

Den pågående endringen i den private tannhelsetjenesten kan medføre fordeler for pasientene, blant annet økt tilgjengelighet til klinikker, fleksible åpningstider og større mangfold av kompetanse i større klinikkenheter. Det kan også bidra til stordriftsfordeler hos eiere av kjeder. Markedsutviklingen kan imidlertid også medføre noen utfordringer. Blant annet kan endringene være driver for økt sentralisering og på sikt redusere geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester i mindre sentrale strøk, jf. omtale i kapittel 5. Konsolidering av markedet kan i ytterste konsekvens føre til en monopolisering av et marked. En svensk offentlig utredning (SOU 2023:82) ble igangsatt blant annet for å få økt kontroll med aktørene og for å øke pasientsikkerheten i den private tannhelsetjenesten. Utredningen leverer forslag til lovendringer rettet mot aktører i den private tannhelsetjenesten som også mottar offentlig finansiering, herunder en konsesjonsordning for

private tannhelsevirksomheter. Tiltakene i utredningen svarer på noen av utfordringene knyttet til nye aktører i den private tannhelsetjenesten.

Utvalget viser videre til at man i forbindelse med kartlegging av markedet og prisutvikling i svært begrenset omfang har lykket med å få tilgang til nødvendig informasjon fra den private tannhelsetjenesten. Det er viktig at myndighetene får tilgang til nødvendig informasjon for å kunne følge med på utviklingen i aktørbildet i Norge. Etter utvalgets vurdering forsterkes behovet for innflytelse dersom man foreslår utvidelser av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Selv om andelen offentlig finansiering av nødvendig tannbehandling for den voksne befolkningen økes (tredjepartsfinansiering), vil det fortsatt være tannhelsepersonellet som velger behandlingen på vegne av pasienten. Tannhelsetjenester er tillitsgoder, og pasienten kan vanskelig vurdere behovet for tannbehandlingen eller kvaliteten på behandlingen før, under eller etter at behandlingen er gjennomført. Det forsterker myndighetenes behov for å følge med på utviklingen i markedet for å sikre at pasientsikkerhet og kvalitet ivaretas av aktørene ved å stille konkrete krav i regelverket. Dagens lovverk mangler også sanksjonsmuligheter overfor private virksomheter.

I reguleringen av helsepersonellet stilles det krav til helsepersonellens utøvelse, og det gis vilkår for autorisasjon og spesialistgodkjenning, jf. helsepersonelloven. Det finnes imidlertid ingen bestemmelser som regulerer eierskap av tannklinikker eller etablering av tannklinikkvirksomhet, jf. kapittel 3.1.2. I praksis betyr det at klinikker kan etableres fritt av tilbydere, uten at det må søkes om konsesjon hos myndighetene. Kartleggingen av markedet som ble gjennomført på oppdrag av utvalget, viser at det er svært krevende å få oversikt over eierskapsforhold og aktørenes samlede økonomiske rammevilkår i den private tannhelsetjenesten. Det er heller ikke tilgjengelig kunnskap om den langsiktige effekten av ovennevnte utvikling på for eksempel tilbyderes rammevilkår, tilgang til personell i ulike deler av tannhelsetjenesten og i ulike deler av landet og kvalitet på tjenesten og pasientsikkerheten.

Utvalget mener det må vurderes egnete tiltak som sikrer myndighetene, foruten tilgang til informasjon, tilstrekkelige virkemidler for å sikre faglig forsvarlig drift og styring av den private tannhelsetjenesten, slik at de helsepolitiske målene ivaretas.

12.9 Behov for å vurdere forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten

Mandatet viser til at utvalget skal legge til grunn at fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Utvalget ønsker likevel å drøfte mulige forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten. Årsaken til det er todelt. Lokal tilpassing og ledelse av sektoren er i dag ivaretatt for den offentlige tannhelsetjenesten, men driftshensyn er imidlertid den styrende dimensjonen. Oppmerksomheten på samhandling og strategisk styring er varierende. Den andre årsaken er behov for å harmonisere tannhelsetjenesten med øvrige helse- og omsorgstjenester og rette oppmerksomheten mot en strategisk og langsiktig styring.

Utvalget vurderer tre ulike forvaltningsnivåer for overordnet organisering av den offentlige tannhelsetjenesten i Norge, jf. kapittel 15.

EØS-regelverket utgjør en tilleggsdimensjon i styringsøyemed og har betydning for forslag til tiltak og eventuell annen organisasjonsmodell for tannhelsetjenesten.

12.10 Behov for bedre kunnskapsgrunnlag

Samfunnets behov er styrende for utvalgets forslag til videreutvikling og utvidelse av tjenesten. Det forutsetter kunnskapsbasert innretning av tannhelsetjenesten basert på relevante analyser og framskrivninger.

Utvalget er bedt om en vurdering av myndighetenes behov for tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesten skal være kunnskapsbasert. Kunnskap om befolkningens tannhelse, tjenestenes kvalitet og utgifter til tannbehandling, samt utviklingen i tjenestetilbudet, er helt avgjørende.

En av hovedutfordringene er at tannhelsefeltet skiller seg fra andre helsetjenester ved at det ikke finnes en samlet oversikt over befolkningens tannhelse eller over de utredninger, diagnoser eller behandlinger som gis i tjenesten (tjenestedata). Kunnskapshullene omfatter både den offentlig finansierte tannhelsetjenesten og den private tannhelsetjenesten.

Mangel på statistikk og data på tannhelsefeltet har preget utvalgets arbeid. Utvalget har som en del av sitt arbeid innhentet kunnskap gjennom blant annet anskaffelser, jf. kapittel 1. Utvalget

mener det er et stort behov for å forsterke innsatsen med å fremskaffe tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten basert på samfunnets behov og med sikte på å sikre en bærekraftig tjeneste.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) vil være den mest sentrale kilden til kunnskap for tannhelsesektoren når det er fullt ut iverksatt. Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister innebærer at også private tannhelsetjenester skal kunne pålegges en plikt til å melde opplysninger til registeret, jf. omtale i kapittel 8.2.2 *Kommunalt pasient- og brukerregister*. Meldeplikt for private virksomheter som yter tannhelsetjenester, ble presisert i forskriften § 3-1 med virkning fra 1. november 2022. Analysemulighetene som ligger i KPR må i framtiden utnyttes fullt ut for å sikre god planlegging og styring av tjenesten og ta stilling til finansieringen. Det vil også være et sentralt kunnskapsgrunnlag for senere evalueringer.

Markedsundersøkelsen fra Vista Analyse viser at det foregår omfattende endringer med blant annet kjededannelse i den private tannhelsetjenesten (Holden et al., 2023). Tannlegetettheten er økt samtidig som en andel tannleger, særlig i sentrale strøk, oppgir å ha for få pasienter. I dag finnes det ingen samlet oversikt over omsetnings- og lønnsomhetsutviklingen blant aktørene eller utviklingen i tjenestetilbudet og pris i den private tannhelsetjenesten. Mangelen på slike data gjør at det ikke er mulig for myndighetene å ta stilling til om utviklingen i den private tannhelsetjenesten understøtter helsepolitiske mål, herunder om pasientsikkerheten er ivaretatt og om utviklingen i markedet er bærekraftig. Det vil heller ikke være mulig å ta stilling til utvidelser av det offentlig finansierte tjenestetilbudet uten at slik styringsinformasjon er tilgjengelig for myndighetene.

Det er avgjørende at tannhelsetjenesten selv kan bruke KPR-data i utviklingen av egen praksis. Dette er viktig i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Mangelen på tannhelsesdata gjør det vanskelig for tjenestene selv å planlegge, styre og evaluere tannhelsetjenesten. Til sammenlikning har Sverige god oversikt over egen befolknings tannhelse gjennom blant annet to registre.

Kvalitetsindikatorerne gir den offentlige tannhelsetjenesten informasjon om barn og unge som de har et oppsøkende ansvar for, jf. omtale i kapittel 2 og 8.1. Det er fylkesvise forskjeller i hvordan den offentlige tannhelsetjenesten innretter tilbudet sitt. Helsedirektoratet har utarbeidet faglige retningslinjer som skal bidra til en mer enhetlig behandlingspraksis overfor barn og unge. Likevel

viser mål på tannhelsen at det er fylkesvise forskjeller. Tilgjengelig kunnskap sier ikke noe om hvilke faktorer som bidrar til dette. Om det er fylkesvis ulik praksis eller sosioøkonomiske forhold som bidrar, vet man lite om.

Det finnes ikke samlet statistikk over besøksmønsteret i tannhelsetjenesten. Regelmessig besøk på tannklinikk er viktig, og besøk hos tannhelsetjenesten må være motivert ut fra den enkeltes tannhelsebehov. For den offentlige tannhelsetjenesten rapporteres det i KOSTRA både prosentvis behandlede inneværende år og prosentvis under oppfølging (dvs. som følges opp med jevnlig innkalling). For den private tannhelsetjenesten finnes det noen studier som indikerer at pasientene innkalles hyppigere, og at tannleger krever høyere egenbetaling i områder med mange tannleger, enn i områder med mindre tilgang til tannhelsepersonell (Grytten et al., 2023).

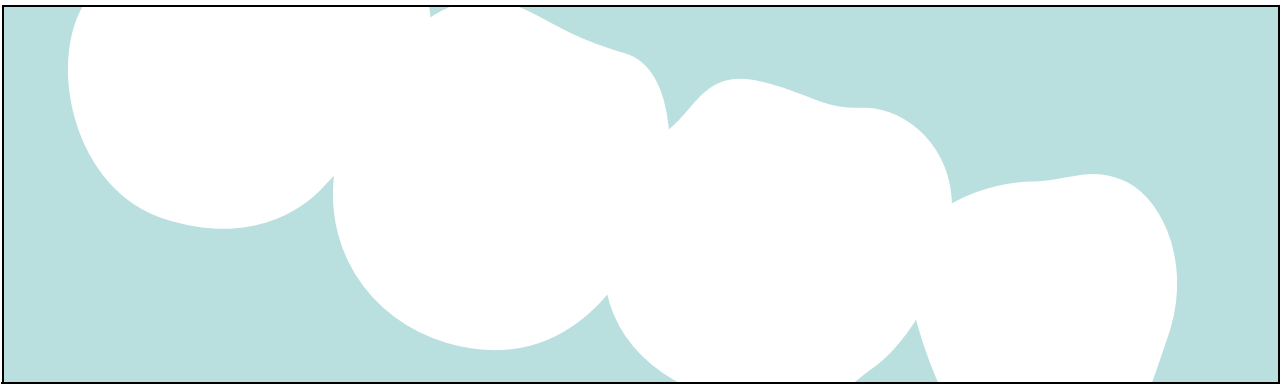
Det finnes ingen statistikk over antall pasienter som kun besøker tannhelsetjenesten akutt. Dårligere tannhelse betyr et mer omfattende behandlingsbehov og sannsynligvis også økt

behov for akutt tannhelsehjelp. Sammenhengen mellom akutte besøksmønstre og tannhelsebehov er sentralt for å kunne bedømme om vi har en likeverdig tannhelsetjeneste i Norge.

Når kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er iverksatt, med uttrekk av data fra journalene fra både offentlig og privat tannhelsetjeneste, vil det bli svært god tilgang til tannhelsedata. Dette forutsetter at nasjonale myndigheter styrker sin innsats i sammenstilling, tilgjengeliggjøring og analyse av data om tannhelse og om tannhelsetjenesten. Et styrket kunnskaps- og beslutningsgrunnlag vil også understøtte myndighetenes styrkede tilsynsrolle, jf. kapittel 12.6 *Behov for å vurdere klageordninger og økt tilsyn*.

Eventuelle endringer i og utvidelse av tannhelsetjenester forutsetter et pålitelig kunnskaps- og beslutningsgrunnlag. Det er viktig at hele tannhelsetjenesten forstår betydningen av dette, og bidrar på en god og konstruktiv måte. Utvalget ser at det er behov for egne tiltak for å understøtte dette.

Del VI
Framtidens tannhelsetjeneste



Figur 13.1

Kapittel 13

En universell tannhelsetjeneste – utvalgets forslag

I dette kapitlet presenterer utvalget sine forslag. Forslagene tar utgangspunkt i utvalgets vurdering av dagens situasjon (del II, III og IV) og behov og utviklingstrekk utvalget mener er sentrale (del V).

Historisk sett har det manglet et helhetlig kunnskapsgrunnlag på tannhelse. Utvalget er bedt særlig om å vurdere myndighetenes behov for tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten. Se omtale i kapittel 13.7. *Tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten*. Utvalget har gjennomført flere anskaffelser for å skaffe grunnlag for utvalgets anbefalinger. Det har vært utfordringer knyttet til å framskaffe data. Utvalget omtaler disse forholdene i kapittel 1 og videre i utredningen. Utvalget mener det er behov for at det i mye større grad utvikles og benyttes data i det videre arbeidet med tannhelsetjenesten i Norge.

Utvalget mener at forslagene i dette kapitlet bidrar til økt harmonisering med øvrige helse- og omsorgstjenester. Et flertall av forslagene vil kreve ytterligere utredninger fordi det er mangel på nødvendige data om tannhelse og tannhelsetjenesten. Utvalget mener likevel at man har tilstrekkelig grunnlag for tiltakene som foreslås. Utvalget har valgt å gruppere forslagene slik:

- 13.1. Målet er en universell tannhelsetjeneste,
- 13.2. Likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for alle – høy prioritet til dem med stort behov
- 13.3. Tannhelsetjenester av god kvalitet
- 13.4. Klage, tilsyn og pasientsikkerhet
- 13.5. Samhandling, styring og ansvar for tannhelsetjenesten
- 13.6. Tydeliggjøre rammene for utøvelse av privat virksomhet
- 13.7. Tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten

Utvalgets hovedforslag er at alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester. Utvalget har vurdert og drøftet en rekke forslag og vil understreke at flere av forslagene er et steg på vei mot en uni-

versell tannhelseordning. Utvalget er særlig bedt om å beskrive hvordan en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret innen tannhelseområdet kan gjennomføres. Utvalget mener en slik trinnvis utvidelse kan gjennomføres med foreslåtte tiltak i kapittel 13. Tiltakene er prioritert og vurdert samlet i kapittel 14 *En universell tannhelsetjeneste – trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret*.

Et samlet utvalg har gitt sin tilslutning til 34 forslag. I tillegg er utvalget tredelt i et forslag, todelt i et annet forslag og i fire forslag har utvalgsmedlemmer tatt dissens.

Utvalget vurderer at de foreslåtte tiltakene som drøftes i dette kapitlet, i hovedsak er uavhengig av forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten. Der forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten får innvirkning på tiltaket, redegjøres det særskilt for i dette kapitlet.

13.1 Målet er en universell tannhelsetjeneste

Et samlet utvalg sin klare anbefaling er at alle gis rett til nødvendige tannhelsetjenester. Det er den beste måten å møte utfordringene på, som beskrevet i kapittel 12 *Utvalgets vurdering av dagens tannhelsetjeneste*. En universell tannhelseordning vil gjøre at sykdom og skade i munn og munnhule gir rett til nødvendig helsehjelp, slik pasientene har ved somatisk og psykisk sykdom og skade.

Å gi alle rett til nødvendig tannhelsehjelp vil innebære endringer i hvordan tannhelsetjenesten organiseres og tilbys. I del VI *Framtidens tannhelsetjeneste* diskuterer utvalget forhold som er av betydning for en slik endring. Utvalget vil innlede med noen overordnede synspunkter som blir utdypet i de følgende kapitlene.

I kapittel 16.1.1 *Nødvendig tannhelsehjelp* omtaler utvalget hva som ligger i begrepet nødvendig tannhelsehjelp. I fremtiden skal alle ha rett til nødvendig tannhelsehjelp. Hva som er nødvendig tannhelsehjelp, er en faglig vurdering som må gjøres ut fra prioriteringskriteriene nytte, ressurs og

alvorlighet. Retten til tannhelsehjelp skal altså ikke lenger begrenses til de som tilhører en viss gruppe.

Utvalget vil også omtale noen av endringene som må gjøres i tannhelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven i kapittel 16.1.

Å gi alle rett til nødvendig tannhelsehjelp innebærer ikke at helsehjelpen nødvendigvis skal være vederlagsfri (gratis). Egenandeler bør benyttes som for øvrige helsetjenester. Fritak for egenandeler er aktuelt for noen grupper og for noen typer behandlinger.

Utvalget foreslår en universell skjermingsordning, i første omgang et eget frikort for tannhelse. På sikte foreslås det å integrere tannhelse inn i dagens frikortordning for helsetjenester, jf. forslag 10. I tillegg foreslår utvalgets flertall prisregulering av alle tannhelsetjenester der det gis offentlig finansiering, jf. forslag 11A.

Barn bør fortsatt gis gratis tannhelsetjenester. Barns rett til helse er fastsatt i FNs barnekonvensjon artikkel 24. Mangelfull oppfølging av barns tannhelse kan føre til skader som barnet må leve med resten av livet. At utvalget ønsker å gi rettigheter til alle pasienter, innebærer ikke at man ønsker å innskrenke barns særlige rettigheter. Om barns rett til gratis tannhelsetjenester bør omfatte vederlagsfri tannregulering, er et særlig spørsmål. Utvalget kommer tilbake til det i kapittel 13.2.2 *Tannhelsetjenester til barn og unge* og kapittel 16.3 *Økonomiske konsekvenser*.

Det skal være et offentlig ansvar å gi nødvendig tannhelsehjelp. Ansvar et kan løses gjennom å la privat tannhelsepersonell utføre behandling mot betaling fra det offentlige. Hvordan dette kan gjøres, er omtalt i kapittel 16.2.1 *Offentlig anskaffelse*.

I kapittel 15 diskuterer utvalget hvilket forvaltningsnivå som bør ha ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Som det framgår, er utvalget delt i synet på hvordan den offentlige tannhelsetjenesten bør organiseres. Dette har imidlertid ikke betydning for målet om at alle skal gis rett til nødvendig tannhelsehjelp. Utvalget er samstemt i at nødvendig tannhelsehjelp skal gis til alle.

I del VI fremmer utvalget en rekke forslag. Hvordan forslagene skal gjennomføres kan til dels avhenge av hvilke forvaltningsnivåer som får ansvar for tannhelsetjenesten.

Utvalget er innforstått med at det kan ta tid å legge forholdene til rette for at alle pasienter skal kunne gis nødvendig tannhelsehjelp. Utvalget kommer derfor med en rekke forslag som samlet skal bidra til å nå målet om rett til nødvendig tannhelsehjelp for hele befolkningen. Disse tiltakene presenteres i dette kapitlet. Videre beskriver

utvalget i kapittel 14 hvordan en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret innen tannhelseområdet kan gjennomføres.

Utvalget foreslår:

Forslag 1. Alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester

13.2 Likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for alle – høy prioritet til dem med stort behov

Utvalget har som mål at det skal være likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet, og at tjenestene skal være sammenhengende og tilpasset brukernes behov. Det betyr at tannhelsetjenester skal være av god kvalitet, med geografisk spredning og tjenestene skal være tilgjengelig for alle, uavhengig av sosiale utfordringer og økonomi.

Prioriteringskriteriene gjelder for tannhelsetjenesten, og det er behov for å utvikle ulike typer retningslinjer for prioritering i tannhelsetjenesten. For å kunne prioritere i overensstemmelse med kriteriene er det nødvendig å styrke kunnskap om effekter og kostnader av tiltak i tannhelsetjenesten. Utvalget anbefaler å innføre forslagene som beskrives i dette delkapittelet, jf. nærmere omtale i kapittel 14 *En universell tannhelsetjeneste – trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret*.

13.2.1 Helsefremmende, forebyggende og oppsøkende tilbud

Det er et mål å opprettholde god tannhelse i befolkningen. Dette oppnås gjennom et oppsøkende og regelmessig tilbud fra tannhelsetjenesten som en del av deres pasientrettede arbeid, og gjennom brede befolkningsrettede tiltak.

Kvalitetsindikatorer for barn og unges tannhelse ved 5 år, 12 år og 18 år, viser tannhelsestatus hos barn og unge. Indikatorer gir tannhelsetjenesten mulighet for å følge egen populasjon over tid og å sammenlikne seg med nasjonale resultater. Som omtalt i kapittel 4 er andelen femåringer med friske tenner en av parameterne i fylkenes folkehelseprofiler.

Hensikten med kvalitetsindikatorer er å øke kvaliteten i tjenestene og hindre uønsket variasjon. Åpenhet om kvalitetsindikatorer er viktig for både pasienter, helsetjenesten og helsemyndighetene. Indikatorer kan også være et mål på den offentlige tannhelsetjenestens systematiske forebyg-

gende innsats. Fylkeskommuner som har arbeidet systematisk, målrettet og over tid med folkehelsearbeid, kommer best ut på disse målingene.

Dette gir den offentlige tannhelsetjenesten god oversikt over utfordringer i egen barne- og ungdomspopulasjon. Det gir videre et godt grunnlag for å drive målrettede tiltak. Det er svært viktig med forebyggende tiltak for barn og unge slik at de kan settes i stand til å ta vare på egen orale helse gjennom hele livet. Det er særlig viktig fordi man vet at orale lidelser rammer skjævt, og det er de mest utsatte som også har dårlig oral helse.

Utvalget foreslår:

Forslag 2. Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens særlige ansvar for forebygging rettet mot barn og unge, og for å bidra til å styrke deres helsekompetanse gjennom et helt liv

I kapittel 2.1 *Betydningen av forebygging* vises det til at de vanligste orale sykdommene kan forebygges, og at tidlig behandling har god effekt. I kapittel 2.5 *Utviklingstrekk* vises det til at flere eldre har gjenværende tenner. Videre har befolkningsundersøkelser vist at flere har faste protetiske restaureringer. Utvalget mener derfor at det fortsatt er behov for å legge vekt på forebygging.

Videre i kapittel 4.2 redegjøres det for at den offentlige tannhelsetjenesten skal sørge for både forebyggende tjenester og behandling, samt at tannhelsehjelpen skal være oppsøkende og regelmessig. I kapittel 4.4.1 *Folkehelsearbeid, forebyggende- og helsefremmede arbeid* beskrives ansvaret fylkeskommunene har for folkehelsearbeidet i sin region, etter folkehelseloven.

Utvalget peker i kapittel 12.4.1 på at forebygging av tannhelsesykdom er et kontinuerlig arbeid. Noe av dette dreier seg om tiltak for å bidra til at voksne oppsøker tannhelsetjenesten regelmessig. Andre forhold handler om ansvaret og oppgavene knyttet til forebygging, både på individnivå, når det gjelder befolkningsrettede tiltak og i øvrige helse- og omsorgstjenester. For tjenestene handler det også om å identifisere arenaer for forebyggende aktivitet rettet mot bestemte målgrupper, for eksempel innsats i barnehage og skole for barn og unge. Et tiltak kan være å gi tannhelsetjenesten et tydeligere ansvar for pasientopplæring. Hensikten er å styrke befolkningens helsekompetanse. Den offentlige tannhelsetjenesten bør fortsatt ha hovedansvaret for det bredere folkehelsearbeidet og befolkningsrettede tiltak.

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige råd, *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen* (Helsedirektoratet, 2017b). Der gis det blant annet råd og anbefalinger om kosthold, særlig knyttet til kommunens virkemidler med utgangspunkt i ansvaret de har, blant annet for skoler.

I statsbudsjettet for 2024 ble tannhelsetilbudet til personer med rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten styrket med 300 millioner kroner. I budsjettinnstillingen vises det til at det er mange eldre som har rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, men som ikke benytter seg av tilbudet. Det vises også til at det økte tilskuddet til den offentlige tannhelsetjenesten derfor skal inkludere et oppsøkende og aktivt arbeid for å sikre at personer som har rett til tannhelsetjenester, får informasjon om og benytter seg av tilbudet. KOSTRA viser at det særlig er hjemmeboende med rettigheter som ser ut til ikke å få tjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten. De bevilgede midlene er fordelt gjennom økt rammetilskudd til fylkeskommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024c; Kommunal- og distriktsdepartementet, 2023). Videre bes det om at den offentlige tannhelsetjenesten mer systematisk og i større grad enn i dag aktivt arbeider med lokale folkehelseiltak innenfor egen region.

Utvalget foreslår:

Forslag 3. Styrke den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for forebygging, oppsøkende og målrettede tilbud for dem som har et særskilt behov

Folkehelsekampanjer gjennomføres fra tid til annen. Målet er å øke befolkningens kunnskap om sentrale temaer av betydning for den enkeltes helse. Dette er ofte temaer som levevaner og fysisk og psykisk helse. Særlig er et godt kosthold viktig for tannhelsen, jf. kapittel 2.

Levevaner har stor innvirkning på de ikke-smittsomme sykdommene (non-communicable diseases (NCD)). Kosthold, røyking, fysisk aktivitet og alkohol er vaner som påvirker den enkeltes helse. Levevanene blir også påvirket av forhold i samfunnet og er ikke bare individuelle valg. I Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*, varsles en NCD-strategi mot 2030 som skal vise retning og satsingsområdene innenfor folkehelsearbeid og i helse- og omsorgstjenestene. Ved å integrere munnhelse i NCD-strategien kan man treffe flere av risikofaktorene for ikke-smittsomme sykdommer. Utvalget mener at munn-

helse bør inngå i det generelle arbeidet med nasjonale folkehelsesatsinger og helt konkret i den varslede NCD-strategien.

Utvalget foreslår at folkehelsekampanjene og strategier fra nasjonale aktører også inneholder informasjon som bidrar til å styrke befolkningens kunnskap om egen tannhelse.

Utvalget foreslår:

Forslag 4. Integrere oral helse i nasjonale folkehelsesatsinger og -kampanjer for å gjøre befolkningen i stand til å ivareta egen oral helse gjennom ulike faser av livet

13.2.2 Tannhelsetjenester til barn og unge

Det er en utfordring at tannhelsetjenester til barn og unge ikke er helhetlig, jf. kapittel 12.4.2. I dagens ordning er tjenestene todelt ved at den offentlige tannhelsetjenesten har ansvaret for tannhelsetjenester til barn og unge (vederlagsfritt/gratis), med unntak av tannregulering. Tannregulering omfattes av folketrygden, og behandlingen blir hovedsakelig utført av private tilbydere med betydelig egenbetaling. Denne ordningen skiller seg fra andre helsetjenester hvor hovedregelen er at barn under 16 år er fritatt fra å betale egenandel for helsetjenester de har behov for.

Tannregulering for barn og unge omfattes av folketrygdens stønad til tannbehandling, stønadspunkt 8 Bittanomalier. Folketrygdens stønad til tannregulering er beskrevet i kapittel 6.3.8 *Særlig om stønadspunkt 8 – bittanomalier (tannregulering/kjeveortopedi)*. I Sverige og Danmark er nødvendig tannregulering gratis for barn og unge, jf. Vedlegg 1 *Tannhelsetjenesten i Sverige og Danmark*.

En utfordring ved folketrygdens stønadsordning er at det i mange tilfeller kun gis delvis stønad etter folketrygdens takster, selv om behandlingen pasientene mottar er vurdert å være nødvendig. Denne utfordringen gjelder også folketrygdens stønad til tannregulering for barn og unge. Her er det slik at flertallet som omfattes av ordningen kun får 40 eller 75 prosent stønad etter folketrygdens takster, selv om det er vurdert at de har behov for tannregulering. I tillegg kommer fri prissetting som gjør at pasientene ofte må betale et mellomlegg, i tillegg til folketrygdens egenandel. Dette rammer også gruppen med de alvorligste bittavvikene som i utgangspunktet får 100 prosent stønad etter folketrygdens takster. Som det framgår i kapittel 6.3.8, er egenbetalingen for tannregulering betydelig.

Rapport fra Statistisk sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå, 2023c) viser at det er tydelige sosiale og regionale forskjeller når det gjelder hvilke barn og unge som mottar stønad til tannregulering. Statistisk sentralbyrå anslår at med nåværende stønad vil 42–44 prosent av barnekullene i Norge få stønad til tannregulering framover. Til sammenlikning er tilsvarende tall fra Sverige og Danmark henholdsvis 27 (2005-tall) og 25 prosent (2015-tall).

Helsedirektoratets gjennomgang av kriteriene for stønad til tannregulering fra folketrygden (Helsedirektoratet, 2019a) deler de minst alvorlige bittavvikene inn i et øvre og et nedre prioriteringsnivå. Det nedre prioriteringsnivået inngår fremdeles i folketrygdens stønad til tannregulering. Utvalget mener at dette, i tillegg til at andelen som får tannregulering i Norge er høyere enn i våre naboland, gir god grunn til å gjennomgå kriteriene for offentlig finansiert tannregulering for barn og unge her i landet.

Utvalgets vurdering er at barn og unge med behov for tannregulering bør få dette gratis på lik linje med øvrige tannhelsetjenester og helse-tjenester generelt. Den beste måten å ivareta dette på er etter utvalgets vurdering ved å utvide den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for barn og unges tannhelse til også å gjelde nødvendig tannregulering.

Dette kan i praksis gjennomføres ved at den offentlige tannhelsetjenesten bruker egne ansatte til oppgaven, eller at de inngår avtale med privatpraktiserende tannleger om å utføre tjenester på vegne av den offentlige tannhelsetjenesten.

Utvalget foreslår:

Forslag 5. Utrede hva som er nødvendig tannregulering for barn og unge, og innføre en rett til gratis nødvendig tannregulering for denne gruppen

Når det gjelder aldersgrensen for gratis (vederlagsfri) tannregulering, mener utvalget at dette må ses i forhold til når det er hensiktsmessig å gjennomføre kjeveortopedisk behandling. Selv om aldersgrensen for fritak for egenandeler for de fleste andre helsetjenester er 16 år, jf. boks 13.1, finnes det en rekke unntak, og 16 år er ikke en egnet aldersgrense når det gjelder tannregulering. Tidspunktet for igangsetting og fullføring av kjeveortopedisk behandling må tilpasses pasientens tannutvikling. Behandlingsperioden vil i mange tilfeller strekke seg over flere år. I dag er kravet for folketrygdstønad til tann-

Boks 13.1 Aldersgrenser for fritak av egenandeler for helsetjenester

Det er ulikhet i aldersgrensen for fritak for egenandeler for ulike helsetjenester. Aldersgrensen er 16 år hos private laboratorier/røntgeninstitutter og fysioterapeut, for legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept og for somatiske helsetjenester (fastlege, avtalespesialist og sykehuspoliklinikk). Innen psykisk helsevern er aldersgrensen 18 år hos avtalespesialist (psykolog, psykiater), til dels fastlege (dersom fastlegen utfører «psykoterapeutisk behandling») og i poliklinikk. For tannbehandling i fylkeskommunene er aldersgrensen 18 år, og det finnes en ytterligere ordning der unge fra 19 til 26 år ikke skal betale mer enn 25 prosent av takstene som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Aldersgrensen for egenadelsfritaket for behandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og psykiatriske ungdomsteam (PUT) er henholdsvis 23 og 30 år. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten (herunder helsestasjon for ungdom) er gratis og gjelder etter lovverket til 20 år, men der det er nødvendig med henvisning, må det betales egenandel.

regulering i de fleste tilfellene at den kjeve- ortopediske behandlingen må være påbegynt senest det året pasienten fyller 20 år.

13.2.3 Tannhelsetjenester til personer med særskilte behov

Helse- og omsorgsdepartementet fremmet Prop. 60 L (2023–2024) 22. mars 2024. I proposisjonens kapittel 4 foreslås det blant annet en utvidelse av loven som gir flere pasientgrupper rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten. I Innst. 381 L (2023–2024) side 1 oppsummeres det:

«Pasientgruppene det gjeld, er unge voksne fra og med 21 til og med 24 år, personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar tenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b eller der pårørende mottar tenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2, pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i med-

hald av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16 og innsette i fengsel i kriminalomsorga.»

Loven forsterker rettighetene for noen utsatte grupper med behov for tannhelsetjenester. I kapittel 12.4.3 viser utvalget til at for de dårligst stilte gruppene i samfunnet er tannhelsetjenesten i liten grad integrert, og retten/muligheten for gratis behandling er i beste fall fragmentert og vanskelig å få oversikt over. I verste fall er ikke gratis behandling tilgjengelig. Videre er det også grupper som har rett til gratis tannhelsetjenester, men som enten velger å ikke benytte dem, eller som ikke er kjent med at de har rett til gratis tannhelsetjenester.

Utvalget mener at nødvendige tannhelsetjenester til pasienter med stort behov for tannhelsetjenester bør være et offentlig ansvar. Det kan være pasienter som enten har odontologisk sykdom, medfødte lidelser eller der hvor andre sykdommer eller behandling av disse påvirker munnhelsen negativt. Disse pasientgruppene har ofte behov for stort omfang av tannhelsetjenester som kan utføres av allmenntannleger. Noen har også behov for behandling hos tannlegespesialist eller eventuelt tverrfaglig behandling hos flere spesialister i tillegg til behandling hos allmenntannlege.

Utvalget mener at det også innenfor tannhelse må være faglige vurderinger som ligger til grunn for hvem og hvor lenge pasienter bør være under oppfølging og behandling av den offentlige tannhelsetjenesten. Et utvidet ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten bør derfor løfte fram utfordringer knyttet til personer med særskilte behov. Det vil si skrøpelige eldre¹, utsatte og sårbare personer. En slik endring må basere seg på faglige vurderinger slik som i øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Videre bør det være mulig for andre deler av helsetjenestene i større grad å kunne henvise pasienter med særskilte behov til den offentlige tannhelsetjenesten. Ikke minst må tannhelsetjenesten være integrert i ordninger som har som mål å levere teambasert tilnærming av både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Dette innebærer at den offentlige tannhelsetjenesten får et utvidet ansvar for personer med særskilte behov. Dette tiltaket må ses i sammenheng med utvalgets forslag om at tannhelsetjenester bør gis

¹ Begrepet «skrøpelig» er en norsk oversettelse av det engelske ordet «frailty» og viser til en tilstand som kjenne- tegnes av redusert muskelstyrke, utilsikket vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom. Jfr. NHS omtale s. 24

som en universell ordning, på linje med øvrige helse- og omsorgstjenester. Se omtale i kapittel 14 som omhandler en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret.

Utvalget mener at de gruppene som i dag har rett til gratis nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, bør få beholde denne retten også når en universell skjermingsordning innføres, jf. forslag 10. Begrunnelsen for dette er at utvalget mener at de med stort behov for tannhelsehjelp skal prioriteres høyt.

Utvalget foreslår:

Forslag 6. Utvide den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for pasienter med særskilte behov

I kapittel 10 omtales tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling (TOO-tilbudet). Det er en tilskuddsordning som forvaltes av Helsedirektoratet. Fra og med 2024 er det besluttet at den offentlige tannhelsetjenesten skal ha hovedansvaret for ordningen. Tidligere har kompetansesentrene hatt en vesentlig rolle i å tilby TOO.

Utvalget bes i mandatet om å innhente og trekke på erfaringer fra de mange ulike prosjektene og utviklingsarbeidene som har vært gjennomført i tannhelsetjenesten de siste årene, og vurdere behov for justeringer i innretningen av aktuelle tiltak i slike tilstøtende arbeider. Et av disse er TOO-tilbudet.

Nasjonale myndigheter har presisert at det er den offentlige tannhelsetjenesten som har ansvaret for tilbudet til denne gruppen, og at denne gruppen tilhører de utsatte og sårbare med til dels omfattende behov for helsehjelp (angstbehandling og tannbehandling). Utvalget foreslår derfor å overføre ansvaret, inkludert finansieringsansvaret, til den offentlige tannhelsetjenesten. Det innebærer at tilskuddsordningen i sin helhet legges i rammen til den offentlige tannhelsetjenesten.

Utvalget foreslår:

Forslag 7. Gi den offentlige tannhelsetjenesten ansvaret for Tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling

13.2.4 Tilbud til personer med samtidig behov for tannhelsetjenester og andre helsetjenester

I kapittel 2.2.2 redegjøres det for kunnskapsgrunnlaget om sammenhengen mellom oral helse og øvrig helse. Utvalget mener at den økte kunnskapen om sammenhengen mellom oral helse og somatisk/psykisk helse er viktig å ha med i videreutviklingen av tannhelsesektoren.

I kapittel 10.5 *Spesialisthelsetjenester: Orale helsetjenester i sykehus* omtales sykehusodontologi-prosjektet som ble igangsatt som en oppfølging av Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester*. Gjennom ordningen er det avdekket at det er behov for en mer enhetlig praksis i spesialisthelsetjenesten når det gjelder orale helsetjenester. Orale helsetjenester ytes i varierende grad i sykehus. Det er behov for å bidra til en mer likeverdig tilgang til behandling, til samhandling og gode pasientforløp for orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet er i gang med et oppdrag om å utrede langs to akser: 1) ivaretagelsen av den orale helsen til innlagte pasienter i spesialisthelsetjenesten og 2) der orale helsetjenester er nødvendig og integrert del av den medisinske behandlingen.

I kapittel 12.4.5 *Behov for å se sammenhengen mellom oral sykdom/skade og øvrig helse* og 12.7.2 *Behov for å integrere tannhelsetjenester i øvrige helse- og omsorgstjeneste i større grad*, viser utvalget til at tannhelsetjenesten er lite integrert i øvrige helsetjenester, også når det gjelder behandling i sykehus. Forsøk med orale helsetjenester i sykehus viser at det er behov for en mer enhetlig praksis i spesialisthelsetjenesten når det gjelder orale helsetjenester. Når det gjelder helsetjenestens ansvar for også å ivareta den orale helsen til pasienter i egen institusjon, bør det være en selvfølge og gjelde for alle deler av helsetjenesten.

Etter utvalgets vurdering bør hoveddelen av tannbehandling skje i tannhelsetjenesten. Der pasientene har omfattende behandlingsbehov som i hovedsak følges opp i spesialisthelsetjenesten, og tannbehandlingen er én av flere behandlinger, bør også ansvaret for nødvendig tannbehandling plasseres hos spesialisthelsetjenesten.² Dette er godt illustrert ved utredningen som Helsedirektoratet allerede har levert,

² En presisering er at selv om ansvaret blir plassert hos de regionale helseforetakene legger det ikke føringer på hvor tjenesten gis, da det er opp til tjenestene selv å organisere.

knyttet til pasienter med leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale lidelser. Utredningene foreslår at ansvaret for å finansiere og behandle disse tilstandene flyttes fra folketrygdstønad og over til de regionale helseforetakene. Det vil si at stønad til tannregulering fra folketrygden avvikles for de mest alvorlige tilstandene – leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale lidelser. Utredningen er oversendt utvalget, som mener dette bør iverksettes. Se nærmere omtale i kapittel 10.6.1.

Helsedirektoratet er i gang med å utrede flere stønadspunkter i folketrygden hvor pasientene i dag får omfattende behandling fra spesialisthelsetjenesten, og hvor det vil være bedre for både pasientene og tjenestene om ansvaret ble plassert på ett sted for all nødvendig behandling. Et eksempel er at en pasient kan ha behov for omfattende kirurgi, men ikke ha økonomi til å betale for nødvendig infeksjonssanering i forkant av inngrepet, og dermed ikke få utført nødvendig behandling. Vanligere er det kanskje at spesialisthelsetjenesten trekker en infisert tann, som ellers kunne vært beholdt ved forholdvis enkel tannbehandling.

Utvalget mener orale helsetjenester bør være spesialisthelsetjenestens ansvar der orale helsetjenester er en nødvendig og integrert del av den medisinske behandlingen. Det er behov for å utarbeide en mer enhetlig praksis for hva som gis av tannbehandling i de regionale helseforetakene. Videre mener utvalget at det pågående sykehusodontologi-prosjektet som er beskrevet i kapittel 10.5.1, i sin helhet bør overføres til de regionale helseforetakenes økonomiske ramme.

Utvalget vil videre peke på behov for å utrede videre finansiering av tannbehandling som en nødvendig og integrert del av behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget foreslår:

Forslag 8. Innlemme orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten der de er en nødvendig og integrert del av behandlingen

13.2.5 Akuttbehandling

I kapittel 4.4.2.6 *Tannlegevakt/akutt tannhelsehjelp* redegjøres det for ulike løsninger for akutt tannbehandling som finnes i dag. En kartlegging viser at det er geografisk variasjon og ulik tilgang til akutt tannhelsehjelp i Norge. Fylkeskommunen har plikt til å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige for alle som opp-

holder seg i fylket. Dette gjelder også ved behov for akutt hjelp. Samtidig har ikke den offentlige tannhelsetjenesten lovpålagt plikt til å organisere et tilbud om akutt tannhelsehjelp i form av tannlegevakt utover ordinær kontortid. Akuttmedisinforskriften omhandler ikke organisering av tannlegevakt, og den inngår derfor ikke i den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus. Det gis i dag stønad til tannbehandling ved ulykker over folketrygden til de som ikke omfattes av tannhelsetjenesteloven, jf. kapittel 6 *Folketrygdens stønad til tannbehandling*.

I kapittel 2 *Tannhelsen i Norge* redegjøres det for kunnskap om sammenhengen mellom oral helse og somatisk/psykisk helse. For akutte tannskader som oppstår ved fall eller trafikkuhell mv., mener utvalget det er viktig å vurdere om vi har nødvendige ordninger som ivaretar dette. I kapittel 12.7.2 *Behov for å integrere tannhelsetjenester i øvrig helse- og omsorgstjeneste i større grad* mener utvalget det er behov for at akutt tannbehandling inngår i den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus. Det skal ikke være slik at hvor man bor i landet får betydning for om man får tilgang til nødvendig akutt tannhelsehjelp.

Kartleggingen viser også at dagens tilbud noen steder baserer seg både på offentlig og privat tannlege og på kommunal eller interkommunal legevakt. Utvalget mener det er fornuftig å bygge videre på samarbeidet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og privat tannhelsetjeneste. Det er viktig å bygge videre på viljen og evnen til omstilling som ble vist under koronapandemien, hvor offentlig og privat tannhelsetjeneste samhandlet for å opprette et tilbud om akutt tannbehandling.

Helsepersonelloven sier at personellet skal gi den helsehjelpen de evner, når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. For mange tannleger i privat praksis og i den offentlige tannhelsetjenesten har det i praksis betydd at de har medvirket i en ordning for å ivareta henvendelser om behov for rådgivning og akuttbehandling av tannskader, utenom klinikkenes åpningstider.

Som vist i kapittel 4.4.2.6 *Tannlegevakt/akutt tannhelsehjelp* avhenger prognosene for å bevare utslåtte tenner av tidsaspektet og riktig behandling. Noen ganger kan det være behov for å få utført behandlingen i narkose, men avtalene om narkose ivaretar ikke alltid at behandlingen haster. Legevaktpersonellet og personellet i sykehus bør kjenne til dette og ved behov overføre pasienten til narkosebehandling i sykehus eller spesialist-tannklinik med mulighet for tannhelsehjelp i narkose.

Utvalget foreslår at det sikres et øyeblikkelig hjelp tannhelsetilbud til befolkningen. Dette er et skritt mot retten til nødvendig tannhelsehjelp som er det overordnede forslaget til utvalget. Det er viktig at de private tannhelsetilbyderne er en del av ordningen, slik de er flere steder i landet. Det kan innebære å integrere tannhelsetjenester i legevakt/akuttmottak i sykehus når det er behov. Det vil kreve ytterligere utredning for å få på plass et kunnskapsgrunnlag om behov, omfang, kostnader og finansiering.

Videre vil det være behov for å utvikle en normering eller opplæringstilbud til personell i de akutte tjenestene om når behandling av tannskader har et tidsaspekt for å kunne gi gode prognoser. Til sist vil det også kreve en regulering av ansvaret for akutt tannbehandling både i en ny lov om tannhelsetjenester, i helse- og omsorgstjenesteloven og i reguleringen av de akuttmedisinske tjenestene.

Utvalget foreslår:

Forslag 9. Alle skal ha rett til akutt tannhelsehjelp

13.2.6 Redusere risiko for store utgifter til tannhelsetjenester

I mandatet bes utvalget om å utarbeide og vurdere forslag som kan sikre at tannhelsetjenesten blir likestilt med andre helsetjenester. Utvalget bes særlig vurdere egenandeler, egenbetaling og modeller for egenandelstak. Dette skal blant annet inkludere vurderinger og eventuelt forslag til hvordan et universelt egenandelstak kan innføres, i tillegg til vurderinger av et eget egenandelstak. Utvalget bes også om å vurdere forslag til andre mulige skjermingsordninger for pasienter med særskilte behov for tannhelsehjelp, samt tiltak som kan bidra til å redusere de sosiale forskjellene i befolkningens orale helse, og bruk av tannhelsetjenester. Utvalget er også bedt om å vurdere hvordan kostnader for tannhelsetjenester kan reduseres.

I kapittel 3 *Organisering, regulering og finansiering av tannhelsetjenesten* omtales overordnet dagens finansiering av tannhelsetjenesten, inkludert priser på tannhelsetjenester og pasientenes egenbetaling. Retten til gratis tannbehandling for deler av befolkningen omtales i kapittel 4 *Den offentlige tannhelsetjenesten*, og her inngår også omtale av støtte til tannbehandling i form av økonomisk sosialhjelp. Kapittel 5 *Den private tannhelsetjenesten* gir informasjon om det som særskilt

gjelder den private tannhelsetjenesten. Videre omtales folketrygdens stønad til behandling av visse tilstander i kapittel 6 *Folketrygdens stønad til tannbehandling*, og her inngår også omtale av dagens frikort for helsetjenester.

I kapittel 12 *Utvalgets vurdering av dagens tannhelsetjeneste* tar utvalget opp at et viktig skille mellom tannhelsetjenester og øvrig helse- og omsorgstjeneste, er at voksne betaler hele eller store deler av kostnadene for tannbehandling selv, og at velferdsstaten ikke gir noen sikring mot store utgifter til tannbehandling. Et annet viktig skille er at det er fri prissetting for tannhelsetjenester. Fri prissetting gjør at myndighetene i liten grad kan styre eller har oversikt over størrelsen på pasientenes egenbetaling. Fri prissetting rammer også pasienter som omfattes av folketrygdens stønadsordning for tannbehandling. Disse risikerer høy egenbetaling selv om behandlingen de mottar blir ansett som nødvendig og gir rett til offentlig støtte.

I kapittel 3.2 *Bruk av tannhelsetjenester* kommer det fram at andelen av befolkningen i Norge som oppgir udekket behov for tannbehandling, er høyere enn gjennomsnittet i EU. Økonomi oppgis som den vanligste årsaken til udekket behov for tannhelsetjenester, og yngre voksne oppsøker i mindre grad tannlege og oppgir et høyere udekket behov enn eldre.

I kapittel 3.4.5 og 4.4.3 er det redegjort for undersøkelsene utvalget har hatt tilgang til, som gjelder voksenbefolkningens utgifter til tannhelsetjenester. De fleste har forholdsvis lave utgifter til tannhelsetjenester. Flertallet har under 2 000 kroner i årlige utgifter. Rundt 6–7 prosent har utgifter over 10 000 kroner fordelt på ett til to år. I gjennomsnitt ser årlige utgifter ut til å være i underkant av 3 500 kroner og medianutgiftene i overkant av 1 700 kroner. Utgiftene er i gjennomsnitt høyere for de eldre enn for de yngre.

Utvalget har drøftet spørsmål knyttet til økonomisk beskyttelse, blant annet om alle skal beskyttes eller kun de med lav betalingssevne eller andre særskilte behov.

Utvalgets vurdering er at dersom tannhelsetjenester skal harmoniseres med øvrige helse- og omsorgstjenester, og rettigheter skal være enkle å forstå for brukerne, bør en universell skjermingsordning ligge til grunn. Det vil si en ordning for økonomisk beskyttelse som dekker hele voksenbefolkningen og gir likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet, jf. utvalgets vurdering i kapittel 11.2 *Likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet*, kapittel 11.5 *Harmonisering og forenkling* og kapittel 12.4 *Behov for likeverdig tilgang til tannhelse-*

tjenester for alle. En universell skjermingsordning henger også best sammen med utvalgets forslag 1. Dersom alle gis rett til nødvendige tannhelsetjenester, bør også skjermingsordningene være universelle og omfatte alle.

En universell ordning innebærer ikke at alle tannhelsetjenester skal være gratis. Egenandeler må benyttes her som for øvrige helsetjenester.

For helsetjenester generelt er voksne brukere med på å finansiere tjenestene gjennom betaling av egenandel. Det er for eksempel egenandel for behandling i poliklinikk og for de fleste tjenestene som faller inn under kapittel 5 i folketrygdloven, inkludert tannbehandling. Egenbetaling bidrar til å redusere veksten i de offentlige utgiftene og frigjøre ressurser til andre prioriterte oppgaver.

Om kapittelets oppbygging

Utvalget drøfter ulike universelle skjermingsordninger i kapittel 13.2.6.1. Kapittelet begynner med vurderinger av ordningene utvalget foreslår: i første omgang et eget frikort for nødvendige tannhelsetjenester, på lengre sikt en utvidelse av dagens frikortordning for helsetjenester til å omfatte nødvendige tannhelsetjenester. Deretter presenterer utvalget andre universelle ordninger som er vurdert, men ikke foreslått: høykostnadsbeskyttelse, universelt tannhelsetilskudd og tannhelseabonnement.

Utvalget har også vurdert ulike målrettede skjermingsordninger, det vil si ordninger rettet mot utvalgte grupper i befolkningen. Disse vurderingene presenteres i kapittel 13.2.6.2. Utvalget foreslår ingen målrettede skjermingsordninger, men kapittelet legger fram utvalgets vurderinger av utvidelse av folketrygdens stønadsordning, spesifikt tannhelsetilskudd til personer med særskilte behov for tannhelsehjelp samt eget tannhelsetilskudd til eldre.

13.2.6.1 Universelle skjermingsordninger

Utvalget har vurdert flere ulike ordninger som kan skjerme befolkningen mot høye utgifter ved nødvendige tannhelsetjenester, og redusere sannsynligheten for at personlig økonomi avgjør valget om å oppsøke og motta nødvendig tannhelsehjelp. Her følger utvalgets vurdering av ulike universelle skjermingsordninger.

Vurdering av frikortordninger

Utvalget mener at en frikortordning eller tilsvarende kan være et middel for å skjerme voksen-

befolkningen mot høy egenbetaling. I den forbindelse har utvalget vurdert følgende:

- Hva skal en universell skjermingsordning omfatte
 - stønadspunkt i folketrygden?
 - alle nødvendige tannhelsetjenester?
- Skal egenandeler for tannhelsetjenester inngå i
 - frikort for helsetjenester?
 - et eget frikort for tannhelsetjenester?
 - en høykostnadsbeskyttelse?

Dagens frikortordning og ordningens historiske utvikling er beskrevet i kapittel 6.2 *Pasientenes egenbetaling: egenandel, mellomlegg og frikort for helsetjenester* og kapittel 6.3.6 *Omfang og utvikling av frikortordningen og egenandelsrefusjoner for tannbehandling*.

Formålet med dagens frikortordning er å skjerme de med stort forbruk av helsetjenester, men ordningen dekker få tannhelsetjenester. I dag inngår kun fastsatte egenandeler for behandling av to tannsykdommer i frikortordningen. Dette gjelder folketrygdens stønadspunkt 5 *Sykdommer og anomalier i munn og kjeve* og stønadspunkt 6 *Periodontitt*.

Å utvide frikortordningen til å omfatte flere tannhelsetjenester er et mulig tiltak for i større grad også å skjerme mot høy egenbetaling for tannhelsetjenester. Ordningen kan begrenses til å omfatte stønadspunktene som inngår i folketrygden, eller til å gjelde alle nødvendige tannhelsetjenester.

Dersom frikortordningen skal knyttes til stønadspunkt, men samtidig være en universell ordning, må folketrygdens omfang av stønadspunkt utvides. Da må det etableres stønadspunkt for flere tannsykdommer/tilstander. Dersom frikortordningen skal omfatte alle nødvendige tannhelsetjenester, men ikke være knyttet til stønadspunkt slik vi kjenner det fra dagens ordning, må det utredes nærmere hva som er nødvendig tannhelsehjelp, jf. kapittel 13.1 og 16.1. Se også kapittel 6.1.6 for omtale av sammenhengen mellom stønadspunkt og takster.

Utvalget vurderer at en frikortordning som omfatter alle nødvendige tannhelsetjenester, og som ikke er knyttet til stønadspunkt, er ordningen som i størst grad vil bidra til harmonisering og forenkling. Utvalget mener derfor at dette er det beste alternativet. Ordningen vil da tilsvare det som gjelder for eksempelvis folketrygdens stønadsordninger for legehjelp og fysioterapi. I disse ordningene er det fastsatte takster med fastsatte egenandeler for definerte undersøkelser og behandlinger, men ikke stønadspunkt som define-

rer hvilke tilstander pasientene må ha for å omfattes av folketrygdens stønad. Det er likevel strenge krav til at helsetjenestene skal være nødvendige, og regningene som inngår i refusjonskravene behandlerne sender til Helfo, må inneholde en kode for de sykdommer/symptomer/plager som er grunnlaget for takstbruken. Slike krav må også gjelde for refusjonskrav som tannhelsepersonell sender til Helfo. I tillegg må det reguleres hvilke egenandeler tannhelsepersonell kan kreve av pasientene for tjenester som inngår i en frikortordning, jf. flertallsforslag 11 A. Det er ikke fri prissetting for andre helsetjenester som inngår i dagens frikortordning.

Utvalget har vurdert både en frikortordning hvor tannhelsetjenester inngår i et felles frikort for helsetjenester og en ordning med et eget frikort for tannhelsetjenester.

Utvalget mener at en ordning der tannhelsetjenester inngår i frikort for helsetjenester sammen med øvrige helsetjenester, er ordningen som i størst grad vil bidra til harmonisering, og til å ivareta sammenhengen mellom oral helse og annen helse. Ved å la flere tannhelsetjenester inngå i samme frikortordning som øvrige helsetjenester vil personer med stort behov for både tannhelsetjenester og øvrige helsetjenester, i størst grad skjermes mot høy egenbetaling. Samtidig kan det bli en utfordring for brukerne av frikortordningen dersom egenandelstaket må settes betydelig høyere enn i dag for at ordningen skal kunne finansieres. Dette vil medføre økte utgifter for de som har høyt forbruk av andre helsetjenester, men ikke tannhelsetjenester.

Utvalget er i mandatet bedt om å vurdere et eget frikort for tannhelsetjenester. Dette frikortet kan omfatte de samme tannhelsetjenestene som ved en felles frikortløsning med øvrige helsetjenester, men tannhelsetjenester vil da holdes for seg i en egen frikortordning. En slik ordning vil gi en beskyttelse mot høy egenbetaling for tannhelsetjenester, men denne egenbetalingen vil ikke ses i sammenheng med høy egenbetaling for øvrige helsetjenester. Personer med stort behov for både tannhelsetjenester og øvrige helsetjenester, vil altså i mindre grad skjermes enn i tilfellet med en felles frikortordning.

Et eget frikort for tannhelsetjenester vil ikke være i tråd med hensynet bak sammenslåingen av egenandelstak 1 og 2, som ble gjennomført i 2021. Sammenslåingen til én frikortordning ble gjort for i større grad å skjerme personer med stort behov for ulike helsetjenester, men også for å gjøre ordningen mer forståelig for brukerne og enklere å forvalte for Helfo.

På den annen side kan fordelene med et eget frikort for tannhelsetjenester være at pasienter med stort behov for øvrige helsetjenester, ikke risikerer et høyere egenandelstak som følge av at tannhelsetjenester skal inngå i ordningen. Et eget frikort for tannhelsetjenester vil også i noe grad harmonisere tannhelsetjenester med øvrige helsetjenester ved at befolkningen i større grad enn nå får dekket sine utgifter til tannhelse. Fordelen med i første omgang å innføre et eget frikort for tannhelsetjenester, er at myndighetene får erfaring med befolkningens bruk av nødvendige tannhelsetjenester og kostnadene for disse, før tannhelsetjenester eventuelt skal inngå i et felles egenandelstak.

En utfordring for vurdering av en universell skjermingsordning er at det er lite kunnskap om hva slags behandling som utføres i den private delen av tannhelsetjenesten, og hva pasientene betaler for behandlingen. Denne mangelen på kunnskap gjør det vanskelig for utvalget å vurdere hva omfanget av nødvendige tannhelsetjenester er, og hva som bør være nivå på egenandeler og egenandelstak. Dermed er det også vanskelig for utvalget å anslå hvilke budsjettmessige og administrative konsekvenser tiltak vil medføre.

Utvalgets forslag er at frikort for helsetjenester på sikt bør utvides til å omfatte alle nødvendige tannhelsetjenester, men det må utredes nærmere hva som skal defineres som nødvendige tannhelsetjenester. Se omtale av begrepet nødvendig tannhelsehjelp, i kapittel 16.1.1.

Det må blant annet utredes om frikortet skal omfatte tannhelsekontroll og i så fall hvor hyppig. Det må tas hensyn til at tannhelsetjenester skiller seg fra øvrige helsetjenester ved at det ofte er tannhelsepersonellet som innkaller til undersøkelse, og ikke pasienten selv som tar kontakt på bakgrunn av behov. I tillegg er det viktig å ta med i vurderingen at et eventuelt overskudd av tannlegevirksomhet i den private tannhelsetjenesten kan føre til tilbudsindusering og mulig overbehandling, jf. kapittel 12.

Utvalget mener at finansieringen av den universelle frikortordningen skal ligge i folketrygden, men det må utredes hva som er riktig finansieringssystem/takstsystem for tannhelsetjenester, og hvor egenandelstaket skal settes. Vilkår må innrettes slik at kostnadskontroll sikres.

Folketrygdens stønadsordning inneholder stønadspunkt som styrer den offentlige ressursbruken mot pasientene med de mest alvorlige tilstandene. Ved en universell ordning som ikke knyttes til stønadspunkt, er det viktig å ha andre mekanismer på plass som sikrer riktig priorite-

ring og kostnadskontroll. Uten slike mekanismer er det risiko for overbehandling, både ved at friske personer som ikke trenger behandling, mottar unødvendig behandling, og ved at syke personer mottar flere behandlinger og prosedyrer enn nødvendig. Det er avgjørende med mekanismer som styrer aktiviteten vekk fra uprioriterte aktiviteter, og over til middels og høyt prioriterte aktiviteter. Prinsipper for prioritering som Stortinget har vedtatt, må legges til grunn. Det kan ikke være slik at behandlere kan velge å ikke tilby nødvendige behandlinger, avvise pasienter med omfattende behandlingsbehov eller skyve dem over på andre behandlere fordi de blir «ulønnsomme» pasienter.

Hvordan rett prioritering skal sikres i en universell ordning, må utredes nærmere. Det er behov for å utvikle ulike typer av retningslinjer for prioritering i tannhelsetjenesten. For å kunne prioritere i overenstemmelse med kriteriene er det også nødvendig å styrke kunnskap om effekter og kostnader av tiltak i tannhelsetjenesten, jf. forslag 17. *Utvikle kunnskapsstøttesystem og prioriteringsveiledere for tannhelsetjenesten.*

Potensielle problemstillinger rundt overbehandling og pasient- og behandlingsseleksjon ved en universell ordning er også av betydning for innretning for flertallets forslag 37. *Innføre lovfestet krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjoner for klinikkdrift* og mindretallets forslag 38. *Innføre lovfestet krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjoner for eierskap av tannklinikker.* Forslagene som innebærer at konsesjon blant annet kan inneholde krav om å tilby nødvendige tannhelsetjenester, vil kunne bidra til å sikre likeverdig tilgang uavhengig av geografi og økonomiske forutsetninger.

Oppsummering

Fordi det i dag er lite kunnskap om befolkningens bruk av nødvendige tannhelsetjenester og utgifter til disse, foreslår utvalget at det i første omgang opprettes et eget frikort for tannhelsetjenester. Ved dette grepet vil myndighetene skaffe seg erfaring og bygge et kunnskapsgrunnlag før nødvendige tannhelsetjenester inngår i en felles frikortordning med øvrige helsetjenester.

Utvalget anbefaler ikke iverksetting av noen form for utvidet frikortordning for tannhelsetjenester uten at det samtidig gjennomføres tiltak som omfatter den private tannhelsetjenesten, som sikrer kontroll på priser og kostnader, og at den offentlige støtten i størst mulig grad kommer pasientene til gode, jf. kapittel 13.2.7.

Det er også behov for å vurdere forslag om utvidet frikortordning i lys av EØS-retten, jf. kapittel 16.2.2 som diskuterer risikoen for å bryte statsstøttereguleringen.

Utvalget foreslår:

Forslag 10. Utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Opprette et eget frikort for tannhelsetjenester som en overgangsordning

Vurdering av høykostnadsbeskyttelse (Svensk modell)

Utvalget har vurdert høykostnadsbeskyttelse etter modell fra Sverige som et alternativ til frikort. Se vedlegg 1 *Tannhelsetjenesten i Sverige og Danmark* for beskrivelse av svensk *høykostnads-skydd*.

En forskjell mellom høykostnadsbeskyttelse og frikort er at et frikort gir gratis behandling etter at egenandelstaket er oppnådd, mens en høykostnadsbeskyttelse etter modell fra Sverige er gradert med ulik dekning for ulike nivåer av egenbetaling. I likhet med et eget frikort for tannhelsetjenester vil en høykostnadsbeskyttelse for tannhelsetjenester ikke forholde seg til hvor høye utgifter pasienten har for øvrige helsetjenester. En høykostnadsbeskyttelse vil heller ikke støtte opp om forenkling for brukerne og forvaltningen fordi ordningen vil være annerledes enn skjermingsordninger for øvrige helsetjenester. En høykostnadsbeskyttelse vil i noe grad harmonisere tannhelsetjenester med øvrige helsetjenester ved at befolkningen i større grad enn nå får dekket sine utgifter til tannhelse, men harmoniseringen vil være mindre enn ved en felles frikortordning med øvrige helsetjenester. Med bakgrunn i dette er utvalgets vurdering at det er bedre å bygge videre på frikortordningen som allerede er kjent og etablert i Norge, enn å innføre en ny ordning med høykostnadsbeskyttelse.

Vurdering av universelt tannhelsetilskudd og tannhelseabonnement

Utvalget har vurdert om opprettelse av et universelt tilskudd for voksne til nødvendige tannhelsetjenester kan være et aktuelt tiltak. Et universelt tilskudd kan gis årlig eller annethvert år, og beløpet kan differensieres for ulike aldersgrupper. Hva som er rett tidsintervall, beløp og

aldersdifferensiering, må utredes nærmere om et slikt tilskudd skal innføres.

I Sverige gis tilskudd (*Allmänt tandvårdsbidrag – ATB*) på 300 eller 600 svenske kroner årlig avhengig av alder, med mulighet for å spare opp to år. Tilskuddet må benyttes hos tannlege eller tannpleier som er tilsluttet en statlig tannpleiestøtteordning, og trekkes automatisk fra regningen før pasienten betaler. Formålet med det svenske tilskuddet er forebygging. En liknende ordning finnes også i Danmark. Der får pasienten enten en gitt prosentandel av prisen eller et fast tilskudd til en bestemt type behandling. De svenske og danske ordningene er nærmere beskrevet i vedlegg 1 *Tannhelsetjenesten i Sverige og Danmark*. I en kort periode fantes det et liknende tiltak for eldre i Norge. Se nærmere omtale under vurdering av eget tannhelsetilskudd til eldre i kapittel 13.2.6.2 *Målrettede skjermingsordninger*.

En annen svensk ordning utvalget har sett på, er et tannhelseabonnement (*abonnemangstandvård*). Denne ordningen går ut på at pasienten inngår en avtale med sin tannlege eller tannpleier om å få tannbehandling til fast pris i tre år. Pasienten kan bruke tannhelsetilskudd som delbetaling av kontrakt om tannhelseabonnement. Tannhelseabonnement tilbys først og fremst av den offentlige tannhelsetjenesten, men det forekommer også private tilbydere. Se vedlegg 1 *Tannhelsetjenesten i Sverige og Danmark* for nærmere beskrivelse.

Erfaringer fra Sverige (SOU 2021:8) viser at den svenske befolkningen i liten grad har kjennskap til universelt tannhelsetilskudd (*Allmänt tandvårdsbidrag – ATB*). Tilskuddet har heller ikke ført til flere besøk i tannhelsetjenesten for de utsatte gruppene som mottar dobbelt tilskudd. Drøyt 80 prosent av de som benytter tilskuddet i Sverige, bruker det i forbindelse med en basisundersøkelse. Andelen pasienter som går gjennom en undersøkelse uten etterfølgende behandling, har steget kraftig de siste årene. Selv om dette delvis kan forklares med at befolkningen har fått bedre tannhelse, kan det også vise et overforbruk av basisundersøkelser. Økningen sammenfaller med en kraftig økning av tannhelseabonnement i den offentlige tannhelsetjenesten (*folktandvården*). I dag har hver tiende pasient i Sverige et tannhelseabonnement. Dette tilsvarer ca. 800 000 pasienter.

Hvor mange som benytter seg av tannhelseabonnement, varierer mellom regioner, kjønn og sosioøkonomi. I enkelte tynt befolkede strøk er det begrenset mulighet for å tilby abonnement på grunn av manglende kapasitet i den offentlige tannhelsetjenesten. Undersøkelser viser at unge

kvinner er mest tilbøyelige til å inngå tannhelseabonnement, og at abonnement er mindre vanlig i sosioøkonomisk sårbare grupper og for pasienter med lav sykdomsrisiko.

I utredning av det svenske tannhelsesystemet (SOU 2021:8) anbefaler de at generelle tilskudd erstattes av behovsbaserte tilskudd til forebyggende tannhelsebesøk, basert på individuell risikovurdering av pasienter. Dette skal rette tilskuddene mot pasienter som har størst behov, og dempe overforbruk av undersøkelser hos friske pasienter.

Utvalgets vurdering er at innføring av et universelt tilskudd eller en abonnementsordning vil kunne gi voksenbefolkningen en viss økonomisk støtte til tannhelsetjenester. Det vil også gjøre eventuelle økonomiske barrierer for å oppsøke tannhelsetjenesten noe lavere. I tillegg kan ordningene ha en forebyggende effekt fordi de kan motivere til regelmessig tannhelsekontroll.

Ordningene vil derimot ikke gi beskyttelse mot høye utgifter. De med stort behov for tannhelsetjenester vil fremdeles risikere høy egenbetaling. I tillegg ser utvalget at et universelt tilskudd potensielt kan føre til økte priser. I Sverige steg den gjennomsnittlige prisen for tannhelsetjenester med 11 prosent da den statlige tannhelsestøtten, som tannhelsetilskuddet er en del av, ble innført (Tandvårds- och Läke-medelsförmånsverket, 2015).

Utvalget mener at et universelt tilskudd eller et tannhelseabonnement ikke er det mest hensiktsmessige tiltaket for å redusere befolkningens risiko for store utgifter og de sosiale forskjellene i oral helse og bruk av tannhelsetjenester. Utvalget ønsker dermed ikke å foreslå slike ordninger. Å utvide frikortordningen er et bedre tiltak, jf. forslag 10.

13.2.6.2 Målrettede skjermingsordninger

Utvalget har vurdert flere ulike ordninger som kan skjerme enkelte grupper i befolkningen mot risiko for store utgifter ved nødvendig tannbehandling. Dette kapitlet presenterer utvalgets vurderinger av målrettede skjermingsordninger som utvalget har vurdert, men ikke foreslår.

Som beskrevet i kapittel 13.2.6.1 ønsker utvalget en universell skjermingsordning, jf. forslag 10. *Utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Opprette et eget frikort for tannhelsetjenester som en overgangsordning.*

Utvalgets mener at når en universell skjermingsordning er på plass, er det ikke behov for

målrettede skjermingsordninger i tillegg. Utvalget foreslår derfor ingen målrettede ordninger utover forslag 6. *Utvide den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for pasienter med særskilte behov.*

Utvalget har likevel vurdert ulike målrettede skjermingsordninger og vil presentere disse vurderingene videre i dette kapitlet. Vurderinger omfatter både utvidelse av eksisterende ordninger og nye ordninger.

Vurdering av utvidelse av folketrygdens stønadsordning som en målrettet ordning

I kapittel 12 *Utvalgets vurdering av dagens tannhelsetjeneste* framgår det at ny fagkunnskap i dag ikke systematisk fanges opp, og i for liten grad inkorporeres i folketrygdens stønadsordning for tannbehandling. Videre framgår det at det er lite data om voksnes tannhelse, og en konsekvens er blant annet lite utvikling av stønadsordningen.

Vilkårene for folketrygdens stønad til tannhelsetjenester er i stor grad regelstyrte. Det er lite rom for å utøve skjønn. Det er nødvendig med en regelmessig og systematisk gjennomgang av ordningen. Prinsipper for prioritering som Stortinget har vedtatt, bør legges til grunn. Gjennomgang bør også inkludere en utredning av om flere tannsykdommer og tilstander som påvirker tannhelsen, bør inngå i ordningen og hvilke tilstander som eventuelt skal utgå som følge av endrede prioriteringer. For å få til dette trengs et bedre kunnskapsgrunnlag enn det som er tilgjengelig i dag, jf. kapittel 12.10. *Behov for bedre kunnskapsgrunnlag.*

Utvalget har fått Helsedirektoratets rapport om å endre innretningen på stønaden til periodontitt. Utvalget har ikke vurdert forslagene i rapporten, men mener at denne typen utredning er et godt eksempel på nødvendig gjennomgang som bør gjøres regelmessig og av hele stønadsordningen.

Som det kommer fram av forslag 10. *Utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Opprette et eget frikort for tannhelsetjenester som en overgangsordning*, foreslår utvalget en universell skjermingsordning. Utvalget mener at det ikke i tillegg er behov for en ordning rettet mot kun utvalgte tannsykdommer og tilstander som påvirker tannhelsen.

Samtidig mener utvalget at enkelte grupper med særskilt og stort behov for tannhelsehjelp, kan ha behov for egne ordninger. Utvalget mener at disse gruppene bør ivaretas av den offentlige

tannhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten, jf. kapittel 13.2.3 og 13.2.4.

Vurdering av spesifikt tannhelsetilskudd til personer med særskilte behov for tannhelsehjelp

Et tiltak for ekstra økonomisk beskyttelse av pasienter med særskilte behov for tannhelsehjelp, kan være et spesifikt tannhelsetilskudd etter modell fra Sverige, jf. beskrivelse av *særskilt tandvårdsbidrag (STB)* i vedlegg 1 *Tannhelsetjenesten i Sverige og Danmark*. I Sverige har tilskuddet som formål å gi ekstra støtte til pasienter som har høyere risiko for å utvikle tannproblemer på grunn av visse sykdommer eller funksjonshemninger som innebærer en risiko for nedsatt tannhelse. Tilskuddet er 600 svenske kroner per halvår.

Utvalgets vurdering er at pasienter med særskilt behov for tannhelsehjelp ikke vil bli tilstrekkelig ivaretatt gjennom et spesifikt tannhelsetilskudd. Utvalget foreslår derfor andre tiltak som etter utvalgets vurdering vil gi et bedre tilbud for disse pasientene, jf. kapittel 13.2.3 og 13.2.4.

Vurdering av eget tannhelsetilskudd til eldre

I kapittel 2.5 *Utviklingstrekk* vises det til at flere eldre har gjenværende tenner, ofte tenner med restaureringsarbeid, og at debut av bistand i hjemmet blir utsatt til stadig høyere alder. Eldre med restaurerte tannsett vil ha behov for jevnlig kontroll og tannbehandling. Videre kan en aldrende befolkning innebære et større forbruk av legemidler hvor flere har munntørrethet som bieffekt. Munntørrethet vet vi gir økt risiko for utvikling av orale sykdommer.

Med dette som bakgrunn har utvalget vurdert om det er aktuelt å opprette et tannhelsetilskudd til nødvendige tannhelsetjenester, særlig rettet mot eldre.

I en kort periode fantes det et liknende tiltak for eldre i Norge. Regjeringen Stoltenberg II foreslo i statsbudsjettet for 2013 (Helse- og omsorgsdepartementets Prop. 1 S (2012–2013)) en ordning der pasienter skulle få inntil 800 kroner i stønad til tannhelsekontroll, annethvert år fra kalenderåret de fylte 75 år. Forslaget ble anslått å ha budsjettmessige konsekvenser på 80 millioner kroner årlig. Formålet var regelmessig tannhelsekontroll for å kunne oppdage eventuell forringelse i tannhelse hos eldre og dermed forhindre uheldig og uverdigg forfall av tannhelsen. Det var en forutsetning at tannhelsekontrollen omfattet undersøkelse, aktuelle røntgenbilder, diagnostikk og eventuelt behandlingsforslag, og opplæring i

egenomsorg. Ordningen trådte i kraft fra andre halvår 2013, men ble opphevet i forbindelse med overgang til ny regjering, da Stortinget vedtok statsbudsjettet for 2014.

I likhet med et universelt tilskudd vil et tannhelsetilskudd som er rettet mot eldre, gi en viss økonomisk støtte til tannhelsetjenester og gjøre den eventuelle økonomiske barrieren for å oppsøke tannhelsetjenester noe lavere. I tillegg kan tilskuddet ha en forebyggende effekt fordi det vil motivere til regelmessig tannhelsekontroll. Et universelt tilskudd vil derimot ikke gi beskyttelse mot høye utgifter. De med stort behov for tannhelsetjenester vil fremdeles risikere høy egenbetaling.

Utvalget mener det er særlig viktig for eldre at tannhelsetjenesten fungerer slik at personer som har rett til tjenester, får informasjon om og benytter seg av tilbudet. Dette ivaretas bedre gjennom tiltak knyttet til et styrket offentlig tannhelsetilbud enn ved et eget tannhelsetilskudd for eldre, jf. forslag 3. *Styrke den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for forebygging, oppsøkende og målrettede tilbud for dem som har et særskilt behov.*

Etter utvalgets vurdering vil eldre generelt få tilstrekkelig økonomisk beskyttelse gjennom en universell frikortordning og eventuelt redusert egenandel. En universell frikortordning legger til rette for at alle med behov for nødvendig tannhelsehjelp, kan motta økonomisk støtte fra det offentlige også når de ønsker å benytte seg av den private tannlegen de kanskje har hatt gjennom store deler av livet.

13.2.7 Prisregulering og tilgjengelig prisinformasjon for tannhelsetjenester

Utvalget har vurdert behovet for kostnadsreduserende tiltak i lys av de generelle funnene om prisutviklingen, jf. kapittel 3.4.3 *Prisutvikling* og kapittel 3.4.4 *Prisnivå og prisspredning* samt forslagene om utvidelse av offentlig finansiering av tannhelsetjenester og utvidelse av frikortordningen for å beskytte pasienter mot høye utgifter. En utvidelse av offentlig finansiering vil forsterke behovet for prisregulering av offentlig finansierte tjenester. Innretningen av en slik regulering må imidlertid vurderes nøye opp mot helsepolitisk måloppnåelse. En prisregulering av deler av tjenestetilbudet kan bidra til reduserte utgifter for behandlingene som er omfattet av regulering. Samtidig kan priser for og/eller omfanget av tjenester som ikke er underlagt en prisregulering, øke for å sikre samlet lønnsomhet hos private tannhelsetilbydere. En regulering må altså veies

opp mot eventuell fare for overprising og/eller overbehandling i det segmentet som forblir uregulert. Erfaring fra Sverige viser at den gjennomsnittlige prisen for tannhelsetjenester steg med elleve prosent da den statlige tannhelsestøtten og ordningen med referansepriser ble innført, jf. vedlegg 1. Den konkrete innretningen av en prisregulering bør derfor vurderes nøye.

Utvalgets flertall medlemmene Evensen, Alamdari, Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Jakhelln, Kjennedalen, Lysaker, Onarheim, Rønning og Tovmo foreslår:

Forslag 11 A. Innføre prisregulering ved offentlig finansiering av tannhelsetjenester og utrede hvordan en slik regulering bør utformes

Utvalget mindretall, medlemmet Olsen-Bergem foreslår:

Forslag 11 B. Utrede prisregulering for tannhelsetjenester ved utvidelse av offentlig finansiering

Dette medlemmet støtter innføringen av prisregulering for tannhelsetjenesten, ved en utvidelse av offentlig finansiering av tjenesten, der tannhelsetjenesten er lik resten av helsetjenesten. Før en eventuell prisregulering innføres må både innretning og konsekvenser av slik regulering utredes. Utredningen må omhandle situasjonen både ved en trinnvis og umiddelbar innføring av en universell ordning.

Utvalget er i mandatet bedt om å komme med forslag som kan bidra til å styrke kunnskap om prisnivå på tannhelsetjenester, og vurdere hvordan kostnader for tannhelsetjenester kan reduseres. Økt kunnskap om prisnivå og prisforskjeller mellom tannleger vil kunne gjøre etterspørselen mer priselastisk og øke konkurransen i markedet, og på den måten bidra til lavere priser og kostnader for pasientene og eventuelt det offentlige. Offentlig finansiering og refusjon gjør normalt etterspørselen mindre prisfølsom, noe som vil kunne medføre svært høye priser når tannlegene fritt kan sette priser. Et mulig og ofte benyttet tiltak er da å innføre en form for priskontroll.

Funnene i kapittel 3.4.3 *Prisutvikling* viser at tannhelsetjenesten har hatt en realprisvekst de siste 20 årene. Siden avviklingen av honorartariffer for tannbehandling og innføringen av fri prissetting i 1995 har prisen på tannhelsetjenester

steget kraftigere enn prisveksten på øvrige varer og tjenester. Endring av priser for å sikre lønnsomhet og teknologisk utvikling kan være blant årsakene til utviklingen.

Kapittel 3.4.4 *Prisnivå og prisspredning* viser til kartlegginger som finner en gjennomgående tendens til høyere priser i mer sentrale strøk, og i større, mer folkerike, kommuner. Videre finner kartleggingen små prisforskjeller mellom offentlige og private klinikker, men at kjeder i snitt har om lag ti prosent høyere priser enn andre private klinikker.

Kapittel 3.4.5 *Befolkningens tannbehandlingsutgifter* viser til at i løpet av det siste året eller de to siste årene har henholdsvis 6 og 7 prosent av deltakerne i to befolkningsundersøkelser betalt mer enn 10 000 kroner for behandlingen, og at sannsynligheten for høyere utgifter stiger med alderen. Undersøkelsene viser videre at utgiftene er høyere for de som har fått tannhelsetjenester hos en kjede.

Utvalget har begrenset tilgang til prisutviklingen over tid og har heller ikke fått tilgang til tilstrekkelig informasjon for å kunne vurdere om dagens prisnivå og prisutviklingen er i henhold til kostnadsutviklingen hos tannhelsetilbydere. Prisene kan også settes med formål om å maksimere virksomhetenes lønnsomhet.

Kjeder kan dra nytte av stordriftsfordeler, jf. omtale i kapittel 12.8. Denne formen for effektivisering kan tenkes å bidra til lavere priser for pasientene, gitt at effektiviseringsgevinster gis videre i form av prisreduksjoner. Funnene fra prisundersøkelsen med om lag ti prosent høyere priser hos kjedene tyder imidlertid på at stordriftsfordelene foreløpig ikke har medført lavere priser. Funnene kan videre tyde på at det er lite konkurranse om pris. Utvalget ser heller ikke andre tegn i markedet som tyder på at kostnader for tannhelsetjenester reduseres, som følge av utviklingen i markedet.

Utvalget vurderer at det er behov for å styrke innbyggernes og myndighetenes kunnskap om prisnivå og prisforskjeller på tannhelsetjenester. Kunnskapen for innbyggere kan styrkes ved å gjenåpne prisportalen. Kapittel 10 viser imidlertid utfordringer ved bruk av prisportalen for tannhelsetjenester. Utvalget mener at prisportalen må videreutvikles for å møte utfordringer på en bedre måte enn tidligere. Behovet for god kunnskap om tilgjengelige støtteordninger forsterkes ved eventuell utvidelse av det offentliges ansvar for tjenesten.

Utvalget mener derfor at portalen bør videreutvikles for å gjøre informasjon mer tilgjengelig

og sammenliknbar for forbrukere, og for å inkludere informasjon om støtteordninger. Dette vil kunne bidra til reduserte kostnader og mer likeverdig tilgang blant innbyggere. Etter full implementering av en universell ordning, bør behovet for en prisportal vurderes på nytt.

Utvalgets flertall medlemmene Evensen, Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Jakhelln, Kjenndalen, Lysaker, Onarheim, Rønning og Tovmo foreslår:

Forslag 12. Videreutvikle og gjenåpne prisportal for tannhelsetjenester ved innhenting av priser via Kommunalt pasient- og brukerregister

Utvalgets medlemmer Alamdari og Olsen-Bergem støtter ikke dette forslaget. Disse medlemmene mener at prisportal egner seg i større grad for varer enn for tjenester. Det er krevende å gi god prisinformasjon på forhånd når det gjelder tannhelsetjenester. Riktig pris og behandlingsforslag kan først gis etter en individuell vurdering av den enkelte pasient. Tannhelsetjenester er å anse som et tillitsbasert gode når brukerne har liten kunnskap om hvordan tannhelsesystemet fungerer og hva som gir rett til stønad. Behovet for en prisportal vil heller ikke være til stede i et system med universell tannhelsetjenestedeckning. Prisportal er heller ikke relevant i en ordning med avtaler mellom tannleger og den offentlige tannhelsetjenesten som regulerer pris.

Disse medlemmene anerkjenner behovet for god kunnskap om tilgjengelige støtteordninger og behandlinger i tjenesten. Helsenorge.no er en slik informasjonsportal som gir brukerne økt og oppdatert kunnskap, og som er allment kjent. En prisportal kan bidra til reduserte kostnader og mer likeverdig tilgang for innbyggerne, men kan vel så mye bidra til koordinert atferd mellom aktører som medfører økte priser, så vel som feilinformasjon til befolkningen.

En prisportal vil, etter *disse medlemmenes* vurdering, heller ikke gi opplysninger om pris på tannbehandling som består av flere separate tjenester i samme besøk, eller i flere besøk. Særlig utfordrende blir det for den helprivate delen av tjenesten der den enkelte tannklinik og pasient kan inngå avtaler som gir prisreduksjon.

Disse medlemmene kan heller ikke støtte en ordning som først påtvinges en privat tjeneste, for deretter å avkreve finansiering av aktørene i tjenesten.

13.3 Tannhelsetjenester av god kvalitet

Tannhelsetjenesten skal være kunnskapsbasert. Det innebærer blant annet en styrking av den praksisnære og klinikkdrevne forskningen i tjenestene. Forskning bidrar til tjenester av god kvalitet. Kunnskap om befolkningens tannhelse og tjenestenes kvalitet er et viktig grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten.

Åpenhet og tillit til tannhelsetjenesten legges til grunn for utvalgets vurderinger og tiltak. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må også kjennetegnes av åpenhet (Meld. St. 9 (2023–2024)).

Innenfor helse- og omsorgssektoren er det en rekke tiltak for å sikre kvalitet i tjenestene, hindre uønsket variasjon og styrke pasientsikkerheten. Det er nødvendig å benytte disse tiltakene også innenfor tannhelsetjenesten. Noen av tiltakene kan innbefatte at tannhelsetjenesten harmoniseres med øvrige helsetjenester, og noen tiltak er det behov for å utvikle særskilt for tannhelsetjenesten. Tiltakene bør ha til hensikt å tydeliggjøre ansvar og bidra til at tjenesten ivaretar sitt ansvar for å yte faglig forsvarlige tannhelsetjenester.

13.3.1 Tjenestekvalitet

Det skal pågå et kontinuerlig arbeid for økt kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

I kapittel 8.1 *Kvalitetsindikatorer* omtales de sju indikatorene som finnes for tannhelsetjenesten. For å bidra til tjenestenes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet bør nasjonale myndigheter utvikle flere kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten. Disse indikatorene bør inngå i nasjonale myndigheters analyse og følge medansvar for tannhelsetjenesten og tannhelsen i Norge.

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må også kjennetegnes av åpenhet (Meld. St. 9 (2023–2024)). Åpenhet er også viktig for den enkelte pasient, blant annet ved valg av behandler. Resultatene fra kvalitetsindikatorene må være åpent tilgjengelig. Også her er det viktig å legge til rette for at disse kan tilgjengeliggjøres for forskning mv.

Tannrøntgen er generelt forbundet med lave stråledoser, men en stor andel av befolkningen blir eksponert for denne typen stråling ved besøk på tannklinikk. Bruk av avansert bildeteknikk innen tannhelsetjenesten har økt de siste årene. Det er ukjent om pasientene ved hyppige besøk utsettes for unødvendig medisinsk stråling. Se nærmere omtale i kapittel 8.4 *Medisinsk stråling*. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) har fått i oppdrag å etablere et nasjonalt system for overvåking av medisinsk strålebruk, der data primært skal hentes fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Styringsdata om strålebruk fra helseregistrene vil danne grunnlag for nasjonale utredninger, tiltak og prioriteringer for å øke kvaliteten og pasientsikkerheten som er forbundet med strålebruken.

Mulighetene som ligger i KPR må utnyttes i dette arbeidet. Her er det imidlertid nødvendig å vise til at effekten av tiltakene for den private tannhelsetjenesten vil avhenge av at de oppfyller lovkravet om å rapportere i registeret. Se omtalen av forslag 37/38 om konsesjon for private tannhelsetilbydere og rapportering til KPR som et av vilkårene for konsesjon.

Utvalget foreslår:

Forslag 13. Videreutvikle kvalitetsindikatorer for tannbehandling og gjøre dem offentlig tilgjengelig

I kapittel 10.8 *Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid* omtales kvalitetsregistre. Kvalitetsregistre samler informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper. Formålet er å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandlingen og å redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingsskvalitet. Det har vært gjennomført et utprøvningsprosjekt for et kvalitetsregister for implantater i tannhelsetjenesten. Et slikt implantatregister vil gi systematisk informasjon om hvilke produkter som benyttes, slik at tannhelsetjenesten framover benytter produkter med best kvalitet i form av bestandighet eller tid fra innsetting til revisjon. Det gjelder ikke bare implantater, men også fyllingsmaterialer og varighet på fyllinger generelt.

Prosjektet med implantatregister viste at dataene som ble innhentet, var relevante og analyserbare, og indikerer at det er mulig å få til god registrering av implantatbehandling. Samtlige klinikker som var med i prosjektet, valgte elektronisk

innmelding av data. I Helsedirektoratets arbeid med Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er det et viktig prinsipp at data som meldes inn, skal kunne hentes ut fra elektronisk pasientjournal for å redusere arbeidsbelastningen ved innmelding mest mulig (Helsedirektoratet, 2024). Det videre arbeidet med utvikling av KPR og data fra Norsk pasientregister (NPR) må også legge til rette for strukturert informasjon som skal inngå i kvalitetsregistre, jf. forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) § 4-1 og 4-2.

Utvalget mener det er behov for å etablere kvalitetsregistre for tannhelsetjenesten. Det framstår som fornuftig å starte med å etablere et implantatregister. Prosjektet viser at det årlig blir satt inn ca. 15 000 tannimplantater med refusjon, og at refusjonsbeløpet for disse utgjør ca. 100 millioner kroner (Lygre et al., 2020). I tillegg betaler pasientene ofte en egenandel. Omfanget av implantater og kunnskapen om at et stort antall av den voksne befolkningen, særlig de eldre, har faste protetiske restaureringer, som krone, bro og implantat, er særlig omtalt i kapittel 2. Denne kunnskapen tilsier at man bør starte med et slikt kvalitetsregister i tannhelsetjenesten. Det er også startet et arbeid med å etablere et kvalitetsregister for TOO-pasienter.

Utvalget foreslår:

Forslag 14. Etablere kvalitetsregistre for tannbehandling

I kapittel 10.3.1 *Tannhelsetjenestens kompetansesentre* vises det til at en av deres oppgaver er å gi fagstøtte til offentlig og privat tannhelsetjeneste, og gi råd til andre tjenesteområder og befolkningen. Evaluering av sentrene viser at fagstøtte og rådgivning er en viktig oppgave overfor tannhelsetjenesten, og et riktig supplement til spesialisttannhelsetjenesten ved sentrene (PriceWaterhouseCoopers AS (PwC), 2023). Det er også et stort forbedringspotensial for formidling av tjenestetilbudet til personell i tjenesten. Det gjelder fagstøtte og kursvirksomhet og kompetansesentrenes formidling av forskningsresultater til tjenesten. Evalueringen finner at det etterspørres mer synlighet i tjenesten, og det tilrås at kompetansesentrene må sørge for at tilbudet når ut til hele tannhelsetjenesten. Funnene tyder på at sentrenes støtte til tannhelsetjenesten er bedre kjent, og benyttes mer av den offentlige tannhelsetjenesten enn av private aktører.

Utvalget mener det er behov for å styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i tannhelse-

tjenesten. Et viktig bidrag til dette er kompetansesentrenes fagstøtte og rådgivning til tjenestene. Evalueringen finner at det er rom for økt samarbeid og samordning på tvers av sentrene, og å øke kompetansesentrenes bistand overfor den private tannhelsetjenesten.

Data fra KPR vil være et viktig verktøy for sentrenes og tjenestenes arbeid med tjenesteutvikling, kvalitet og pasientsikkerhet, og data om egen praksis vil være en viktig komponent i dette arbeidet.

Utvalget foreslår:

Forslag 15. Øke tannhelsetjenestens regionale kompetansesentres bistand til privat tannhelsetjeneste

Forslag 16. Legge til rette for systematisk kvalitetsarbeid i tannklinikk basert på KPR-data

For å foreta gode prioriteringsbeslutninger er det nødvendig å ha kunnskap om tiltakets effekt, sikkerhet og kostnad. I spesialisthelsetjenesten er det etablert kunnskapsstøttesystemer og prosedyrer, og det er foreslått å utvikle et kunnskapsstøttesystem for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 38 (2020–2021)). Utvalget foreslår at tilsvarende kunnskapsstøttesystem utvikles for tannhelsetjenesten.

Utvalget anbefaler videre at det utarbeides nasjonale faglige prioriteringsveiledere for tannhelsetjenesten, basert på prioriteringskriteriene, jf. kapittel 11.3 *Prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet*. Helsedirektoratet har ledet flere slike prosesser i helse- og omsorgstjenesten og bør få tilsvarende oppdrag for tannhelsetjenesten. Prosessen må utformes slik at relevante fagmiljøer, brukergrupper og organisasjoner blir hørt, og innspill ivaretatt. Legitime prioriteringsbeslutninger forutsetter både at prinsippene og kriteriene som legges til grunn, og prosessene som fører fram til avgjørelsene, er åpne. Det må være mulig å etterprøve beslutningene og vurdere om de er i samsvar med kriteriene. Ikke minst er det viktig å få innsyn i kunnskapsgrunnlaget beslutningene hviler på, og hvordan ulike hensyn er avveid i forhold til hverandre.

Det er også nødvendig å legge til rette for at profesjonene i tannhelsetjenesten gis tilstrekkelig opplæring i prioritering, skjønnsutøvelse og profesjonsetikk. Beslutninger om hvilke tiltak eller hvilke pasienter som bør prioriteres, tas på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten. På klinisk nivå vurderes ulike tiltak for den enkelte

pasient, og disse beslutningene hviler på konkrete vurderinger av pasienten. På samme måte som prioriteringsarbeid er satt på dagsorden i helse- og omsorgstjenesten, er det behov for å styrke tannhelsetjenestens kunnskap om prioriteringsetikk.

Utvalget foreslår:

Forslag 17. Utvikle kunnskapsstøttesystem og prioriteringsveiledere for tannhelsetjenesten

13.3.2 Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og praksisnær forskning

I kapittel 10.1 omtales den pågående forsknings- og innovasjonsstrategien på tannhelsefeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Strategien er tiårig og løper ut 2027. Den følges opp av en nasjonal nettverksgruppe som består av sentrale forskningsaktører og institusjoner innenfor tannhelsefeltet i Norge. Omlegging av forskningsfinansieringen for kompetansesentre (inkl. Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM) og Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG)) som mottar finansiering over statsbudsjettet, har også bidratt til økt oppmerksomhet på forskning. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at sentrenes samlede forskningspoeng øker for hvert år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024a).

Utvalget viser i kapittel 12.5.2 *Behov for å styrke tannhelsetjenestens ansvar for forskning og praksis i utdanningene* til at det er behov for en økning av tjenesteforskningen innenfor det orale helsefeltet. I forbindelse med HelseOmsorg21-strategien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) ble behovet for et kunnskapsløft for kommunene omtalt. Det ble også foreslått at kommunesektoren på sikt burde få et sørge for-ansvar for forskning.

Den kliniske og praksisnære forskningen danner grunnlaget for en kunnskapsbasert praksis. Bedre kunnskap gjennom forskning er sentralt for utviklingen av framtidens helse- og omsorgstjeneste. Et sterkere kunnskapsgrunnlag vil bidra til bedre kommunal planlegging og utvikling, riktigere prioritering og nye og gode løsninger i helse- og omsorgstjenesten. Mer forskning vil dermed styrke kvaliteten i tjenestene, noe som er nødvendig blant annet for å møte langsiktige utfordringer, slik som nye brukergrupper og flere eldre. Delaktelse i forskning og fagutvikling er dessuten viktig for å rekruttere og beholde personell.

Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032* viser til at det er et stort kunnskapsbehov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Mengden forskning i og for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten står ikke i forhold til kunnskaps- og samhandlingsbehovet i stadig mer komplekse tjenester. Forskning er ikke tilstrekkelig integrert i tjenestetilbudet.

Rapporten som kommunenes strategiske forskningsforum, som er utarbeidet på oppdrag fra HelseOmsorg21-rådet, kom også med forslag til finansiering av et kunnskapsløft for helse- og omsorgstjenestene i kommunal sektor (Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), 2019). Utvalget foreslår et kunnskapsløft på samme nivå, som innebærer at om lag 1 prosent av ressursbruken til tannhelsetjenester (om lag 21, 8 milliarder kroner), det vil si at 218 millioner kroner bør settes av til praksisnær forskning, se nærmere omtale av dette i kapittel 16.3 *Økonomiske konsekvenser*.

I kapittel 13.3.3 drøftes forskning, og utvalget foreslår å gi den offentlige tannhelsetjenesten et medvirkningsansvar for forskning. Forslaget nevnes likevel her fordi dette er en viktig del i utvalgets forslag om å styrke kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og praksisnær forskning.

Utvalget mener det er behov for å styrke den kliniske og praksisnære forskningen innenfor tannhelsefeltet, og integrere/implementere forskningen i tjenestene.

Utvalget foreslår:

Forslag 18. Styrke praksisnær forskning på oral helse og tannhelsetjenester

For å nå målet om å styrke kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og praksisnær forskning er det behov for å vurdere eksisterende forsknings- og kompetansesentre innen tannhelseområdet.

De fem lærestedene som utdanner tannhelsepersonell, er viktige forskningsaktører og har omfattende forskning på oral helse. Sektorprinsippet innenfor forskningspolitikken innebærer at alle departementene har ansvar for forskning innenfor sin sektor. Kunnskapsdepartementet har et koordineringsansvar i forskningspolitikken og finansierer universitets- og høgskolesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet bevilger midler til budsjettområder i Norges forskningsråd. Forskningsrådets konkurransebaserte ordninger er viktige for å sikre høy kvalitet og for å innrette

forskningsaktiviteten mot kunnskapsbehovene i ulike samfunnssektorer. Forskningsrådets kartlegging, jf. kapittel 10.2, viser at innvilgelsesprosenten for oralhelsesøknader i perioden 1. juni 2018 til 31. mai 2023 er på linje med det generelle tildelingsnivået for forskerprosjekter og kompetanse- og samarbeidsprosjekter.

Evalueringen av tannhelsetjenestens kompetansesentre, viser også at det er behov for i større grad å inngå samarbeidsavtaler mellom forskningsaktører i sektoren. Det er også behov for at tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre inngår samarbeidsavtaler. Dette er et av tiltakene i den pågående forskningsstrategien, men som i liten grad er fulgt opp.

Eksempelvis ble det i Prop. 71 L (2021–2022) (som ble opphevet av Stortinget våren 2022) foreslått å overføre det samlede ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, inkludert odontologiske spesialisthelsetjenester. Man mente det ville være uheldig å splitte opp det offentlige ansvar. Videre mente man at det ikke eksisterer noe faglig, lovmessig, organisatorisk eller finansielt skille mellom allmenntannhelsetjenesten og spesialisttannhelsetjenesten. En oppsplitting ville også gå utover pasienter med omfattende og sammensatte behov. Etter en overgangsordning og en nærmere utredning ble det foreslått å overføre spesialisttannhelsetjenesten og tannhelsetjenestens kompetansesentre til kommunene.

Et samlet utvalg mener at det bør ses nærmere på tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre. Evalueringen har vist at sentrene har vært sentrale for tannhelsetjenesten når det gjelder tjenesteutvikling og praksisnær forskning. Utvalget mener det er viktig at sentrene er regionale, og at den offentlige tannhelsetjenesten er tilknyttet et senter. Det gjelder også de fylkeskommunene som i dag ikke er tilknyttet sentrene. Dette innebærer at tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre samlet blir landsdekkende for hele den offentlige tannhelsetjenesten.

Utvalget foreslår:

Forslag 19. Sikre at tannhelsetjenestens kompetansesentre får en regional funksjon og er landsdekkende

Utvalget vurderer at de foreslåtte tiltakene som drøftes i dette kapitlet i hovedsak er uavhengig av forvaltningsnivå for den offentlige tannhelse-

tjenesten. Når det gjelder forslag 20 har medlemmene ulike syn og forslag på forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten som igjen får innvirkning på tiltaket, jf. kapittel 15 *Organisering av den offentlige tannhelsetjenesten*.

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Kjenndalen, Onarheim og Tovmo vurderer at ved å overføre ansvaret for tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til de regionale helseforetakene, vil det bidra til målet om å styrke kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og praksisnær forskning. I tillegg vil det kunne gi mer tverrfaglig forskning hvor en utforsker grenseflater mellom tannhelse og øvrig helse. En sentral del av dette er at spesialisthelsetjenesten allerede har et lovpålagt sørge for ansvar for forskning, og derigjennom at helseforetakene har en forskningsinfrastruktur med støttefunksjoner som kompetansesentrene i dag mangler. I tillegg finnes det kompetansmiljøer for kvalitetsregistre i helseforetakene.

Utvalgets flertall bestående av medlemmene, Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Kjenndalen, Onarheim og Tovmo foreslår:

Forslag 20 A. Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til de regionale helseforetakene

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Evensen, Alamdari, Jakhelln, Lysaker og Olsen-Bergem og Rønning vurderer at ved å overføre ansvaret for tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til den offentlige tannhelsetjenesten eller tannhelseforetak, vil det bidra til målet om å styrke kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og praksisnær forskning. Sentralt her er at kompetansesentrene organiseres sammen med den samlede offentlige tannhelsetjenesten. En annen del av dette er at den offentlige tannhelsetjenesten også får et lovpålagt medvirkningsansvar for forskning. Se forslag 22 *Lovregulere et medvirkningsansvar for kommunal sektor for forskning i tannhelsetjenesten*.

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Alamdari, Jakhelln, Lysaker og Olsen-Bergem foreslår:

Forslag 20 B. Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til tannhelsetjenesten ved tannhelseforetak

Utvalgets andre mindretall bestående av medlemmene Evensen og Rønning foreslår:

Forslag 20 C. Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til den offentlige tannhelsetjenesten

Forslag 20, i de tre versjonene, innebærer et behov for overgangsordninger som sikrer sentrene nødvendig økonomisk trygghet og forutsigbarhet. Det er behov for å utrede finanseringen i forbindelse med denne oppgaveoverføringen nærmere. Forslagene innebærer å øke og overføre tilskuddsmidlene til sentrene til rammefinansieringen til de regionale helseforetakene, tannhelseforetak eller den offentlige tannhelsetjenesten. Sentralt er at sentrene er på samme forvaltningsnivå som spesialisttannhelsetjenesten eller den samlede tannhelsetjenesten. Se også omtale av forslag 20 i kapittel 16.3 *Økonomiske konsekvenser*.

13.3.3 Forskning og praksis i utdanning

Som et ledd i at tannhelsetjenester i størst mulig grad bør harmoniseres med øvrige helse- og omsorgstjenester vurderes tannhelsetjenestens ansvar for forskning og praksis i utdanningene.

I kapittel 10.10 *Utdanning av helsepersonell* vises det til at studenter i alle helse- og sosialfagutdanningene er ute i praksis i perioder. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialutdanningene sier at utdanningsinstitusjonene skal inngå samarbeidsavtaler med praksistilbydere. Det er ulikt hvor mye og over hvor lang tid de ulike lærestedene som utdanner tannhelsepersonell i Norge, bruker tannhelsetjenesten som praksisarena. Utdanningsstedene bruker mye ressurser på å skaffe praksisplasser, veilede tjenestene og noen steder også bidra økonomisk. I kapittel 12.5.2 vises det til at det er behov for å vurdere om den offentlige tannhelsetjenesten burde få et sørge for-ansvar for praksis i utdanning.

Praksisstudier har tre formål: kunnskap, sosialisering og rekruttering. Man antar at praksis under utdanning har betydning for rekruttering. Det finnes imidlertid lite forskning som kan bidra til å understøtte denne antakelsen. Man tror at der studentene har vært i praksis og fått en god opplevelse, vil de også kunne ønske å arbeide etter endt utdanning.

Helsedirektoratet har vurdert konsekvensene av å utvide dagens kommunale medvirkningsansvar for praksisutdanning, til et kommunalt sørge for-ansvar for praksisutdanning (Helse-

direktoratet, 2020b). Utvalget mener det er behov for en tilsvarende utredning knyttet til tannhelseutdanningene i Norge og å regulere et ansvar for praksis i utdanningene for tannhelsetjenesten. Endring i forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten, drøftet i kapittel 15, kan ha betydning for forslaget.

Utvalget foreslår:

Forslag 21. Lovregulere et sørge for-ansvar for praksis i utdanningene

Vurderingen og forslag om et sørge for-ansvar for utdanning henger sammen med vurderingen av samtidig å innføre et ansvar for forskning.

De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring dekkes innen deres region. Til forskjell fra kommunene og fylkeskommunene har spesialisthelsetjenesten et sørge for-ansvar for pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, pasientopplæring (tilsvarende som tannhelsetjenesten) og ansvar for forskning. Sørge for-ansvaret for forskning anses som viktig for at spesialisthelsetjenesten skal holde seg oppdatert om den medisinske utviklingen. De regionale helseforetakene har særskilt ansvar for den praksisnære forskningen som er tett integrert i den kliniske virksomheten.

Å likestille og harmonisere kommunesektorens sørge for-ansvar for utdanning og forskning ble vurdert i forbindelse med HelseOmsorg21-strategien. Det har blitt trukket fram at kommunesektoren ikke har samme infrastruktur for forskning som spesialisthelsetjenesten har, og derfor ikke kan ivareta et slik sørge for-ansvar. Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) fikk i oppdrag av HelseOmsorg21-rådet å utrede et kunnskapsløft for kommunesektoren. KSF understreker behovet for forskning av høy kvalitet og med relevans for kommunenes ansvarsområder. De viser til at det er en skjevfordeling av forskningsmidler mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For å få mer likeverdighet i dette mener de at et sørge for-ansvar for forskning og utdanning i kommunene bør vurderes (Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), 2019).

En viktig del av et slikt ansvar er at det er etablert sentre som driver forskning og tjenesteutvikling. Tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre er regionale forskningsmiljøer som driver praksisnær forskning innenfor tannhelsefeltet.

Utvalget mener det er viktig å legge til rette for kunnskapsbasert utvikling av tjenestene, og ikke minst at det forskes mer i og med de områdene som er relevante for tannhelsetjenesten. Det er viktig at forskningsmiljøene tar tjenestene med i en tidlig fase når prosjekter etableres. Tjenestene bør også oftere være deltakende aktører i forskningssystemet.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 sier at kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget mener tannhelsetjenesten bør få et tilsvarende ansvar som kommunene har for forskning. Endring i forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten, drøftet i kapittel 15, kan ha betydning for forslaget.

Utvalget foreslår:

Forslag 22. Lovregulere et medvirkningsansvar for kommunal sektor for forskning i tannhelsetjenesten

Se for øvrig omtale av forslag 18. *Styrke praksisnær forskning på oral helse og tannhelsetjenester* og forslag 20 A, B, C.

13.3.4 Tannhelsetjenestens bidrag til å avdekke vold, overgrep og sykdom

I kapittel 4.5.2 *Samhandling med barnevernet og barnehusene* redegjøres det for lovgrunnlaget i

Boks 13.2 Sørge for-ansvar

De regionale helseforetakene (RHF) har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen i eget geografisk område. Ansvaret kan oppfylles ved egenproduksjon eller kjøp av tjenester fra andre helseregioner eller private aktører. De regionale helseforetakene må, for å ivareta sørge for-ansvaret, sikre at helseforetakene oppfyller forventningene om behandlingsskapasitet og aktivitet, slik at befolkningen får nødvendige spesialisthelsetjenester (Meld. St. 9 (2023–2024), s. 126).

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 lister opp at sykehus skal ivareta følgende oppgaver: 1) pasientbehandling, 2) utdanning av helsepersonell, 3) forskning og 4) opplæring av pasienter og pårørende.

§ 1-3 c i tannhelsetjenesteloven. Den slår fast at tannhelsetjenesten skal være i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Videre er temaet gitt bred omtale i den nasjonale faglige retningslinjen TannBarn og i felles veileder for samarbeid mellom skole, helse, tannhelse, barnevern, arbeids- og velferdsforvaltningen, familievernkantorene og krisesentrene. Omtalen viser at det pågår et arbeid med å styrke fagområdene, og sikre bedre samhandling.

Når det gjelder tannhelsetjenestens samhandling med og ansvar i Statens barnehus, bør barn også tilbys en tannhelseundersøkelse. Der er det utarbeidet kliniske prosedyrer for gjennomføring av undersøkelsene. Nesten alle barnehusene (10 av 11) har mulighet for tannhelseundersøkelser. Det varierer hvor omfattende tannhelsetilbudet er ved de enkelte barnehusene, viser årsrapporten for barnehusene i 2022 (Politidirektoratet, 2024). Årsaken til dette avhenger av de avtalene det enkelte barnehus har inngått med tannhelsetjenesten.

I kapittel 12.4.5 vises det til at det er behov for i større grad å se sammenhengen mellom oral sykdom/skade og øvrig helse. Munnhelsen har innvirkning på den somatiske helsen på en rekke områder og omvendt. Etter hvert som kunnskapen om disse sammenhengene øker, er det viktig å implementere kunnskapen i tannhelsetjenesten slik at også denne delen av helse-tjenesten kan bidra til å avdekke somatisk og psykisk sykdom.

Utvalget mener at tannhelsetjenesten, som er en helsetjeneste barn og unge er hos regelmessig gjennom hele oppveksten, har en sentral rolle i arbeidet mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Utvalget ønsker derfor å styrke tannhelsetjenestens arbeid ved å regulere samarbeid med barnevernet og med Statens Barnehus i samarbeidsavtaler, jf. forslag 32. *Innføre lovpålagte samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og med øvrige helse- og omsorgstjenester.* Dette er et område hvor det i størst mulig grad bør gis et enhetlig tilbud over hele landet.

Utvalget foreslår:

Forslag 23. Styrke tannhelsetjenestens arbeid med å avdekke vold, overgrep og sykdom

Forslag 24. Regulere tannhelsetjenestens samarbeid med barneavdelingene i de regionale helseforetakene, barnevernet og Statens Barnehus

13.3.5 Bruk av digitale verktøy

Tannhelsetjenesten har gode rutiner for henvisning til tannlegespesialist der de vurderer at pasienten har behov for det. Stønads punkt 8 Bittanomalier i folketrygdens stønad til tannbehandling har et krav om at barn og unge skal ha henvisning fra allmenntannlege eller tannpleier til kjeveortoped. Det er kjeveortopedene som avgjør om behandling er nødvendig, og i tilfelle hvilken behandling. Både informasjon til pasienten om hvorfor det er nødvendig med en henvisning, og kvaliteten på henvisning, er av betydning (Vigen et al., 2010).

Det er i dag et system, inkludert et skjema, for henvisning av barn fra helsestasjon og skolehelsetjenesten. Tilsvarende er det et system for når tannhelsetjenesten gir bekymringsmelding til barnevernet.

I dag er det ikke et godt nok digitalt system for henvisning innad i tannhelsetjenesten og mellom tannhelsetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester. Dette går utover pasientsikkerheten. I kapittel 10.9 omtales digitaliseringen av tannhelsetjenesten. Det er store utfordringer til tross for at det er gjennomført flere samhandlings- og meldingsprosjekter i fylkeskommunene med noe informasjonsutveksling med annet personell i og utenfor den offentlige tannhelsetjenesten, jf. omtale i boks 10.5.

Utvalget foreslår:

Forslag 25. Utrede digitale systemer for henvisning innad i tannhelsetjenesten og til alle deler av helse- og omsorgstjenesten

I kapittel 12.5.4 vises det til at tannhelsetjenesten ligger langt bak de øvrige helsetjenestene i bruk av nasjonale e-helseløsninger. Det er stort behov for å gi tannhelsetjenesten tilgang til digitale verktøy på lik linje med øvrige helse og omsorgstjenester.

I kapittel 10.9 *E-helse og digitalisering* vises det til at det i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027) varsles at det skal legges til rette for at digitale løsninger understøtter en helhetlig samhandling mellom personell. Utfordringen i tannhelsetjenesten er at noen av arbeidsprosessene er digitale, men ikke digitaliserte. Videre brukes telefon og post til å komme i kontakt med pasientene og til å motta og sende henvisninger til øvrig helsetjeneste. Dette er personellintensive

arbeidsoppgaver som med fordel kan digitaliseres. Det må derfor utvikles og tas i bruk digitale løsninger som frigjør tid til pasientbehandling, uten at det går ut over kvalitet og pasientsikkerhet. Det vises til det pågående arbeidet i regi av fylkeskommunene, jf. kapittel 10.9 *E-helse og digitalisering*.

I kapittel 3.3.5 vises det til at det utdannes for få tannhelsesekretærer, og at det kan bli en økende mangel på denne yrkesgruppen over tid (Statistisk sentralbyrå, 2023a). Økt digitalisering kan muligens bidra til å kompensere noe for mangelen på tannhelsesekretærer.

Utvalget foreslår:

Forslag 26. Gi tannhelsetjenesten økt tilgang til digitale verktøy

13.4 Klage, tilsyn og pasientsikkerhet

13.4.1 Klageadgang

Klage- og tilsynsordninger bidrar til å avdekke systemfeil, avdekke manglende kompetanse hos det enkelte helsepersonell og bidrar til at helsepersonell får tilbakemeldinger på mulige feil ved arbeidet. Klage- og tilsynsordninger er derfor av betydning for at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes. At kvaliteten på helsehjelpen har god standard, vil styrke allmennhetens tillit til standen.

Klage- og tilsynsordninger er viktige for at pasienten skal ha effektive måter å ivareta sine rettigheter. Behandling i en klage- eller tilsynsordning krever normalt mindre ressurser enn behandling hos domstolene. Det utsetter heller ikke pasienten for den økonomiske risikoen pasienten må ta om en sak bringes inn for domstolene, jf. tvisteloven kapittel 20.

Ulempene ved klage- og tilsynsordninger er at driften krever ressurser. Det tar også tid og arbeid for pasienten og helsepersonellet å være part i en klage- eller tilsynssak. Hvis det ikke er gjort feil, vil det være liten gevinst i å behandle en klage.

Siden det er både fordeler og ulemper med klage- og tilsynsordninger, bør målet være å ha ordninger med riktig mengde saker.

Som omtalt under kapittel 8.6 og 12.6 er det mange utfordringer med dagens klage- og tilsynsordninger. Utvalget har derfor vurdert om det er behov for å gjøre endringer.

Antall instanser

Det finnes en rekke instanser som kan behandle klager eller begjæring om tilsyn. Det gjør at det kan være vanskelig for pasienten å finne fram til riktig instans.

Klageinstansene har imidlertid til dels forskjellige formål. Statens helsetilsyn og statsforvalterne jobber for eksempel med å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Norsk pasientskadeerstatning behandler på sin side krav på erstatning som følge av feil ved behandlingen.

Instansene kan også til dels sies å jobbe med saker av forskjellig alvorlighetsgrad. Statens helsetilsyn og statsforvalterne kan føre tilsyn med om pliktene i helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven er brutt, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 7-4. Statens undersøkelseskommissjon undersøker bare alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold, jf. lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten § 5.

Etter utvalgets syn har instansene som jobber med å behandle klager og tilsyn, nødvendige funksjoner. Det er derfor ikke hensiktsmessig å redusere antall instanser. I stedet må man se på andre løsninger som gjør det enklere for pasientene å navigere i systemet.

Feil ved behandlingen

Ved overgang til en universell modell vil det offentlige ha ansvar for at alle pasienter har tilgang til nødvendige tannhelsetjenester. Ansvaret vil omfatte å rette opp feil som er gjort ved tidligere behandling. Dette innebærer at det er behov for bestemmelser som sikrer at pasienten får en ny undersøkelse, dersom det er grunn til å tro at det har vært en feil ved behandlingen.

En ny undersøkelse innebærer at tannhelsepersonell vil ta stilling til om det har blitt gjort en feil, og i så fall rette feilen. Etter utvalgets syn vil det å rette opp feil ved en tidligere behandling være nødvendig tannhelsehjelp. Se omtale i kapittel 16.1.1 *Nødvendig tannhelsehjelp*.

Eventuelt økonomisk tap kan kreves erstattet av Norsk pasientskadeerstatning, og pasienten kan begjære tilsyn.

Etter utvalgets syn vil det ikke i tillegg være behov for en egen klageinstans som skal ta stilling til om det har blitt gjort feil ved tannbehandling. Løsningen vil være i samsvar med ordningene man har i den øvrige helsetjenesten.

Pris på behandling

I dag er det ikke noen klageinstans som tar stilling til uenighet om pris på behandling. Dette skiller seg fra en del andre forbrukerområder hvor det er opprettet klagenemnder som behandler klage over pris.

Ved omleggelse til en universell modell vil pasientene bare betale en egenandel på behandlingen. Det er derfor ikke behov for å ha en klageinstans som arbeider med å behandle klager over pris på behandlingen, slik det ville vært om man videreførte dagens system.

Det vil være mest hensiktsmessig at klager over beregning av egenandel behandles på samme måte som for øvrige helsetjenester.

Mulighet for å klage til pasient- og brukerombudet for pasienter hos privat tannhelsepersonell

Å gi pasienter hos privat tannhelsepersonell mulighet til å klage til pasient- og brukerombudet ble vurdert i Prop. 64 L (2018–2019). I punkt 4.1.4 skriver Helse- og omsorgsdepartementet:

«Departementet finner det ikke naturlig og hensiktsmessig å utvide arbeidsområdet for pasient- og brukerombudene til å gjelde tannhelsetjenester som utføres av private tannleger og tannpleiere uten avtale med fylkeskommunen. Dette har sammenheng med at ombudsordningen i dag er generelt avgrenset til helse- og omsorgstjenester som er en del av det offentliges ansvar.

Departementet kan ikke se at det er særlige grunner til at private tannhelsetjenester bør omfattes av ombudsordningen. Pasienter som får utført tannbehandling hos privat tannlege uten avtale med fylkeskommunen, kan benytte seg av Den norske tannlegeforenings klagenemndsordning. Dette er en landsdekkende ordning med lokale klagenemnder som behandler klager over den faglige utførelsen av tannbehandling utført av Tannlegeforeningens medlemmer. Om lag 95 prosent av landets tannleger er medlemmer i foreningen. Etter departementets vurdering vil mange problemer som oppstår i forbindelse med tannbehandling som utføres av private tannleger, kunne løses innenfor rammene av denne tvisteløsningsordningen.»

Ved overgang til en universell modell vil alle pasienter i Norge være omfattet av det offentliges

ansvar. Det innebærer at ombudets arbeidsområde vil omfatte pasienter som går til privat tannhelsepersonell med avtale med det offentlige, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 8-3.

Felles klagemottak

At dagens klagesystem er komplisert, kan avhjelpest ved at det opprettes et felles mottak for klager over tannhelse. Mottaket vil ha ansvar for å ta imot klager fra pasientene og sende klagen til rett instans. Hvis klagen ikke inneholder nok informasjon til å vurdere hvor den skal sendes, må mottaket veilede pasienten. En slik løsning vil flytte utfordringene med å navigere i dagens system fra pasientene til mottaket.

Det vil være en risiko for at mottaket sender klagen til feil instans. Risikoen er nok allikevel lavere enn om pasientene selv skal finne ut hvor klagen skal sendes. Konsekvensene av feilsending kan også avhjelpest ved at man har regler om at klagefristen avbrytes, når klagen sendes til mottaket.

Utvalget har imidlertid ikke kommet fram til at man vil foreslå å opprette et felles mottak. Det vil være begrenset behov for et slikt mottak etter at en universell ordning er innført. Selv om det kan ta noe tid å få en universell ordning på plass, vurderer utvalget at det ikke er hensiktsmessig å opprette et mottak i en overgangsperiode.

Bedre informasjon om klagemuligheter

Mange instanser informerer om muligheten for å klage over tannbehandling på sine hjemmesider. Klagemulighetene presenteres imidlertid forskjellig, og flere instanser har mangelfull eller upresis informasjon. Det er derfor behov for å forbedre informasjonen om muligheten for å klage.

Utvalget ser det som positivt at både offentlige og private instanser forsøker å veilede pasientene i muligheten for å klage. At selv tannhelsetjenesten har vansker for å gi en riktig framstilling av klageordningene, ser utvalget som et utslag av at dagens system er komplisert.

Siden det kan være vanskelig for de enkelte instansene å lage presis informasjon, anbefaler utvalget at det utarbeides retningslinjer og informasjon fra sentralt hold.

Utvalget foreslår:

Forslag 27. Utarbeide retningslinjer for tannhelsetjenestens plikt til å informere om klagemuligheter etter behandling

13.4.2 Tilsyn

Tilsyn med virksomheter

De opplysningene Helsetilsynet har gitt, tilsier at det føres tilstrekkelig kontroll med vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg, omtale i kapittel 8.6.2.

Statens helsetilsyn har funnet «ikke forsvarlig vurdering, kartlegging eller oppfølging av pasienters tannhelse» ved tilsyn med ni kommuners sykehjem eller hjemmetjeneste. Funnene tilsier at det er behov for å undersøke om tannhelse ivretas tilstrekkelig av sykehjem og hjemmetjenester på landsbasis.

Overgang til en universell ordning vil føre til store endringer i retten til tannhelsehjelp. Det kan være behov for tilsyn med at pasienter får sine rettigheter ved overgang til en ny ordning.

Tilsyn med tannhelsepersonell

Som det framgår i kapittel 8.6.2, føres det begrenset tilsyn med tannhelsepersonell. Det bør utredes nærmere om det er behov for økt tilsyn. Det bør også utredes om det er behov for at pasientene får bedre informasjon om muligheten til å anmode om tilsyn.

Pasientenes rettigheter

Statsforvalterne skal vurdere hvordan en anmodning om tilsyn skal følges opp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 a. Kommer Statsforvalteren fram til at en anmodning om tilsyn ikke skal følges opp, har ikke pasienten anledning til å klage, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 a sjetted ledd. En slik løsning innebærer at tilsynsmyndighetene ikke trenger å bruke ressurser på klager hvor det framstår som lite sannsynlig at det er gjort feil. Det innebærer samtidig en risiko for at anmodninger som burde være behandlet, ikke blir det.

Om pasientene burde ha klagerett, ble vurdert i Prop. 100 L (2012–2013), hvor det i punkt 10.3 står:

«I likhet med flertallet av høringsinstansene stiller departementet fortsatt seg tvilende til at en klagerett vil bidra til å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Denne usikkerheten sett i sammenheng med de betydelige merkostnadene og forlengelse av saksbehandlingstid dette vil medføre, taler etter departementets vurdering i mot en klagerett på Fylkesmannens avgjørelser.

Departementet ser at lik behandling av tilsynssakene i de ulike fylkene er viktig av hensyn til rettsikkerheten for påklaget helsepersonell og for pasienter og pårørende. Imidlertid er det også andre virkemidler som kan bidra til en mer ensartet praksis enn innføring av klageordning, som for eksempel opplæring og gjennomgang av praksis på landsdekkende samlinger. Videre vil den foreslåtte innsyns- og uttaleretten langt på vei ivareta viktige rettsikkerhetshensyn blant annet ved at sakene blir bedre opplyst i den innledende utredningsfasen som danner grunnlaget for Fylkesmannens avgjørelser»

Utvalget slutter seg til dette. Å gi pasientene rett til å klage over Statsforvalterens avgjørelse vil også begrense tilsynsmyndighetenes adgang til å prioritere blant henvendelsene de får.

Utvalget foreslår:

Forslag 28. Utrede om det er behov for å styrke tilsynet med tannhelsetjenesten.

13.4.3 Rett til ny vurdering

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasientene rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand av en annen fastlege eller av spesialisthelsetjenesten, jf. pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 c og § 2-3.

I Ot.prp. nr. 12 (1998–99) punkt 4.5.1 beskrives behovet for rett på en ny vurdering slik:

«Forholdet mellom lege og pasient er ofte så nært og gjelder så vidt viktige spørsmål for pasienten at det stilles særlige krav til tillit og samarbeid. I enkelte tilfeller kan det oppstå situasjoner som gjør at pasienten mister tilliten til legen slik at grunnlaget for fortsatt samarbeid faller bort. Det kan være mange årsaker til dette, fra klare feil eller overgrep fra legens side til misforståelser eller urimelige krav eller forventninger fra pasientens side. I noen tilfeller kan pasienten også være uenig i den diagnose legen fastsetter eller den behandling vedkommende foreslår. Uenigheten kan skyldes at pasienten har vanskelig for å forsones seg med en alvorlig diagnose. Pasienten kan ha en udefinert følelse av at diagnosen er gal uten å ha konkrete holdepunkter for at legen har tatt feil.

Når slike situasjoner oppstår, kan pasienten ha et sterkt behov for å få sin tilstand vurdert av en annen lege eller en annen medisinsk enhet, eventuelt at en annen lege eller annen medi-

sinsk enhet overtar ansvaret for den videre behandling.»

De samme hensynene gjør seg gjeldende på tannhelsefeltet.

Tannhelsetjenesteloven har imidlertid ikke en bestemmelse om rett til ny vurdering. Det må ses i sammenheng med at lovens utgangspunkt er at de fleste pasienter dekker utgiftene selv. Hvis pasienten ønsker en ny vurdering, står pasienten fritt til å oppsøke en ny tannlege.

Utvalget foreslår å utvide omfanget av tannhelsetjenester i frikortordningen. Det vil da være behov for å regulere når pasienten har krav om å få en ny vurdering dekket under frikortet.

Etter utvalgets syn er det grunn til å begrense retten til ny vurdering av tannhelsetilstanden til tilstander av en viss alvorlighet. En ubetinget rett til ny vurdering vil føre til høy bruk av ressurser. Begrensningen må også ses i lys av at regelmessig oppfølging og kontroll allerede er en viktig del av tannhelsetjenestens arbeid. I mange tilfeller vil pasienten derfor ha rett til en ny undersøkelse når det har gått noe tid. Pasienten vil da kunne velge å gå til en annen tannlege.

Hvilke tilstander som skal gi rett til en ny vurdering, må vurderes ut fra kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet. Det vises til drøftingen av hva som er nødvendig tannhelsehjelp i kapittel 16.1.1.

Utvalget foreslår:

Forslag 29. Innføre rett til en ny vurdering av tannhelsetilstand

13.4.4 Oppsøkende tjenester og taushetsplikt

Den offentlige tannhelsetjenesten har plikt til å oppsøke gruppene som er nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd.

Etter utvalgets syn er det fortsatt behov for at den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for å oppsøke grupper som har vansker med å ivareta egen tannhelse.

Den offentlige tannhelsetjenesten er avhengig av samarbeid med andre instanser for å komme i kontakt med gruppene som har vansker med å ivareta egen tannhelse. Det er blant annet behov for et samarbeid med kommunene for å følge opp pasienter på sykehjem og pasienter som mottar hjemmesykepleie.

I Prop. 71 L (2016–2017) punkt 10.9.2.4 uttales det at en del kommuner ikke deler navnet på pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet, med henvisning til taushetsplikten. Departementet

viste til at opplysningene kunne deles dersom pasienten samtykket, og at det derfor ikke var behov for lovendring.

Mange av pasientene som skal følges opp i den offentlige tannhelsetjenesten har begrenset mulighet for å ivareta seg selv. Noen av pasientene vil ikke ha samtykkekompetanse.

Etter utvalgets syn bør det inntas en hjemmel for å dele opplysninger med den offentlige tannhelsetjenesten. Hjemmelen bør tydeliggjøre at helse- og omsorgstjenesten kan gi den offentlige tannhelsetjenesten de opplysninger som er nødvendige for å ivareta pasientenes behov for hjelp til tannhelse. Pasientens behov for å styre over opplysninger om sin helse kan ivaretas ved at opplysningene ikke kan deles, dersom pasienten motsetter seg det.

Utvalget anbefaler også at det tydeliggjøres når helsepersonell kan opplyse den offentlige tannhelsetjenesten om pasienters behov for tannhelsehjelp. En mulighet er å gi en hjemmel som tilsvarende helsepersonelloven § 32 første ledd. Bestemmelsen lyder slik:

«Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal av eget tiltak gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.»

Utvalgets forslag innebærer ikke at pasienter som går til privat tannlege, har plikt til å bytte til den offentlige tannhelsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesten bør legge til rette for at pasienter som ønsker det, kan fortsette hos en privat tannlege som pasienten har et tillitsforhold til. Hvis den private tannlegen ikke følger opp pasienten, må helse- og omsorgstjenesten imidlertid kontakte den offentlige tannhelsetjenesten.

Utvalget foreslår:

Forslag 30. Innføre hjemmel for å dele opplysninger om behov for tannhelsetjenester med den offentlige tannhelsetjenesten.

13.5 Samhandling, styring og ansvar for tannhelsetjenesten

Utvalget har åpenhet og god ressursutnyttelse som verdier som bør vektlegges i den helhetlige

gjennomgangen av tannhelsetjenesten. Åpenhet og tillit er viktige drivere for effektiv forvaltning og økonomisk utvikling og et sentralt mål på om og hvordan offentlig sektor lykkes. Det vektlegges at forslagene skal bidra til best mulig samlet ressursutnyttelse. Rammene for en god helse- og omsorgstjeneste innbefatter også tannhelsetjenesten.

Det er behov for mer samhandling, og samordning mot øvrige helse-, omsorgs- og sosialtjenester. Dette innebærer også sterkere styring og ledelse i tannhelsetjenesten gjennom tydeliggjøring av ansvaret for drift, men ikke minst langsikt- og strategisk styring.

13.5.1 Samhandling med øvrig helse- og omsorgstjeneste

I kapittel 4.5 omtales samhandling mellom tannhelsetjenesten og helse-, omsorgs- og sosialtjenestene. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a) som ble lagt fram av Solberg-regjeringen, foreslo etablering av 19 helsefelleskap, og Stortinget sluttet seg til dette. Helsefelleskapene bygger på eksisterende samhandlingsavtaler og er en arena hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Hensikten er å finne løsninger som er tilpasset lokale forutsetninger og behov. Helsefelleskapene prioriterer fire grupper for utvikling av tjenester: barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer samt skrøpelige eldre.

Gruppene som skal prioriteres av helsefelleskapene er de samme som utvalget mener den offentlige tannhelsetjenesten bør få fullt ansvar for. Det bør derfor være mulig å legge til rette for at også tannhelsetjenesten deltar som likeverdig partner i helsefelleskapene. Endring i forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten, drøftet i kapittel 15, kan ha betydning for forslaget.

Utvalget foreslår:

Forslag 31. Inkludere den offentlige tannhelsetjenesten i helsefelleskapene

Den offentlige tannhelsetjenesten har i de fleste fylker inngått overordnede samarbeidsavtaler med kommunene. Tannhelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Andre tjenesteytere er

kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere samt private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av offentlige tjenesteytere.

Kommunene og helseforetakene har en lovfestet plikt til å inngå samarbeidsavtaler med hverandre, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. Det er ikke en tilsvarende regulert plikt for den offentlige tannhelsetjenesten til å inngå samarbeidsavtaler med øvrige helse- og omsorgstjenester og omvendt.

Reguleringen av samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak inneholder en rekke krav til avtalens innhold. Blant annet gjelder det samarbeid med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

I kapittel 4.4.2.7 *Tannbehandling i narkose* beskrives det at en del pasienter har behov for å få gjennomført tannbehandling i narkose. Tannhelsetjenestens kompetansesentre har et narkosetilbud noen dager i uken som en del av sin virksomhet som spesialklinikk. Flere fylkeskommunale tannhelsetjenester har også etablert muligheter for behandling i narkose på egne klinikker. Alle fylkeskommunale tannhelsetjenester samarbeider med spesialisthelsetjenesten om narkosebehandling. Noen av pasientene har også behov for narkose i forbindelse med annen behandling i spesialisthelsetjenesten. Da samarbeider tjenestene om å gjennomføre flere behandlinger samtidig for å gjøre det mindre belastende for pasienten. Videre er det noen pasienter som av medisinske årsaker kun kan motta narkose på sykehus.

Utvalget mener at det er viktig at de pasientene som har behov for å få nødvendig tannbehandling, får det i tide. Ventelistene på tannbehandling i narkose viser at det er uønsket variasjon. Men dette er forhold som må løses lokalt. Et bedre og mer systematisk samarbeid med øvrig helsetjeneste bør også omhandle tilgang til behandling i narkose. De foreslåtte samarbeidsavtalene bør inneholde blant annet tilgang på narkose for nødvendig tannbehandling.

Utvalget mener at de foreslåtte lovpålagte samarbeidsavtalene med kommunene som et minimum bør inneholde samarbeid om oppfølging av beboere på institusjon, personer som mottar helsetjenester i hjemmet og skrøpelige eldre. Avtalene bør særlig omhandle retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og opplæring av personell. Endring i forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten, drøftet i kapittel 15, kan ha betydning for forslaget.

Utvalget mener at det også for den offentlige tannhelsetjenesten må innføres en slik plikt til å

inngå avtaler med både kommunene og helseforetakene i regionen.

Utvalget foreslår:

Forslag 32. Innføre lovpålagte samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og med øvrige helse- og omsorgstjenester

13.5.2 Styring og samordning av helseberedskapen

I kapittel 4.6 *Helseberedskap*, omtales fylkeskommunenes ansvar for å fastsette og oppdatere beredskapsplaner innenfor sin region. Videre har fylkeskommunene ansvar for samordning av den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor (tannhelsetjenesteloven § 1-4). Statsforvalterens rolle i beredskap og kriser er å samordne kommunene og fylkeskommunene. Ansvar for den private tannhelsetjenesten i denne sammenhengen er lagt til den offentlige tannhelsetjenesten og fylkeskommunene. I kapittel 12.7.3 *Behov for å samordne helseberedskapen* vises det til tannhelsetjenestens samordningsansvar og at det i praksis har vist seg vanskelig å gjennomføre, eksempelvis under koronapandemien.

Nylig er det fremmet en melding om helseberedskapen i Norge (Meld. St. 5 (2023–2024)). Den viser til at også helse- og omsorgssektoren står overfor et endret og mer sammensatt risiko- og trusselbilde. Det omtales noen sentrale risikoer og sårbarheter som det må tas hensyn til, slik at man er best mulig forberedt på å møte framtidige kriser. Disse er klimaendringer, sammensatte trusler og krig, digital sikkerhet, forsyningsikkerhet, pandemi og smittsomme sykdommer, trygg vannforsyning og atomhendelser som truer liv og helse.

Meldingen viser til at personell som yter privatfinansierte tjenester, i likhet med annet personell i offentlige tjenester, er omfattet av helseberedskapsloven § 1-4, jf. § 1-3. Helse- og omsorgsdepartementet skal vurdere hvordan man i beredskapssituasjoner kan benytte denne personellgruppen på en bedre måte.

Meldingen omtaler behovet for å øve regelmessig og systematisk slik at personellet får den kompetansen de trenger for å utøve nødvendig fleksibilitet i beredskapssituasjoner. Det vil si at aktørene må kjenne til beredskapsplanverket og sin egen rolle i slike planer. Det gjelder kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere og helseforetak, men også private aktører.

Meldingen tydeliggjør behovet for å sikre at ressursene som finnes i den private tannhelsetjenesten, blir benyttet i kriser. I en tid med økt oppmerksomhet på betydningen av beredskap, er det viktig at ansvaret gjøres tydelig for alle aktørene. Statsforvalter har en viktig rolle og er bindeledd mellom lokalt og nasjonalt nivå med ansvar for samordning av samfunnssikkerhet og beredskap i fylket, herunder helseberedskap. Videre skal Statsforvalteren gjennom tilrettelegging og veiledning medvirke til at regionale og lokale etater etablerer planer som del av et samordnet planverk.

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes nasjonale register over autorisert helsepersonell med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven. Når det er nødvendig å løse oppgaver helse- og omsorgstjenesten er pålagt i lov eller forskrift, kan Norsk helsenettt innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt og behandle og sammenstille opplysningene med andre nødvendige opplysninger (pasientjournalloven § 21). Dette betyr i praksis at den offentlige tannhelsetjenesten kan koble data fra disse registrene og få en samlet oversikt over tannhelsepersonellet i sin region. En slik oversikt med kontaktinformasjon vil være viktig i beredskapssammenheng.

Utvalget foreslår:

Forslag 33. Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for samordning og styring ved kriser og tydeliggjøre den private tannhelsetjenestens plikt til å delta

13.5.3 Effektiv bruk av personellressurser

I mandatet bes utvalget særlig vurdere hvordan man kan oppnå effektiv bruk av de samlede personellressursene ved å utvide det offentlige ansvaret.

I kapittel 3.3 *Tilgjengelighet til tannhelsetjenester* vises det til at det er god dekning av tannhelsepersonell i Norge, og Statistisk sentralbyrå anslår at det går mot et overskudd av tannleger.

I kapittel 3 vises det til at 285 personer mottok autorisasjon som tannlege i 2022. Av disse var 136 utdannet i Norge, 109 i EU-/EØS-land, 26 i Norden og 14 utenfor EU. Fra og med studieåret 2023–2024 gir Lånekassen studenter utenfor Norden mindre stipend enn tidligere til skolepenger, og dette vil kunne redusere antallet norske odontologistudenter i utlandet.

Utvalget er blitt gjort kjent med at det foregår en diskusjon om tannteknikerutdanningen i Norge. Det er uklart for utvalget hvilke prosesser som er i gang, og hva som er besluttet. Utvalget vil derfor nøye seg med å peke på det tverrfaglige samarbeidet som kjennetegner den samlede tannhelsetjenesten i dag. Tannteknikerne har en naturlig og sentral del i dette tverrfaglige samarbeidet. Forhold knyttet til forsyningssikkerhet er også momenter å ha med i vurderingen. Utvalget mener det er viktig at Norge har en tannteknikerutdanning.

Utvalget viser til prinsippet om at Norge bør utdanne eget helsepersonell. Et utvalg oppnevnt av Kunnskapsdepartementet leverte en utredning i 2019 som så på studieplasser i medisin i Norge: behov, modeller og muligheter (Utredning fra Grimstadutvalget, 2019). Utvalget mener det er behov for en tilsvarende gjennomgang av studieplasser for tannhelsepersonell i Norge, med sikte på en riktig dimensjonering.

Utvalget foreslår:

Forslag 34. Utrede behov for studieplasser for tannhelsepersonell i Norge

I mandatet er utvalget bedt om særlig å vurdere tannpleiernes rolle i forebygging og behandling. Dette handler om effektiv bruk av personellressursene. I kapittel 10.7.1 *Kommunal tannpleier* redegjøres det for det pågående utviklingsprosjektet. Tannpleieren har i oppgave å bidra til opplæring og veiledning av personell i kommunen. Videre skal tannpleieren etablere rutiner slik at pasienten får god og riktig oppfølging med daglig tann- og munnstell. Tannpleier skal også bidra til at tann- og munnhelse vurderes inn i planarbeid og andre prosesser som pågår i kommunen, og bidra til at pasienter som har rett til gratis tannbehandling ved offentlig tannklinikk, får tilrettelagt informasjon om tilbudet.

I kapittel 12 *Utvalgets vurdering av dagens tannhelsetjeneste* vises det til behovet for å utsette og redusere behovet for helse- og omsorgstjenester (forebygging). Videre vises det til at det er behov for å vurdere tiltak som gjelder tannpleiernes rolle i forebygging. Statistisk sentralbyrå viser at det vil være en vekst i etterspørselen etter tannpleiere fram mot 2040, men veksten i etterspørselen er anslått å bli litt svakere enn veksten i tilbudet (Statistisk sentralbyrå, 2023a).

Samlet vil forslagene om en videre utvikling av kvalitetsindikatorer, kvalitetsregistre og Kommu-

nalt pasient- og brukerregisters data om tannhelsetjenestens innsats og tannhelsestatusen i egen befolkning gi større innsikt. Innsikten vil også dreie seg om behovet for og resultater av forebygging. Utvalget mener at tannpleierne i større grad enn i dag bør ha en tydelig rolle i aktivt forebyggende arbeid. Hensikten er å bidra til å redusere behovet for tannbehandling.

Utvalget foreslår at lovpålagte samarbeidsavtaler med kommunene som et minimum bør inneholde samarbeid om oppfølging av beboere på institusjon og skrøpelige eldre.

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 vises det til at man vil styrke arbeidet med sambruk av personell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Sambruk er en variant av det Helsepersonellkommissjonen omtalte som «hus og hytte»-stillinger – kombinerte stillinger. Ordningen med kombinerte stillinger prøves nå ut i Nordland. Se omtale i kapittel 10.7.1 *Kommunal tannpleier*.

Utvalget foreslår:

Forslag 35. Styrke arbeidet med sambruk av personell i kommunene, særlig av tannpleiere, overfor barn og unge samt grupper med særskilte behov

13.6 Tydeliggjøre rammene for utøvelse av privat virksomhet

I kapittel 5.2 vises det til at private tilbydere av tannhelsetjenester ikke omfattes av lov om tannhelsetjenesten, med unntak av noen få bestemmelser om forholdet til fylkeskommunene. Priser for tannhelsetjenester kan settes fritt, og det stilles ingen krav i lov eller forskrift knyttet til etablering, drift eller eierskap av private virksomheter som tilbyr tannhelsetjenester.

Utvalgets kartlegginger i kapittel 5.1 viser at markedet for private tannhelsetjenester er i rask endring, og situasjonen framstår som uoversiktlig.

I kapittel 12.3 *Behov for å tydeliggjøre rammene for den private tannhelsetjenesten* trekker utvalget fram at det kan være utfordringer med utviklingen fra tannlegeeide klinikker til et marked med kjeder. Tilsvarende utvikling skjer i andre europeiske land, og utvalget ønsker å peke på at det vil være behov å følge med på hvilke utfordringer dette eventuelt medfører, spesielt når det offentlige ansvar for tannhelsetjenester utvides.

Utvalget foreslår:

Forslag 36. Styrke tilsyn med private tannhelsetilbydere for å sikre etterlevelse i henhold til rammene for utøvelse av privat virksomhet

Utvalget vurderer at det er behov for ytterligere tiltak for å sikre at også privat tannhelsevirksomhet utføres i tråd med målsettinger og i tråd med en ny formålsparagraf, jf. omtale i kapittel 16.1.2. Samlet bidrar tiltakene til forbedret myndighetsstyring samtidig som de understøtter tiltakene rettet mot å redusere befolkningens risiko for store utgifter og risiko for pasientseleksjon (kapittel 13.2), samt tiltakene som skal sikre kvalitet og klageadgang (kapittel 13.3 og 13.4). Tiltakene må ledsages og understøttes av utvidede tilsynsoppgaver på området (forslag 36). Utvalget har videre vurdert innføring av lovkrav om offentlig godkjenning i form av klinikkonsesjon og eierskap av tannklinikker (eierskapskonsesjon) for private tilbydere av tannhelsetjenester. Forslaget må ses i lys av funn knyttet til pågående endringer i eierskap av tannhelseforetak, og den raske kjededannelsen med flere kjeder. Funnene om økt tilbud samtidig som etterspørselen etter tannbehandling er nedadgående, kan indikere en utvikling der endringer som pågår i markedet, vil kunne lede til en overetablering av private tannklinikker, særlig i sentrale strøk (Iges Institut, 2020). Utviklingen tilsier videre at det er behov for at aktørenes atferd i tannhelsemarkedet følges nøye av helsemyndigheter, for å kunne iverksette nødvendige tiltak som sikrer likeverdig tilgang til tannhelsetjenester av god kvalitet i hele landet, og som gir myndighetene adgang til nødvendig informasjon for å kunne følge med på utviklingen, spesielt i lys av den foreslåtte utvidelsen av offentlig finansiering. Utvalget har vurdert ulike tiltak som kan bidra til å dekke behovet. Det er blant annet vurdert å innføre bestemmelser som begrenser eierskap og fri etablering. Slike forslag vil imidlertid ikke være i tråd med utviklingen i markedsreguleringen av andre deler av helse- og omsorgstjenesten der det tilbys private helsetjenester. Regulering av apotekvirksomhet er et eksempel. Her har man siden 2000-tallet gått i retning av en friere regulering av etablering og eierskap.

Utviklingen i eierskap tilsier at et økende antall klinikker eies av kjeder. Det innebærer at det kan være stor geografisk avstand mellom klinikkens virksomhet og eiernes virksomhet. I lys av denne utviklingen ser utvalget behov for å sikre at faglige krav som stilles til tannhelsevirksomhet,

til enhver tid oppfylles av en fagperson som også er fysisk tilgjengelig i klinikken. *Utvalgets flertall* foreslår å innføre krav om klinikkonsesjon der det blant annet stilles krav om at klinikkonsesjonær har tannhelsefaglig bakgrunn som tannlege eller tannpleier, og relevant erfaring. Klinikkonsesjonen kan også stille krav til nødvendig språkkunnskap hos konsesjonæren. Klinikkonsesjonæren vil ha ansvar for at daglig drift av virksomheten er i tråd med faglige krav som stilles i regelverket. For å unngå utfordringer knyttet til mulig pasientseleksjon (jf. kapittel 13.2), vil klinikkonsesjonen også kunne stille krav om å tilby alle nødvendige tannhelsetjenester dersom man mottar offentlig finansiering. Med dette vil de bidra til likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for befolkningen uavhengig av geografi eller virksomhet. Innretning av et slikt krav vil etter *utvalgets flertall* sin vurdering måtte vurderes nærmere. Klinikkonsesjonæren vil også ha ansvar for å sikre tilstrekkelig medvirkning under tilsyn og for rapportering av nødvendig informasjon til myndighetene i henhold til krav som stilles i regelverk. Innretningen av konsesjonsordning vil etter *utvalgets flertall* sin vurdering måtte tilpasses graden av offentlig finansiering i tannhelsetjenesten og omfanget av offentlig finansierte tannhelsetjenester som ivaretas av den private tannhelsetjenesten.

Krav om rapportering av tannhelsesdata til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) bør etter *utvalgets flertall* sin vurdering inngå i vilkår for klinikkonsesjon. Myndighetenes behov for tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten er omtalt i kapittel 13.7. Der foreslår utvalget tiltak om å sikre tannhelsesdata i KPR og analysere data. Som omtalt, blant annet i kapittel 8.2.2 *Kommunalt pasient- og brukerregister*, har Helsedirektoratet utviklet løsning for datafangst som er tatt i bruk av den offentlige tannhelsetjenesten. Imidlertid har de private aktørene som er bedt om data, ikke innfridd kravet om innmelding. Den norske tannlegeforening har sendt en klage til Datatilsynet på kravet om innmelding av data til KPR til bruk for tannhelseutvalget. På bakgrunn av dette vurderer *utvalgets flertall* at det er nødvendig at krav om rapportering av tannhelsesdata til KPR inngår i vilkår for klinikkonsesjonen. Dette kan sikre etterlevelse av allerede gjeldende krav om rapportering til KPR. I tillegg vil det gi private tannhelsetilbydere økte muligheter for evaluering og utvikling av kvalitet i egen virksomhet, jf. forslag 16. Utvalget viser også til forslag om blant annet etablering av en konsesjonsordning for private tannhelsetilbydere samt

et register for tannklinikker som får innvilget konsesjon i Sverige (SOU 2023:82).

Utvalgets flertall vurderer at det er behov for å følge med på utviklingen i tilgang til personell, siden det vil være en viktig innsatsfaktor for oppfyllelse av helsepolitisk mål om å sikre likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet. Konsesjon bør derfor inneholde krav om rapportering av personell.

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Evensen, Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Kjenndalen, Lysaker, Onarheim, Rønning og Tovmo viser til forslag om konsesjonsordning og rapporteringskrav om økonomiske rammevilkår for private tannhelsetjenestetilbydere i Sverige for å sikre økt kontroll over tannhelsetjenesten i lys av pågående endringer i markedet (SOU 2023:82).

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Evensen, Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Kjenndalen, Lysaker, Onarheim, Rønning og Tovmo foreslår:

Forslag 37. Innføre lovfestet krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjoner for klinikkdrift

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Evensen og Rønning legger funn om liknende endringer i markedet og eierskapsstruktur til grunn, og de foreslår derfor at det i tillegg til klinikkonsesjon stilles krav om konsesjon for å kunne eie tannklinikker (eierkonsesjon). Grunnvilkårene for eierkonsesjon vil måtte defineres nærmere, men det bør stilles krav om å oppgi opplysninger om hvordan virksomheten skal drives og finansieres, hvilket personell som skal engasjeres, og personalets kompetanseutvikling samt hvordan det skal sikres at virksomheten drives i samsvar med gjeldende rett. Søkeren bør videre kunne dokumentere evne til å tilby lovpålagte tjenester på en forsvarlig måte og at klinikkens faglige virksomhet vil få et tilstrekkelig omfang. Dette innebærer også at det stilles krav om at økonomiske rammevilkår dokumenteres, for eksempel i form av årsberetning eller årsregnskap samt driftsrapport og revisjonsrapport for de nærmeste tidligere regnskapsår. Et slikt krav om eierskapskonsesjon vil etter *utvalgets mindretall* sin vurdering sikre at kvaliteten på tjenesten og pasientsikkerheten ikke settes i fare, som følge av et svakt økonomisk grunnlag for drift av klinikken. Det vil videre kunne understøtte kravet om å gi et helhetlig og samordnet tannhelsetilbud. Oversikt over aktørenes samlede økonomiske rammevilkår er en

sentral del av kunnskapsgrunnlaget som legges til grunn når ordningen med prisregulering av tannhelsetjenester innrettes, og for å sikre at ordningen og eventuelle konsekvenser kan følges opp på en hensiktsmessig måte, jf. kap. 13.2.7. Rapporteringskravene vil også gi myndighetene nødvendig innsikt til å kunne følge med på utviklingen i markedet for å sikre likeverdig tilgang til tjenester og kvalitet i tjenesten.

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Evensen og Rønning vurderer at slike rapporteringskrav ikke bør legges til klinikk-konsesjonæren, fordi slike dokumentasjonskrav vil kunne leveres av eiere samlet for alle klinikker. Dokumentasjonskrav som stilles til eierkonsesjonæren, bør begrenses på et nivå som sikrer myndighetene nødvendig styring samtidig som de administrative konsekvensene for aktørene holdes så lavt som mulig. En todeling av konsesjonen vil også muliggjøre å unnta de minste klinikker fra enkelte rapporteringsforpliktelser samtidig som det stilles de samme kravene til faglig forsvarlig drift, uavhengig av klinikkstørrelse og eierskapsforhold gjennom klinikkonsesjonen.

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Evensen og Rønning foreslår i tillegg:

Forslag 38. Innføre lovfestet krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjoner for eierskap av tannklinik

Utvalgets andre mindretall bestående av medlemmene Alamdari, Jakhelln og Olsen-Bergem støtter ikke forslagene 37 og 38. *Disse medlemmer* kan ikke støtte tiltakene slik de her er foreslått. Det er ikke i tilstrekkelig grad synliggjort hvilke utfordringer med dagens system en konsesjonsordning søker å løse.

Tannhelsetjenesten og helsetjenesten er begge i dag underlagt tilsyn og en rekke lover og reguleringer som er med på å sikre kvalitet og kontroll med tjenesten. *Disse medlemmene* mener økt offentlig finansiering og innføring av universell tannhelsetjenestedeckning vil styrke ytterligere kontroll og heving av kvalitet i tjenesten og etterlevelse av helsepolitiske mål.

Disse medlemmer er enig i at det bør utvikles ordninger som gir myndighetene tilstrekkelige virkemidler for å sikre faglig forsvarlig drift og styring av tannhelsetjenesten, slik at de helsepolitiske målene ivaretas, herunder å sikre befolkningens likeverdige tilgang til tannhelsetjenester uavhengig av geografi. Videre viser *disse medlemmer* til funn knyttet til pågående endringer i eier-

skap av tannhelseforetak, og den raske kjededannelsen med flere kjeder som er godt i gang med å etablere seg i markedet. Det er lite tilgjengelig kunnskap om den langsiktige effekten av denne utviklingen som gjelder forhold som for eksempel tilgang til personell i de ulike deler av tannhelsetjenesten, og i ulike deler av landet, kvalitet på tjenesten og forhold som gjelder pasientsikkerhet.

Disse medlemmene mener det er god grunn til å ønske å styrke den tannhelsefaglige styringen av denne utviklingen og å stille faglige krav til drift i den daglige virksomheten, som for eksempel språkkrav. Det er likevel ikke godt nok utredet hvilke andre løsninger, oppfølginger eller endringer som eventuelt bør vurderes, før en konkluderer med en konsesjonsordning som foreslått løsning. Det er heller ikke sannsynliggjort at denne ordningen vil medføre ønsket kontroll eller økt kvalitet. Dette må sikres gjennom lovverk og samarbeidsavtaler med tannhelsepersonell, slik det gjøres i helsetjenesten i dag.

Forslaget om konsesjon, er etter *disse medlemmenes* vurdering, i tillegg ikke godt nok konsekvensutredet i henhold til modellene som foreslås i utredningen ellers. Dette er særlig viktig hvis formålet å sikre etterlevelse i henhold til felles helsepolitiske mål. Forslaget om konsesjon legger videre til grunn at ordningen skal forvaltes av Helfo, alternativt Direktoratet for medisinske produkter, uten å vurdere eller tilkjennegi hvorfor disse er rett forvaltningsorgan. *Disse medlemmene* vil understreke at disse oppgavene ikke passer inn i disse organenes oppgaver eller ansvar i dag.

Disse medlemmene påpeker dessuten at disse forslagene ikke underbygger målet om en harmonisering mellom tannhelsetjenesten og resten av helsetjenesten, da det som foreslås er særordninger for tannhelsetjenesten, noe som ikke bidrar til en likestilling og harmonisering av tjenestene, men heller undergraver den. Disse ordningene vil være overflødige hvis den offentlige finansieringen økes og tannhelsetjenesten harmoniseres med resten av helsetjenesten.

13.7 Tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten

En forutsetning for flertallet av utvalgets forslag er at det innhentes og benyttes data om tannhelsetjenesten og befolkningens tannhelse. Utvalget er bedt særlig om å vurdere myndighetenes behov for tannhelsesdata som grunnlag for planlegging,

styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten. Dette er forhold som utvalget tar opp systematisk i utredningen, og som det er behov for at det i mye større grad utvikles og benyttes i det videre arbeidet med tannhelsetjenesten i Norge.

Tannhelsetjenesten bør i størst mulig grad være basert på kunnskap om samfunnets behov og med mål om en bærekraftig tjeneste. Dette innebærer blant annet at tjenestene må dimensjonere kapasiteten, basert på analyser og framskrivninger. Mandatet viser til at forslag skal baseres på tilgjengelig kunnskap og utredninger, med utgangspunkt i status og eventuelle framskrivninger av befolkningens tannhelse. Viktige dimensjoner i dette kunnskapsgrunnlaget er sosiale og geografiske forskjeller i bruk og tilgang, årsaker til forskjeller, forholdet mellom tilbud i privat og offentlig regi samt forskjeller i priser og behandling. Samfunnets behov for tannhelsetjenester og hensyn til bærekraft vil være styrende for forslag til videre utvikling og for vurderingene knyttet til en økning av det offentlige ansvaret.

Utvalget er bedt om å vurdere myndighetenes behov for tannhelsesdata som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten.

I kapittel 8.2 *Styringsdata* vises det til at Helsedirektoratet har i oppdrag å utvikle Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) slik at det omfatter data fra tannhelsetjenesten. Registeret skal gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Innmelding av tannhelsesdata til KPR vil blant annet gjøre det mulig å sikre informasjon om hvor tannhelsetilbud er tilgjengelig, om behovet for tannhelsetjenester i befolkningen og om det er variasjon i tilgjengelighet, finansiering og bruk av tannhelsetjenester.

I kapittel 10.9 *E-helse og digitalisering* vises det til Helsedirektoratets arbeid med SNOMED CT for tannhelsetjenesten. Dette kodespråket er en systematisering av helsefaglige begreper som kan brukes til å dokumentere og dele opplysninger knyttet til pasientbehandling. Ved å bruke et felles begrepsapparat skal det bli lettere å kommunisere mellom ulike deler av helsetjenesten. Det blir også lettere å sammenstille og sammenlikne innsamlede pasientdata.

I kapittel 12.10 *Behov for bedre kunnskapsgrunnlag* peker utvalget på omfanget av mangel på kunnskap i tannhelsesektoren. Mangelen på tannhelsesdata gjør det vanskelig for myndighetene og tjenestene selv å planlegge, styre og evaluere

tannhelsetjenesten. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) vil, når det er fullt utbygd, være den mest sentrale kilden til kunnskap for tannhelsesektoren. Analysemulighetene som ligger i KPR må i utnyttes fullt ut. Helsedirektoratet arbeider med en plan for permanent innmelding av tannhelsesdata til registeret.

Det er avgjørende at myndigheter har god oversikt over befolkningens tannhelse, og med utgangspunkt i data/kunnskap kan man utvikle tjenestene i tråd med samfunnets behov og på en bærekraftig måte. Denne kunnskapen vil bidra til godt forankrede og målrettede folkehelse tiltak. Når det gjelder forebyggende tiltak viser utvalget til forslag 4. *Integrere oral helse i nasjonale folkehelsesatsinger og -kampanjer for å gjøre befolkningen i stand til å ivareta egen oral tannhelse gjennom ulike faser av livet*. Det er derfor viktig at hele tannhelsetjenesten forstår betydningen av å ha et pålitelig og kontinuerlig kunnskapsgrunnlag på plass, og bidrar på en god og konstruktiv måte.

Som vist i utredningen er det flere undersøkelser som tyder på at befolkningens tannhelse blir stadig bedre. Noen undersøkelser viser at det er fallende etterspørsel etter ulike typer behandlinger. I kapittel 2 vises det til at deler av den eldre befolkningen har egne tenner med reparasjoner og implantat, som vil kreve økende behov for tannhelsetjenester (Kompetansesenteret Tannhelse Midt, 2024). Dette vil ifølge Helsedirektoratets rapport, som blant annet omhandler framskrivninger, gi en pukkeeffekt som krever mer ressurser en periode, og det vil kreve data fra tannhelsetjenesten for å kunne overvåke situasjonen (Helsedirektoratet, 2024). Utvalget mener det er sannsynlig at man står overfor et langvarig og stort behov for tjenester med en økende gruppe eldre pasienter som vil kreve betydelige ressurser. Flere eldre med egne intakte tenner vil øke behovet for forebyggende arbeid for at de skal kunne være smertefrie og ha god tyggefunksjon når evnen til å ivareta egen tannhelse svekkes. Riktig dimensjonering av tannhelsepersonell og forebygging av overbehandling er viktige stikkord. Utviklingen av befolkningens tannhelse må følges systematisk og regelmessig for å få svar på slike spørsmål, jf. omtale i kapittel 2.6.

Utvalget viser til omtalen i kapittel 13.6 hvor det omtales at det er behov for å tydeliggjøre rammene for utøvelse av privat virksomhet. Utvalgets flertall viser også til omtale av forslag 37 *Innføre lovfestet krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjon for klinikkdrift*. Innrapportering til KPR er et av vilkårene for konsesjon som er nevnt særskilt. Når det gjelder beredskap, viser utvalget

til forslag 33. *Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for samordning og styring ved kriser, og tydeliggjøre den private tannhelsetjenestens plikt til å delta.*

Utvalget foreslår:

Forslag 39. Samle tannhelsesdata i Kommunalt pasient- og brukerregister, og Norsk pasientregister og analysere innrapporterte data

Forslag 40. Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens overordnede ansvar for å tilby tannhelsetjenester til befolkningen, inkludert ansvar for folkehelsearbeid, beredskap og dimensjonering av tannhelsetjenesten

Kapittel 14

En universell tannhelsetjeneste – trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret

I dette kapittelet foreslår utvalget en framgangsmåte for en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret innen tannhelsetjenesten, jf. utvalgets mandat.

Utvalget understreker samtidig at forslaget om en universell tannhelsetjeneste, der alle gis rett til nødvendig tannhelsehjelp, ligger fast som utvalgets klare anbefaling, jf. forslag 1. *Alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester.* Utvalget erkjenner at det er behov for en overgangsordning, og vil i det følgende skissere alternative framgangsmåter for en trinnvis utvidelse av dagens offentlige tannhelseordning for å oppnå målet om en universell tannhelsetjeneste, som gir hele befolkningen tilgang til nødvendig tannhelsehjelp.

En trinnvis utvidelse av dagens offentlige tannhelseordning i retning en universell tannhelseordning må ta stilling til tre spørsmål: (i) hvilke behandlinger/tjenester skal inkluderes? (ii) hvilke pasientgrupper/indikasjoner skal inkluderes? (iii) hvor stor andel av behandlingstkosten skal dekkes av det offentlige, og hvor mye skal pasientene betale i egenandeler?

En trinnvis utvidelse av pasientgrupper/indikasjoner og behandlinger/tjenester bør gjøres i henhold til prioriteringskriteriene (alvorlighet, nytte, og ressurs). Det er også mulig å anvende prioriteringskriteriene i vurderingen av hvilken kostnadsdekning det offentlige skal tilby til ulike pasientgrupper og for ulike behandlinger og tjenester.

Målet om en universell ordning må være førende for hvordan en trinnvis utvidelse gjennomføres. Utvidelsene som foreslås, bør i størst mulig grad være universelle i sin natur og i minst mulig grad målrettede eller behovsbaserte. Samtidig er dette en vanskelig avveining gitt at en trinnvis utvidelse i praksis innebærer at noen pasientgrupper og behandlinger ikke omfattes i et første steg mot en universell ordning.

Et viktig veivalg ved en trinnvis utvidelse er om pasienter som i dag har rettigheter til offentlig

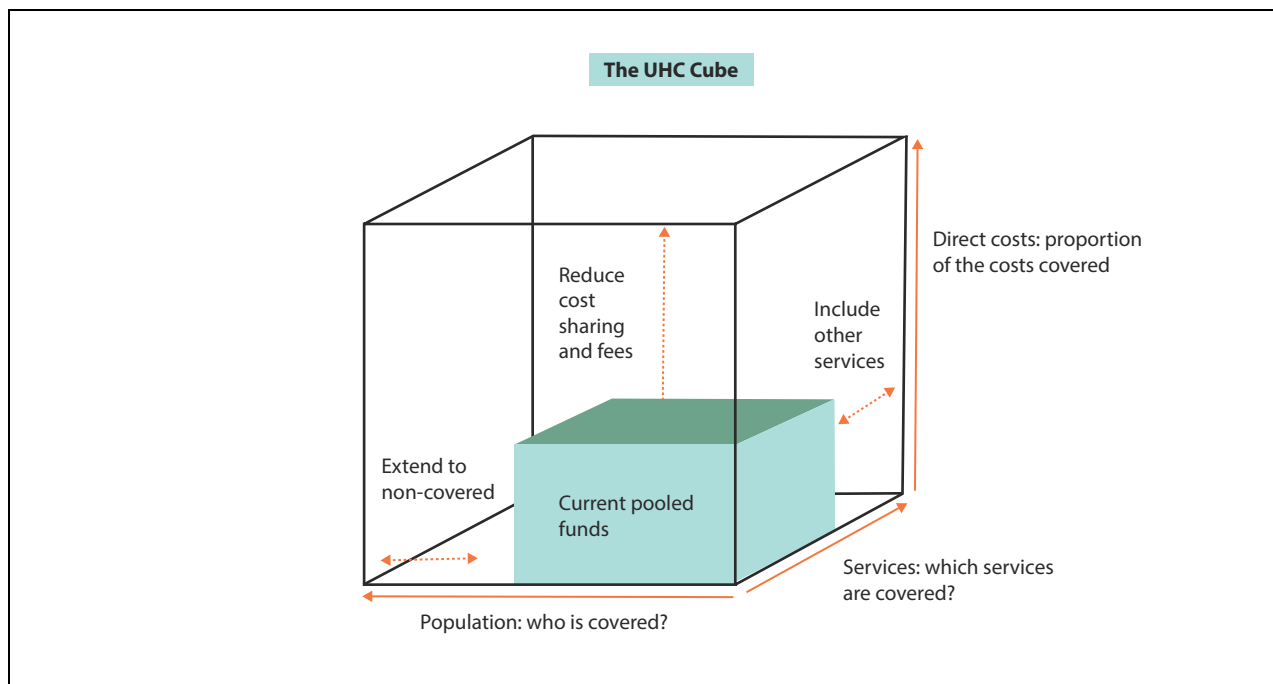
støtte (enten etter tannhelsetjenesteloven eller folketrygdloven), skal beholde disse eller om noen av pasientgruppene eller tilstandene skal utgå og erstattes med mer universelle ordninger basert, eksempelvis på alder. Utvalget skisserer to ulike tilnærminger til dette spørsmålet. En pragmatisk tilnærming tar utgangspunkt i at pasienter som i dag har rettigheter til offentlig støtte, i hovedsak beholder disse rettighetene og skisserer utvidelser med dette som premiss.

En mer prinsipiell tilnærming er å avvikle målrettede ordninger mot særskilte pasientgrupper og tilstander og i stedet trinnvis utvide det offentlige tilbudet basert på universelle rettigheter som dekker en større andel av befolkningen. En slik tilnærming kan gjøres enten a) ved at man gir alle en rett til nødvendig tannhelsehjelp, men differensierer kostnadsdekning (egenandeler) i henhold til prioriteringskriteriene, eller b) ved at man utvider andelen av befolkningen som omfattes etter alder (og ikke særskilte pasientgrupper eller tilstander).

I det følgende diskuteres de ulike veivalgene ved en trinnvis utvidelse av dagens offentlige tannhelseordning i retning en universell ordning for nødvendige tannhelsetjenester.

14.1 Universell tilgang til nødvendig tannhelsehjelp

En universell tannhelsetjeneste innebærer at hele befolkningen har tilgang til *nødvendig tannhelsehjelp*, og er beskyttet mot høy økonomisk risiko, jf. kapittel 13 *En universell tannhelsetjeneste – utvalgets forslag*. Nødvendig tannhelsehjelp omfatter både forebygging, undersøkelse og behandling. Tannhelsehjelpen må samtidig være forsvarlig. Forsvarlighetskravet setter en rettslig og faglig standard som krever at det utøves skjønn. Fordi faget forandres, verdioppfatninger endres og man får ny kunnskap om tiltakenes nytte,



Figur 14.1 «The Universal Healthcare Coverage Cube»

Kilde: World Health Organization.

risiko og kostnader, vil også vurderingene av «nødvendig» og «forsvarlig» tannhelsehjelp endres over tid.

En universell ordning vil innebære at hele befolkningen har rett til nødvendige tannhelsetjenester, uavhengig av inntekt, alder, bosted, helsetilstand og andre sosioøkonomiske forhold. I praksis innebærer det at det offentlige må tilby tilstrekkelig økonomisk beskyttelse, og sikre et tilbud av nødvendige tannhelsetjenester i hele landet. En universell tannhelsetjeneste innebærer ikke at *alle* typer av tannhelsetjenester vil være et offentlig ansvar, men betyr at hele befolkningen skal sikres tilgang til nødvendig hjelp. Det betyr at kostnadene som er forbundet med å få nødvendig tannhelsetjenester, ikke skal øke risikoen for fattigdom eller hindre dem som har behov fra å oppsøke hjelp, jf. kapittel 13.2.6 *Redusere risiko for store utgifter til tannbehandling*.

14.2 Utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester

En trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret for helsetjenester har vært mye diskutert i faglitteraturen (Baltussen et al., 2017). Verdens helseorganisasjon har utviklet en figur (se figur 14.1) som gir en fremstilling av tre sentrale dimensjoner

man må ta hensyn til ved en trinnvis utvidelse mot universelle helseordninger.

- Omfang*: Hvilke tannhelsetjenester er nødvendige og skal inngå i ordningen?
- Bredde*: Hvilke deler av befolkningen skal omfattes av ordningen?
- Dybde*: Hvor stor andel av behandlingskostnaden skal dekkes av ordningen?

En trinnvis utvidelse mot en universell tannhelseordning må nødvendigvis ta stilling til disse tre dimensjonene. Dette kommer vi nærmere inn på senere i kapittelet.

Prosess og implementering av trinnvis utvidelse

Når man har svart på de tre spørsmålene skissert ovenfor er neste steg å iverksette og gjennomføre en trinnvis utvidelse. Her er det flere hensyn å ta.

For det første må man ta hensyn til hvilke tiltak som er gjennomførbare på kort og lang sikt, avhengig av for eksempel tilgang på ressurser og arbeidskraft, profesjonskultur, nasjonale og internasjonale lovbestemmelser mv.

For det andre bør de valgene som blir foretatt være transparente og tilgjengelige for hele befolkningen. Dette innebærer at beslutningsgrunnlaget for valgene, både når det gjelder prioriteringskriterier, avveiningene mellom krite-

riene og kunnskapen man tar i bruk, må være offentlig.

For det tredje er det viktig at beslutningsprosessene involverer bredt, slik at ulike parters interesser og verdier ivaretas. Dette er hensyn som må ivaretas, for å sikre legitime beslutninger.

I dette kapitlet har utvalget utformet et utgangspunkt for en slik beslutningsprosess. En trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester betyr dels å inkludere flere høyt prioriterte tjenester, dels å øke tilgangen til tjenestene og dels å redusere økonomisk risiko ved bruk av tjenestene.

Forslagene til en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret av tannhelsetjenester tar utgangspunkt i prioriteringskriteriene. Videre bygger utvalget på tilgjengelig kunnskap om befolkningens tannhelse og tannhelsetjenestens tilbud, slik dette er beskrevet tidligere i utredningen. Utvalget har også lagt til grunn Helse- og omsorgsdepartementets veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling: *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten* (Helsedirektoratet, 2011).

14.3 Alternative veier mot en universell tannhelseordning

Dagens offentlige tannhelsetjeneste er i hovedsak en målrettet (ikke-universell) ordning, jf. kapittel 4 *Den offentlige tannhelsetjenesten*. Tilbudet er avgrenset til utvalgte grupper (barn og unge, psykisk utviklingshemmede, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom 19–26 år, personer med rusmiddelavhengighet som mottar særskilte tilbud, innsatte i fengsel og andre som fylkeskommunen prioriterer). Tannhelsetjenesten er offentlig finansiert og gratis for disse gruppene, (med unntak av unge voksne som betaler en begrenset egenandel) og omfatter de fleste tannhelsetjenester som disse gruppene har behov for (unntak tannregulering for barn og unge).

Det offentlige yter i tillegg stønad fra folketrygden til tannbehandling for 15 tilstander/tilfeller som normalt ikke omfattes av den offentlige tannhelsetjenesten, i hovedsak til den voksne befolkningen, jf. kapittel 6 *Folketrygdens stønad til tannbehandling*. Tannbehandler med avtale om direkte oppgjør sender refusjonskrav basert på takster til Helfo som utbetaler stønaden pasientene har rett til, direkte til behandleren. Den faktiske behandlingstkostnaden for pasienten avhenger imidlertid av prisen behandleren setter, ettersom prisene ikke er regulert. Pasientens

reelle egenbetaling er da differansen mellom den faktiske prisen og refusjonstaksten behandleren mottar fra Helfo.

Til slutt yter det offentlige støtte til tannbehandling som økonomisk sosialhjelp til personer som ikke har økonomi til å betale for egen tannbehandling, og heller ikke har rettigheter etter annen lovgivning. Denne ordningen omfatter personer som oppfyller vilkårene for rett til å motta økonomisk sosialhjelp. Tannbehandling dekkes, etter søknad, vanligvis dersom den er nødvendig for å opprettholde god munnhelse, og er påkrevd av medisinske årsaker.

Universelle og målrettede ordninger skiller seg typisk på *bredde*, altså *hvilke deler av befolkningen som skal omfattes av ordningen*. Formålet med universelle ordninger er å tilby nødvendige tjenester til hele befolkningen, mens målrettede ordninger per definisjon avgrenser tilbudet til utvalgte befolkningsgrupper, og er ofte basert på helsemessig behov, inntektsnivå eller andre indikatorer. *Omfang* definerer *hvilke tjenester* som omfattes av ordningen, hvor man kan skille mellom preventive behandlinger (for eksempel forebyggende konsultasjoner, undersøkelser), enklere behandlinger (for eksempel fyllinger, trekking), omfattende behandlinger (for eksempel rottfylling, kroner, broer), og spesialistbehandling (for eksempel kjeveortopedi). *Dybde* definerer andelen av de totale kostnadene ved behandling som dekkes av ordningen, altså *hvilken økonomisk beskyttelse pasientene tilbys*.

Det er åpenbart en avveining mellom de tre dimensjonene: bredde, omfang og dybde. For et gitt budsjett vil en universell ordning medføre mindre omfang eller dybde enn en målrettet ordning. Det er imidlertid mulig innenfor en universell ordning å differensiere tjenester som tilbys, og egenandeler pasientene må betale, slik det eksempelvis gjøres innenfor helsetjenesten i Norge i dag. Videre vil det være vesentlig mer kostnadseffektivt å innføre en universell ordning, gitt målet om en harmonisering med helsetjenesten generelt.

Målrettede ordninger kan tilby større grad av økonomisk beskyttelse og et større omfang av tjenester gitt at færre har rett til en slik behandling. Slike ordninger medfører imidlertid vesentlig større administrative kostnader. Det kan også være at målrettede ordninger til utvalgte grupper og tilstander ikke evner å treffe de som rent faktisk trenger offentlig støtte til tannbehandling mest, ettersom behov ofte ikke er direkte observerbart, og kan variere mellom pasienter innenfor samme gruppe (for eksempel eldre). Dagens

regler og rettigheter bidrar trolig ikke til at det er faglige vurderinger som ligger til grunn for hvem og hvor lenge pasienter bør være under oppfølging og behandling.

Gitt målet om en universell offentlig tannhelseordning som er harmonisert med den offentlige helsetjenesten, vil en trinnvis utvidelse måtte gjøres ved å utvide dagens offentlige tannhelseordning til større deler av befolkningen. Det betyr ikke at utvidelsen skal skje i offentlig regi, men at det offentlige får et utvidet ansvar for å tilby nødvendig tannbehandling til befolkningen. Det vil på sikt innebære en avvikling av de målrettede stønadsordningene via folketrygden og NAV (økonomisk sosialhjelp til tannbehandling). I tillegg bør det vurderes om alle som i dag har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, fortsatt skal ha det. Dette drøftes i avsnittet *Mulige veivalg*.

Mulige veivalg

Et spørsmål på vei mot en universell ordning er om en fortsatt skal prioritere de tilstander, sykdommer og grupper som i dag har rett til tannhelsetjenester i henhold til tannhelsetjenesteloven, eller som mottar stønad fra folketrygden i henhold til de 15 stønadspunktene. En trinnvis utvidelse av ordningen vil i så fall kunne bety at flere tjenester inkluderes i ordningen i henhold til prioriteringskriteriene nytte, ressurser og alvorlighet, se nærmere omtale i kapittel 14.4 *Prioritering av tannhelsetjenester*. Dette har vi kalt et pragmatisk (hybrid) alternativ.

Et mulig alternativ er, slik utvalget ser det, å innføre en universell ordning, men gradere egenandeler eller utvide ordningen ved å omfatte stadig flere aldersbestemte befolkningsgrupper, gitt prioriteringskriteriene. Dette alternativet har vi kalt det prinsipielle (universelle) alternativet.

Dette alternativet kan innføres på to ulike måter. 1) Man kan innføre en rett til nødvendige tannhelsetjenester til hele befolkningen, men gradere egenandelene for ulike grupper basert på prioriteringskriteriene. Her kan imidlertid EØS-reglene om egenbetaling få betydning, jf. kapittel 16.2.2 *EØS-retten*. 2) Man kan utvide dagens offentlige tannhelseordning til flere, men da på en universell måte, basert for eksempel på alder, slik det nylig ble gjort for unge voksne (Prop. 60 L (2023–2024)). Et samlet utvalg mener at man bør unngå å innføre flere målrettede ordninger for særskilte grupper som har avledede rettigheter (eksempelvis hjemmesykepleie, ACT-team osv.) ved en slik utvidelse.

Fordelen ved en pragmatisk tilnærming er at man ikke tar bort rettigheter og støtteordninger til de pasientene som i dag har slike.

I neste kapittel presenteres et konkret forslag til hvordan man trinnvis kan utvide den offentlige tannhelsetjenesten i retning av en universell ordning som er harmonisert med helsetjenesten. Forslaget innebærer i all hovedsak at pasienter som har rettigheter i henhold til tannhelsetjenesteloven, eller mottar stønad fra folketrygden i henhold til dagens 15 stønadspunkter, fremdeles prioriteres, samtidig som ordningen utvides noe. Forslaget innebærer også en økt økonomisk beskyttelse ved at priser og egenandeler reguleres, jf. forslag 10. *Utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Opprette et eget frikort for tannhelsetjenester som en overgangsordning, og flertallsforslag 11 A. Innføre prisregulering ved offentlig finansiering av tannhelsetjenester og utrede hvordan en slik regulering bør utformes.*

14.4 Prioritering av tannhelsetjenester

14.4.1 Prioriteringskriterier

I dag er den offentlige tannhelsetjenesten regulert slik at enkelte pasientgrupper har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og prioriteres framfor andre grupper. I tillegg er det en rekke tilstander mv. som gir rett til stønad fra folketrygden. Disse tilstandene prioriteres dermed foran tilstander som ikke er stønadsberettigete.

Samtidig er det vedtatt at prioriteringskriteriene som gjelder for helse- og omsorgstjenestene også bør gjelde for den offentlige tannhelsetjenesten (Innst. 221 S (2021–2022); Meld. St. 38 (2020–2021)). Derfor vil det være nødvendig å gjøre endringer slik at det blir bedre overensstemmelse mellom prioriteringsbeslutninger i tannhelsetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester.

Utvalget mener derfor at prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet kan anvendes i tannhelsetjenesten, som angitt i tabell 14.1.

14.4.2 Høyt prioriterte tannhelsetjenester

Utvalget mener at hele befolkningen skal sikres tilgang til akutt tannhelsehjelp, jf. utvalgets forslag 1. *Alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester, og forslag 9. Alle skal ha rett til akutt tannhelsehjelp.* Dette omfatter nødvendig hjelp ved alvorlig sykdom og tilstander som krever umiddelbar handling for å unngå død eller betydelig helsetap.

Tabell 14.1 Oversikt over prioriteringskriterier

Nyttekriteriet	Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for: <ul style="list-style-type: none">– overlevelse– forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon, som tyggefunksjon og oral betinget kommunikasjon og sosial omgang– reduksjon av orale smerter, fysisk eller psykisk ubehag som følge av oral helse
Ressurskriteriet	Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på
Alvorlighetskriteriet	Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra: <ul style="list-style-type: none">– risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon– graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon, som tyggefunksjon og oral betinget kommunikasjon og sosial omgang– orale smerter, fysisk eller psykisk ubehag som følge av oral helse Både nåsituasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket

Tabell 14.1 Viser utvalgets forslag til en tilpasning av prioriteringskriteriene som gjelder for helsetjenesten, jf. Meld. St. 38 (2020–2021).

Eksempler kan være alvorlig blødning, infeksjon eller store smerter (Benzian et al., 2022). I helse- og omsorgstjenesten gjelder egenandelsordninger for legevaktjenester og poliklinisk øyeblikkelig hjelp. Dette kan tilsvarende benyttes for akutt tannhelsehjelp.

Utvalget mener at nødvendige tannhelsetjenester til pasienter med stort behov for tannhelsetjenester, bør være et offentlig ansvar. Det kan være pasienter som har enten odontologisk sykdom, medfødte lidelser eller der hvor andre sykdommer eller behandling av disse påvirker munnhelsen negativt. Disse pasientgruppene har ofte behov for stort omfang av tannhelsetjenester. I kapittel 14.4.3 *Virkemidler* beskriver utvalget at det er nødvendig å konkretisere hvilke tjenester som bør omfattes av det offentlige ansvaret. Se utvalgets forslag 3. *Styrke den offentlige tannhelsetjenestens forebyggende, målrettede og tilbud for de som har et særskilt behov*, forslag 6. *Utvide den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for pasienter med særskilte behov*, og forslag 7. *Gi den offentlige tannhelsetjenesten ansvaret for Tverrfaglig psykolog- og tannhelse-tilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling*.

I de tilfellene der det dreier seg om pasienter som henvises til behandling, bør henvisningene prioriteres med utgangspunkt i prioriteringskrite-

riene. Dette omfatter også tannhelsetjenester som er en nødvendig del av behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. utvalgets forslag 8. *Innlemme orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten der de er en nødvendig og integrert del av behandlingen*.

Nødvendig forebyggende, behandlende og rehabiliterende tannhelsehjelp har som mål å opprettholde oral helse og livskvalitet. Prioritering av forebyggende tjenester bør skje ved å vurdere tilstandens alvorlighetsgrad hos pasienter som faktisk forventes å få gevinst av tiltaket og på tidspunktet gevinsten inntreffer. Nyten av tiltaket tilfaller pasienter som ville hatt et helsetap, hvis tiltaket ikke ble iverksatt (Meld. St. 38 (2020–2021)).

De vanligste orale sykdommer er mulig å forebygge, jf. omtale i kapittel 2 *Tannhelsen i Norge*. Nødvendig forebyggende tannhelsehjelp vil kunne tilbys vederlagsfritt eller ved bruk av egenandeler.

Etter utvalgets mening bør grupper som etter dagens tannhelsetjenestemodell tilbys vederlagsfrie tjenester i henhold til tannhelsetjenesteloven, fremdeles i hovedsak være sikret gratis tannhelsehjelp. Det er vedtatt å utvide ordningen til å omfatte flere grupper med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven (Prop. 60 L (2023–2024)). Disse gruppene er tatt inn i utvalgets forslag til prioritering, som vist i tabell 14.2, og omtalt som pasienter med rettigheter. Utvalget anbefaler også

Tabell 14.2 Prioritering av tannhelsetjenester, forslag til en trinnvis utvidelse av offentlig ansvar

Tjenester (omfang)	Inklusjon (bredde) og kostnadsdekning (dybde)
<p><i>Akutt tannhelsehjelp</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sterke smerter – Alvorlig traume – Akutte infeksjoner 	<p><i>Alle omfattes</i></p> <p>Egenandel som for akutt helsehjelp fra helse- og omsorgstjenesten</p>
<p><i>Spesialisttannhelsetjenester</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Narkose i forbindelse med nødvendig tannhelsehjelp/nødvendig helsehjelp – Behandling av særlig alvorlige/komplekse patologiske tilstander i tenner, kjeve og munnhule – Orale helsetjenester der de er en nødvendig og integrert del av den medisinske behandlingen i spesialisthelsetjenesten (forslag 8) 	<p><i>Henvisninger vurdert etter individuell vurdering ut fra prioriteringskriteriene (nytte, ressurs og alvorlighet) / faglig veileder</i></p> <p>Egenandel som for spesialisthelsetjenester</p>
<p><i>Primær- og sekundærforebyggende tannhelsehjelp</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Regelmessig skadebegrensende og forbyggende behandling – Behandling av medfødte og/eller patologiske tilstander i tenner, kjeve og munnhule – Erstatning av tapte tenner i tyggesone – Nødvendig tannregulering – Nødvendig behandling i forbindelse med allergisk reaksjon mot tannmaterialer – Nødvendig behandling for helt eller delvis tanntap i underkjeven 	<p><i>Øppløpende tannhelsehjelp/henvendelser knyttet til regelmessig skadebegrensende tjenester (først i denne opplistingen)</i></p> <p>Vederlagsfritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasienter som etter dagens ordning har rettigheter (i all hovedsak) <p>Lav egenandel:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Unge voksne fra året de fyller 19 til og med året de fyller 26 år – Gruppe c med hjemmesykepleie og TOO-pasienter <p>Moderat egenandel:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Eldre over 75 år <p>Høy egenandel:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Voksne over 26 år <p><i>Henvendelser knyttet til mulig eller etablert patologisk tilstand/erstatning av tapte tenner etter individuell vurdering ut ifra prioriteringskriteriene/faglig veileder</i></p> <p>Vederlagsfritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasienter som etter dagens ordning har rettigheter (i all hovedsak) <p>Lav egenandel:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Unge voksne fra året de fyller 19 til og med året de fyller 26 år – Gruppe c med hjemmesykepleie og TOO-pasienter <p>Moderat egenandel:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Eldre over 75 år <p>Høy egenandel:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Voksne over 26 år <p><i>Tilgang til nødvendig tannregulering</i></p> <p>Vederlagsfritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Barn og unge under 26 år
<i>Erstatning av tapte tenner i estetisk sone</i>	
<i>Folkehelseiltak</i>	
Befolkningsrettet informasjon, kampanjer	

Helsedirektoratets veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling: *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten* (Helsedirektoratet, 2011) er benyttet i tabell 14.2. Det er videre sett hen til dagens stønads punkter for tannbehandling i folketrygden.

at det utredes hva som er nødvendig tannregulering, og at nødvendig tannregulering tilbys barn og unge gratis, jf. utvalgets forslag 5. *Utrede hva som er nødvendig tannregulering for barn og unge, og innføre en rett til gratis nødvendig tannregulering for denne gruppen.*

Samme tannhelseproblem kan ofte behandles på ulike måter og til ulik pris. Universell tilgang til nødvendig tannhelsehjelp kan innføres trinnvis på en måte som tar hensyn til at ulike behandlingsalternativer kan ha ulikt omfang og ulik kostnad. Hva som er nødvendig tannhelsehjelp, kan også variere mellom ulike befolknings- eller aldersgrupper, jf. utvalgets forslag 2. *Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens særlige ansvar for forebygging rettet mot barn og unge, og for å bidra til å styrke deres helsekompetanse gjennom et helt liv.* Utvalgets oppfatning er at det vil være nødvendig med egenandelsordninger som graderes etter behandlingsprosedyre og pasientgrupper. I Prop. 60 L (2023–2024) brukes egenandel tilsvarende 25 prosent, beregnet ut fra Helse- og omsorgsdepartementets takstsystem.

Tannhelsetjenesten tilbyr en rekke forebyggende tjenester, men forebygging av oral sykdom krever også bredere folkehelseiltak. Dette omfatter tiltak innrettet mot sosial utjevning og atferdsendring, inkludert tiltak for å redusere forbruk av tobakk, alkohol og sukker. Slike tiltak er allerede etablert i helse- og omsorgstjenesten som en del av strategien for å redusere forekomst av ikke-smittsomme sykdommer (Meld. St. 15 (2022–2023)). Prioritering av folkehelseiltak må ivareta hensynet til tilstandens alvorlighetsgrad i fravær av forebygging eller behandling. Nyten av tiltaket tilfaller pasienter som ville hatt et helsetap hvis tiltaket ikke ble iverksatt. Befolkningsrettede tiltak i tannhelsetjenesten bør prioriteres dersom det orale helsetapet er betydelig, og ressursinnsatsen moderat, jf. utvalgets forslag 4. *Integrere oral helse i nasjonale folkehelsesatsinger og -kampanjer for å gjøre befolkningen i stand til å ivareta egen oral tannhelse gjennom ulike faser av livet.* Folkehelseovens formål er dels å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det kan derfor argumenteres for at det særlig er velferdsgevinster for de svakest stilte som bør vektlegges. Det er oppnevnt et offentlig utvalg som skal vurdere prioriterings-spørsmål og folkehelseiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024b).

14.4.3 Virkemidler

Dette utvalget foreslår en universell rett til tannhelsehjelp og har skissert hvilke tiltak som bør

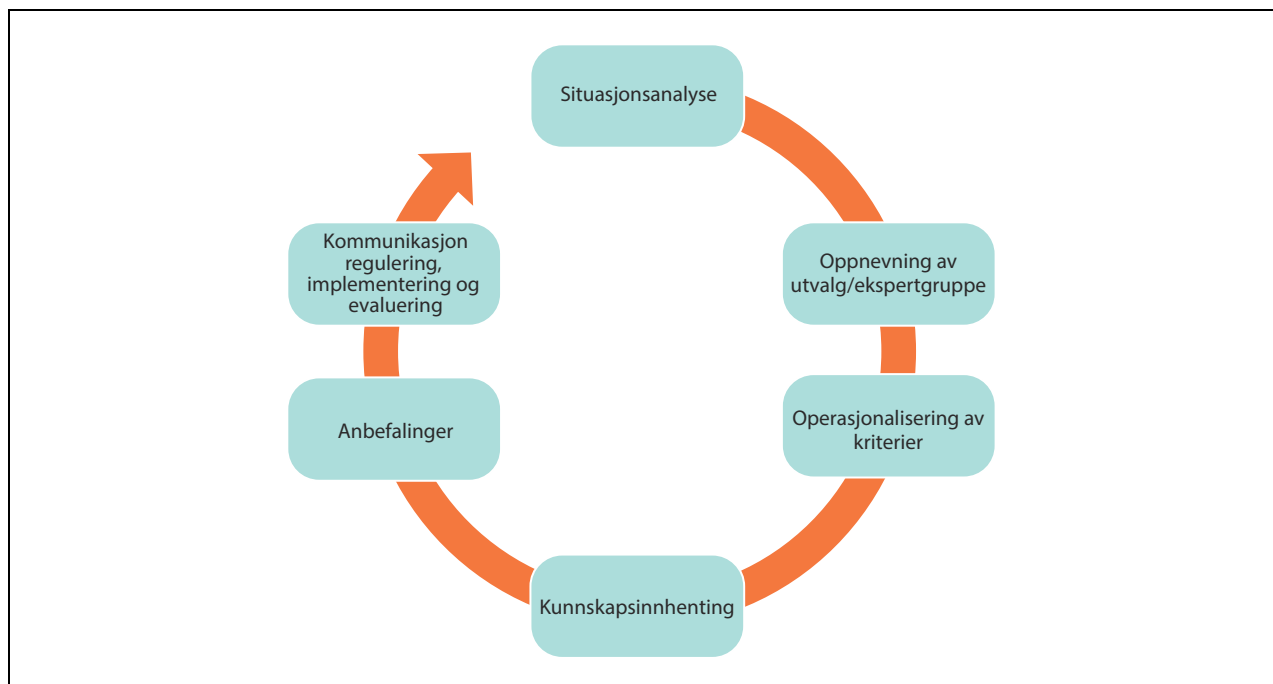
prioriteres først ved en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester. Når det gjelder hvordan prioriteringskriteriene skal implementeres, kommer ulike deler av utvalget tilbake til dette spørsmålet under diskusjonene av de ulike modellene for organisering av tannhelsetjenesten.

Det er uansett behov for å operasjonalisere prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet for tannhelsetjenesten. Det er også nødvendig å konkretisere hvilke tjenester og befolkningsgrupper som bør omfattes av det offentlige ansvaret, jf. utvalgets forslag 1. *Alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester.* Det er en selvfølge at bare nødvendige og forsvarlige tjenester tilbys offentlig. Men hva som konkret defineres som nødvendig tannhelsehjelp, krever diskusjoner der ulike interesser og verdier avveies. Det er offentlige myndigheters ansvar å sørge for at slike prosesser settes i gang. Figur 14.2 illustrer hvordan slike prosesser kan organiseres.

Det er liten tradisjon for å bruke finansieringsmodeller for å understøtte prioritering i helse-tjenesten (Meld. St. 38 (2020–2021)). Dette utvalget vil likevel peke på egenbetalingsordninger og overføringer gjennom folketrygden som virkemidler for å iverksette en trinnvis utvidelse av en offentlig tannhelsetjeneste, jf. utvalgets forslag 10. *Utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Opprette et eget frikort for tannhelsetjenester som en overgangsordning.*

For å foreta gode prioriteringsbeslutninger er det nødvendig å ha kunnskap om tiltakets effekt, sikkerhet og kostnad. I spesialisthelsetjenesten er det etablert kunnskapsstøttesystemer og prosedyrer, og det er foreslått å utvikle et kunnskapsstøttesystem for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 38 (2020–2021)). Utvalget foreslår at tilsvarende kunnskapsstøttesystem utvikles for tannhelsetjenesten, jf. forslag 17. *Utvikle kunnskapsstøttesystem og prioriteringsveiledere for tannhelsetjenesten.*

Dette utvalget anbefaler at det utarbeides nasjonale faglige prioriteringsveiledere for tannhelsetjenesten, basert på prioriteringskriteriene. Helsedirektoratet har ledet flere slike prosesser i helse- og omsorgstjenesten og bør få tilsvarende oppdrag for tannhelsetjenesten. Prosessen må utformes slik at relevante fagmiljøer, brukergrupper og organisasjoner blir hørt og innspill ivare tatt. Legitime prioriteringsbeslutninger forutsetter både at prinsippene og kriteriene som legges til grunn og prosessene som fører fram til avgjø-



Figur 14.2 Illustrasjon av en kunnskapsinformert prosess for å konkretisere en trinnvis utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenesten

Kilde: Baltussen et al., 2017

relsene, er åpne. Det må være mulig å etterprøve beslutningene og vurdere om de er i samsvar med kriteriene. Ikke minst er det viktig å få innsyn i kunnskapsgrunnlaget beslutningene hviler på, og hvordan ulike hensyn er avveid i forhold til hverandre.

Det er også nødvendig å legge til rette for at profesjonene i tannhelsetjenesten gis tilstrekkelig opplæring i prioritering, skjønnsutøvelse og profesjonsetikk. På samme måte som prioriteringsarbeid er satt på dagsorden i helse- og omsorgstjenesten, er det behov for å styrke tannhelsetjenestens kunnskap om prioriterings-etikk.

14.4.4 Andre tiltak

Utvalget foreslår i tillegg en rekke organisatoriske og regulerende tiltak som er en forutsetning for å understøtte et utvidet offentlig ansvar for tannhelsetjenesten, og for å bedre tjenestenes kvalitet. Dette dreier seg om:

- å styrke tjenestenes kunnskapsgrunnlag (forslag 39, 40, 12, 22, 18, 20 A/B/C, 13, 14, 16, 23)
- å regulere/utrede å regulere priser på tjenestene (forslag 11 A/B)
- å styrke samarbeid og samordning av tjenestene (forslag 31, 32, 33, 35, 30, 24, 25, 26)
- å styrke tilsyn med tjenestene (forslag 36, 28)

- å styrke pasientenes klageadgang/ny vurdering (forslag 27 og 29)
- å styrke utdanningene (forslag 34, 21)
- å regulere den private tannhelsetjenesten (forslag 37, 38)

Tiltakene er nærmere omtalt i kapittel 13. *En universell tannhelseordning – utvalgets forslag.*

14.4.5 Oppsummering

Utvalget anbefaler at alle gis en rett til nødvendig tannhelsehjelp, jf. forslag 1. *Alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester.* Det offentliges ansvar for tannhelsetjenesten utvides trinnvis slik at man prioriterer tiltak som forventes å ha stor effekt, har rimelig kostnad i forhold til effekt og er rettet mot alvorlige tilstander. Det er behov for en nærmere konkretisering av hvilke tiltak som anses å være nødvendige. Et utvidet offentlig ansvar betyr ikke nødvendigvis et utvidet tilbud i egenregi, selv om dette i stor grad er tilfellet i dag for de som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Utvalget har skissert en framgangsmåte for å sikre en legitim prosess for å utvikle prioriteringsveiledere og retningslinjer. Videre har utvalget pekt på hvilke tiltak som er viktige for å oppnå målet om en universell tannhelsetjeneste av god kvalitet.

Et første trinn i en offentlig utvidelse av ansvaret for tannhelsetjenesten, kan gjøres på følgende måte:

- Alle gis rett til akutt tannhelsehjelp mot en egenandel som for akutt hjelp fra helse- og omsorgstjenesten (forslag 9).
- Tannhelsetjenester som er en nødvendig del av spesialisthelsehjelp, innlemmes i spesialisthelsetjenesten (forslag 8).
- Henvisninger til spesialisttannhelsetjenester og behandling i narkose prioriteres i henhold til prioriteringskriteriene.
- Barn og unge får tilgang til nødvendig tannregulering, vederlagsfritt (forslag 5)
- Grupper som etter dagens tannhelsetjenestelov, har rettigheter og er stønadsberettiget, beholder sine rettigheter (i all hovedsak).
- Tannhelsetjenester til personer med særskilt behov utvides (forslag 3, 6 og 7).
- Eldre over 75 år får tilgang til nødvendig tannhelsehjelp mot en egenandel.

Som et annet trinn anbefaler utvalget at:

- Hele befolkningen gis rett til nødvendige tannhelsetjenester. Gitt at første trinn er iverk-

satt, vil voksne som ikke er omfattet av tiltakene omtalt i trinn 1, kunne tilbys nødvendig tannhelsehjelp mot en moderat egenandel. Forslag 1. *Alle skal ha rett til nødvendige tannhelsetjenester*, forslag 10. *Utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Opprette et eget frikort for tannhelsetjenester som en overgangsordning* og forslag 11 A/B. *Innføre/utrede prisregulering ved offentlig finansiering av tannhelsetjenester.*

Utvalgsmedlemmene Alamdari, Lysaker, Berggreen, Evensen, Jakhelln og Olsen-Bergem støtter prinsipielt ikke at alderskohort skal være grunnlaget for særskilt stønad i en trinnvis tilnærming mot universell finansiering. Disse medlemmene støtter at eldre over 75 år med særskilte økonomiske utfordringer og særskilte munnhelseutfordringer gis nødvendig tannhelsehjelp mot en egenandel. I tillegg til dette ønsker disse medlemmene at eldre over 75 år skal få nødvendig tannhelsehjelp mot en egenandel dersom munnhelseutfordringene påvirker den generelle helsen i betydelig grad.

Kapittel 15

Organisering av den offentlige tannhelsetjenesten

I utvalgets mandat vises det til at Stortinget ved behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) *Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret)* 19. mai 2022, vedtok at ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt skal ligge på fylkeskommunalt nivå. Dette innebar en oppheving av lovendringene som ble vedtatt i forbindelse med behandlingen av Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*. Mandatet viser videre til at utvalget skal legge til grunn at fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten.

Utvalget har i del V *Behov for reform* under kapittel 12.9 vist til at utvalget ønsker å drøfte mulige forvaltningsnivåer for den offentlige tannhelsetjenesten. Årsaken er at det er behov for å harmonisere tannhelsetjenesten med øvrig helse-tjeneste og rette oppmerksomheten mot strategisk og langsiktig styring.

15.1 Tidligere arbeid med ulike organisasjonsmodeller for den offentlige tannhelsetjenesten

Forvaltningsnivået til den offentlige tannhelsetjenesten har vært vurdert i flere runder. I forbindelse med at lov om folketannrøkt ble erstattet med lov om tannhelsetjenesten i 1984, vurderte departementet å gi forvaltningsansvaret for tannhelsetjenesten til kommunene. Bakgrunnen var at kommunene nylig var blitt tillagt ansvaret for primærhelsetjenesten gjennom kommunehelse-tjenesteloven og at det derfor var naturlig å samle begge etatene under samme forvaltningsledd. Man valgte å ikke gå videre med dette fordi man mente at målgrupper, arbeidsmetoder og finansieringsordninger var vesensforskjellige innenfor legetjenesten og tannhelsetjenesten. Kommune-strukturen ble pekt på som et viktig hinder fordi kommunalt ansvar ville medføre omfattende bruk

av interkommunale distriktsinndelinger og styringsordninger. Det ble ansett som svært viktig at staten engasjerte seg økonomisk, og med aktiv styring. Man videreførte derfor fylkeskommunal tilknytning, også fordi det offentlige tannhelsetjenestetilbudet langt på vei ble betraktet som en spesialhelsetjeneste som, i likhet med spesialisthelsetjenesten, var best tjent med en forvaltningsordning som strakte seg utover kommunegrensene.

I forbindelse med gjennomføringen av sykehusreformen (2000–2001) ble det vurdert om ikke også fylkeskommunenes ansvar for tannhelsetjenesten burde flyttes til de regionale helseforetakene på lik linje med sykehusene. I departementets høringsnotat om forslag om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, var det ikke tatt stilling til framtidig organisering av tannhelsetjenesten. Høringsinstansene ble imidlertid bedt særskilt om synspunkter knyttet til framtidig sektoransvar, eierskap og driftsform for tannhelsetjenesten. Det ble vist til alternative løsninger: Fortsatt fylkeskommunalt ansvar, kommunalt ansvar eller statlig ansvar. Ca. halvparten av høringsinstansene vurderte det som mest hensiktsmessig at staten overtok offentlige tannhelsetjenester med foretak som driftsform, samtidig med en eventuell overføring av spesialisthelsetjenesten.

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* ble det slått fast at fylkeskommunene fortsatt skulle ha sektoransvaret for tannhelsetjenesten og for behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere, det vil si at de eier og driver egne behandlingstilbud, og har driftsavtaler med private institusjoner som ikke følger reformen. Fylkeskommunene hadde da også et fortsatt ansvar for barnevern og familievern. Ansvaret for disse tjenestene er senere flyttet fra fylkeskommunene.

Det offentlige utvalget som sist vurderte tannhelsetjenestene, drøftet også ulike modeller for framtidig organisering av den offentlige tannhelsetjeneste (NOU 2005: 11). Disse var: Modell

1. Direktoratmodellen, Modell 2. Autonomt statlig tannhelseforetak og Modell 3. Fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Utvalget delte seg omtrent på midten hvor halvparten gikk inn for å opprette et Tannhelsedirektorat som en avdeling under Helsedirektoratet med underliggende regionale tannhelseetater. Tannhelsedirektoratet skulle være et faglig kompetanseorgan som skulle fordele og følge opp de regionale tannhelseetatene som skulle tillegges ansvaret for den utøvende offentlige tannhelsetjenesten. Den andre halvdel av utvalget gikk inn for en fylkeskommunal tannhelsetjeneste, og et siste medlem ønsket å flytte ansvaret til et autonomt statlig foretak.

I forbindelse med Solberg-regjeringens kommunereform ble Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)* fremmet. Regjeringen ønsket å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten til større og mer robuste kommuner. Det ble også foreslått at det samlede ansvaret for tannhelsetjenester ble overført til kommunene, inkludert ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten. Dette var det særskilt spurt om i høringen. I proposisjonen ble det vist til at departementet ville sette i gang en utredning av finanseringen av spesialisttannhelsetjenesten med siktemål om at kommunene også overtok finansieringsansvaret for disse etter en overgangsperiode.

Da Stortinget behandlet lovforslaget 8. juni 2017, ble det vedtatt fire anmodningsvedtak som innebar at regjeringen skulle sørge for en prøveordning i kommuner som ønsket å overta tannhelsetjenesten (Innst. 378 L (2016–2017)). Lovendringene ble vedtatt, men ikke iverksatt. Departementet fikk gjennomført en kartlegging av hvilke kommuner som var interessert i å delta i en slik prøveordning, men på grunn av koronapandemien ble gjennomføringen utsatt i både 2020 og 2021.

Organisatorisk innebar lovforslaget, som ble fremmet av Solberg-regjeringen, at tannhelsetjenester skulle være en oppgave på lik linje med øvrige helse- og omsorgstjenester som kommunene har ansvaret for (Prop. 71 L (2016–2017)). Det vil si at ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ville bli overført til kommunene. Videre innebar lovforslaget at tannhelsetjenester inngikk i virkeområdet for helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen skulle få et samlet sørge-for-ansvar for grupper med rett til tannhelsetjenester i dagens lov, rundskriv mv. Det ble foreslått en rekke endringer i reguleringen som ville bidra til å harmonisere og innpasse tannhelsetjenesten i øvrig helselovgivning.

Stortinget vedtok 24. mai 2022 å oppheve vedtatte lovendringer som legger til rette for overføring av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene, jf. Prop. 64 L (2021–2022) *Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret)* og Innst. 295 L (2021–2022).

15.2 Forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten

Dagens tannhelsetjeneste er beskrevet i del III og del IV i utredningen. Utvalget har i tråd med mandatet vurdert konsekvenser av dagens system. I del V har utvalget pekt på utfordringer for tannhelsetjenesten som bør tas med i gjennomgangen av sektoren. Der pekes det også på behov for å vurdere ulike forvaltningsnivåer for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten.

Det vurderes å være tre mulige forvaltningsmodeller for organisering av den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. Disse er: ansvaret for tannhelsetjenesten deles mellom kommuner og staten, tannhelsetjenesten organisert i regionalt tannhelseforetak og dagens modell hvor fylkeskommunene har et samlet ansvar for tannhelsetjenesten. Utvalget har valgt å kalle de ulike modellene for den offentlige tannhelsetjenesten:

1. den harmoniserte modellen
2. regionalt tannhelseforetak for den offentlige tannhelsetjenesten
3. fylkeskommunalt ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten

EØS-reglens betydning for måten å organisere den offentlige tannhelsetjenesten omtales i kapittel 16.2 *EØS-retten*.

15.2.1 Behov for å endre forvaltningsansvaret for tannhelsetjenesten

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Alamdari, Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Jakhelln, Kjenndalen, Lysaker, Olsen-Bergem, Onarheim, og Tovmo mener det er behov for å endre forvaltningsansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenesten er den eneste (pasientrettede) helsetjenesten på det fylkeskommunale forvaltningsnivået. En videreføring av et fylkeskommunalt ansvar gjør likestilling av tannhelse- og helsetjenester mer krevende ettersom ansvaret ligger på ulike forvaltningsnivå.

En organisering på fylkeskommunalt nivå medfører styringsutfordringer ettersom det er ulike organer som treffer beslutninger, og de finansielle og budsjettmessige konsekvensene får effekt på ulike forvaltningsnivåer. Det gjør også samordningen med øvrige helse- og omsorgstjenester vanskelig ved at nyttegevinster og/eller kostnadsbesparelser mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten ikke ses i sammenheng. *Disse medlemmene* mener at det er avgjørende for en harmonisering med de øvrige helse- og omsorgstjenestene at man ser på en annen organisering av tannhelsetjenesten.

Disse medlemmene mener at for å lykkes med å nå ut til alle brukere som har rettigheter til tannhelsetjenester, må tannhelsetjenesten også samarbeide tettere med andre forvaltningsnivåer for å utøve virksomheten. Generelt vil plassering på et eget forvaltningsnivå skape samordningsutfordringer både overfor kommuner, der befolkningen bor, og stat/region, som har ansvar for behandling av mer sammensatte sykdommer. Fravær av andre helsetjenester i fylkeskommunen gjør det vanskelig å oppnå faglige og administrative synergier og se helheten i de helsebehovene pasientene måtte ha. Tannhelsetjenesten i fylkeskommunene melder selv om at de føler seg uteglemt fra samhandlingsarenaer og i samarbeid om utvikling av helsetjenester.

Den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunen er nærmere beskrevet i kapittel 4. Den offentlige tannhelsetjenesten reguleres av tannhelsetjenesteloven, som ikke er harmonisert med annen helselovgivning, sml blant annet helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Som vist i kapittel 4 og andre steder i utredningen har den offentlige tannhelsetjenesten vanskelig med å nå fram til pasienter i kommunene med lovfestede rettigheter. Det gjelder også regelmessig og oppsøkende tilbud. Noe av dette skyldes informasjonssvikt og formelle hindringer (jf. forslag 30), men også at samarbeidsavtaler ikke blir fulgt opp eller mangler. Det samme kan gjelde overfor barnevern og andre sårbare grupper der også samarbeidet med helsevesenet ses på som avgjørende. Barnevernstjeneste og rustilbud var tidligere et fylkeskommunalt ansvar, men det er nå flyttet ut av fylkeskommunen. For forebyggende arbeid spesielt er nærhet til innbyggerne og kommunale institusjoner som skole, barnehager, sykehjem, omsorgsboliger mv. avgjørende for treffsikre tiltak samt for flyktninger som oppholder seg i kommunen. For helseberedskap vil koordinering med øvrig helsetjeneste lettere

kunne oppnås om tjenestene var på samme forvaltningsnivå. Det er en økende bevissthet om sammenhengen mellom oral helse og øvrig helse, noe som ulikt ansvarsnivå vanskeliggjør arbeidet med.

Fylkeskommunens budsjett preges i stor grad av frie midler og rammestyring og har store ansvarsområder. Den offentlige tannhelsetjenesten utgjør en svært liten del av fylkeskommunens budsjett. Tannhelsetjenesten vil i prioriteringsdiskusjoner ofte ha vanskelig for å nå opp mot større oppgaver som videregående skole og samferdsel, oppgaver som også har langt større politisk oppmerksomhet blant innbyggerne. Tannhelsetjenesten opplever ofte å bli marginalisert på fylkeskommunalt nivå.

Tannhelsetjenesten plasseres organisatorisk noe vilkårlig under ulike enheter i fylkeskommunene. Organiseringen internt bidrar også til at virksomhetens plass i fylkeskommunen er lite kjent utad, og kan få begrenset myndighet innad ved at tannhelsetjenesten er flyttet ned i ledelseshierarkiet i svært mange fylkeskommuner. Tannhelsetjenesten er sjelden representert i den fylkeskommunale ledergruppen. Dette medfører at tannhelsetjenesten har liten innflytelse og påvirkning når det gjelder organisatorisk styring og budsjettmessige disposisjoner, og at tjenesten ofte blir nedprioritert sammenliknet med de større ansvarsområdene. Denne organiseringen har trolig bidratt til lite begrunnede geografiske forskjeller i det offentlige tannhelsetjenestetilbudet.

15.3 Den harmoniserte modellen

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Kjenndalen, Onarheim og Tovmo foreslår den harmoniserte modellen for den offentlige tannhelsetjenesten. Disse medlemmene har forfattet teksten i 15.3.

Den harmoniserte modellen for organisering av tannhelsetjenesten følger organiseringen, reguleringen og finansieringen av den øvrige helse-tjenesten. I denne modellen gis kommunene ansvaret for de helsefremmende, forebyggende og primære tannhelsetjenestene. Staten, ved de regionale helseforetakene, gis ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten og de regionale kompetansesentrene.

Den harmoniserte modellen legger til grunn at tannhelsetjenesteloven ikke videreføres, men at gjeldende rett moderniseres og harmoniseres med øvrig helselovgivning. Dette inkluderer blant annet at pasienters rettigheter til nødvendig tann-

helsehjelp, ny vurdering, klageadgang, anmodning om tilsyn mv. reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven.

I henhold til denne modellen vil helse- og omsorgstjenesteloven regulere kommunenes plikter til å yte tannhelsehjelp. Lovens formål vil omfatte tannhelsetjenesten, og kommunene får et sørge-for-ansvar for å yte nødvendige forebyggende og oppsøkende tjenester og andre allmenn-tannhelsetjenester til alle innbyggere, gitt utvalgets forslag om en universell rett til nødvendig tannhelsehjelp. Kommunene får ansvar for å styrke arbeidet med å avdekke vold og overgrep og innlemme tannhelsetjenester i beredskapsplanarbeidet. Kommunene vil selv organisere virksomheten og må sørge for at tjenestene er forsvarlige og tilgjengelige. De vil også være ansvarlige for å inngå samarbeidsavtaler med helse- og omsorgstjenesten og samordne kommunal og privat tannhelsevirksomhet.

Spesialisthelsetjenesteloven vil regulere statens plikter til å yte spesialisttannhelsehjelp. Lovens formål vil omfatte tannhelsetjenesten, og staten får et sørge-for-ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisttannhelsetjenester, gitt utvalgets forslag om en universell rett til nødvendig tannhelsehjelp. Helseforetaksloven må endres til å omfatte spesialisttannhelsetjenester, herunder de regionale kompetansesentrene og deres virksomhet.

Modellen forutsetter at tannhelsetjenester finansieres gjennom de ordinære finansieringsordningene for helse- og omsorgstjenesten. Rett til nødvendig hjelp forutsetter ikke at den enkelte har rett til gratis tannhelsetjenester. Den harmoniserte modellen legger til grunn at adgangen til å kreve egenandeler og regel om fritak fra betaling av egenandeler for tjenester reguleres i forskrifter gitt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og folketrygdloven.

Modellen forutsetter ikke at det innføres et system med kommunalt driftstilskudd til private tannhelsevirksomheter, slik ordningen er for fastleger. Likevel er en mulig fasttannlegeordning kommentert særskilt dels fordi det er slik det offentlige tilbudet av primærhelsetjenester er organisert og dels fordi en utvidelse av det offentliges ansvar for tannhelse vanskelig kan gjøres uten involvering av private tannleger.

Målet med den harmoniserte modellen er å bedre befolkningens tilgang til nødvendige tannhelsetjenester. *Disse medlemmene* mener geografiske, demografiske og sosiale forskjeller tilsier lokale tilpasninger i tilbudet av primære tann-

helsetjenester. Samordning med helse- og omsorgstjenesten vil gi nyttegevinster for pasientene og kostnadsbesparelser for det offentlige, gitt sammenhengen mellom oral helse og helse mer generelt. Integrasjon av spesialiserte helse- og tannhelsetjenester i regionale helseforetak bidrar til større fagmiljøer, investeringer i FoU og bedre kvalitet på tjenestene. Utvidelsen av det offentliges ansvar kan med denne modellen gjøres innenfor eksisterende reguleringer og finansieringsordninger for kommuner og regionale helseforetak.

Tannhelsetjenestens kompetansesentre har i oppdrag å drive praksisnær forskning og er den eneste forskningsorganisasjonen i fylkeskommunal regi. I fylkeskommunen mangler det infrastruktur for forskning og støttefunksjoner som er nødvendig for å kunne konkurrere om eksterne forskningsmidler, og å levere forskning av god kvalitet. *Disse medlemmene* mener sentrene er for små og med begrensede ressurser til å kunne bygge opp dette internt i organisasjonene. Sentrene var ment å være regionale og seks sentre ble opprinnelig opprettet med regional funksjon. I dag er det flere fylker som er uten en tilknytning.

15.3.1 Den helsefremmende, forebyggende og primære tannhelsetjenesten: Kommunalt eierskap og ansvar

Om lag 90 prosent av tannhelsetjenesten er allmenntannhelsetjenester, jf. kapittel 3. Allmenntannhelsetjenesten omfatter primærforebyggende tjenester, som informasjon, undervisning og veiledning, og regelmessige tannhelseundersøkelser og behandling. Allmenntannhelsetjenesten kan henvise pasienter til spesialisttannhelsetjenester ved behov.

Organisering og regulering

Den harmoniserte modellen forutsetter at kommunene gis ansvar for tannhelsetjenestens helsefremmende og forebyggende oppgaver og primære tjenester, inkludert akutt tannhelsehjelp. Allmenntannhelsetjenester ytes av offentlig ansatte i tannklinikker og av ansatte i private praksiser. Den harmoniserte modellen tilsier at dagens fylkeskommunale tannklinikker som i all hovedsak driver allmenntannhelsetjenester, overdras til kommunene. Samtidig vil kommunene ha behov for å inngå avtaler med privatpraksiser, slik fylkeskommunene gjør i dag. Dette kan gjøres på ulike måter. Nedenfor omtaler disse medlemmene en mulig fasttannlegeordning særskilt.

Overordnet vil et nasjonalt lovverk gi rammer for det offentliges ansvar for tannhelsetjenester til befolkningen. *Den harmoniserte modellen* innebærer en harmonisering av lovverket som regulerer den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og den allmenne tannhelsetjenesten. Denne modellen tilsier at den enkelte pasient og bruker vil få en rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen (jf. pasient- og brukerrettighetsloven), og kommunenes ansvar for tannhelsetjenester vil kunne reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven. I dette ligger at nødvendige tannhelsetjenester både skal være forsvarlige og tilgjengelige, for eksempel målt i personell, reiseavstand, tilbud av offentlig transport, åpningstider, ventetid på behandling og fysisk tilgjengelighet.

Prioriteringskriteriene nytte, alvorlighet og ressursbruk ligger til grunn i hele helse- og omsorgstjenesten, jf. omtale i kapittel 11. Imidlertid er det veiledere og kompetansehevende tiltak heller enn juridiske virkemidler som er tatt i bruk innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den harmoniserte modellen forutsetter at det utvikles nasjonale retningslinjer for prioritering innenfor den kommunale tannhelsetjenesten, på samme måte som for den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Eksempler på prioriterte tiltak vil kunne være oppsøkende tiltak overfor barn og unge, psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon og eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie, samt visse grupper rusavhengige og innsatte i fengsel (jf. Prop. 60 L (2023–2024)).

Samtidig vil prinsippet om kommunalt selvstyre bety at det ikke er noen direkte styringslinje fra sentrale myndigheter til kommunene, som er selvstendige rettssubjekter. Tannhelsetjenesten som ytes av kommunene, skal dimensjoneres og prioriteres med utgangspunkt i lokale behov, tilpasset befolkningssammensetningen/størrelsen, muligheter og velgernes ønsker, innenfor de rammene som innbyggernes rettigheter til tannhelsehjelp setter.

Finansering

Den harmoniserte modellen forutsetter at tannhelsetjenesten som kommunene får ansvar for, i hovedsak finansieres gjennom inntektssystemet til kommunene, i tillegg til egenandeler og overføringer via folketrygden, slik dette er organisert for primærhelsetjenester. Inntektssystemet for kommunene justerer for demografiske forhold som vil medføre større overføringer til kommuner hvor behovet for tannhelsetjenester er stort. Det

vil sette kommunene i stand til å tilpasse det offentlige tannhelsetilbudet til lokale forhold og bedre tilgangen til nødvendige tannhelsetjenester i befolkningen.

Modellen innebærer en flytting av offentlige tannklinikker og ansatte fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå. Detaljene i en virksomhetsoverdragelse av offentlige tannklinikker fra fylkeskommunene til kommunene og det økonomiske oppgjøret må utredes, og det diskuteres ikke her.

Særskilt om en fasttannlegeordning som en mulighet innenfor den harmoniserte modellen

Det kommunale ansvaret for nødvendige tannhelsetjenester kan løses på ulike måter. Det er allikevel naturlig å se hen til fastlegeordningen, gitt ønsket om harmonisering med helse- og omsorgstjenesten og utvidelsen av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester.

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennelegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at innbyggerne får en fast allmenlege å forholde seg til. Kommunene står fritt til å ansette fastleger eller inngå avtaler med næringsdrivende fastleger. I 2023 var 80 prosent av fastlegene næringsdrivende og de resterende 20 prosent var kommunalt ansatte. Andelen fastleger med kommunale fastlønnsavtaler har økt de siste årene.

En mulighet er å lovfeste krav om en fasttannlegeordning med pasientlistesystem på tilsvarende måte som for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tannleger er i stor grad private næringsdrivende, slik som fastlegene, og vil kunne gå inn i en fasttannlegeordning med liknende type avtaler og finansiering. Det forhindrer ikke bruk av ansettelse, men gir kommunene handlingsrom og fleksibilitet ved en utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester. Det medfører også en harmonisering og samordning med det kommunale tilbudet av helse- og omsorgstjenester.

En fasttannlegeordning vil medføre at dagens system med fri prissetting for tannhelsetjenester som utløser Helfo-refusjon, opphører. Private fasttannleger vil motta takst og egenandeler som er fastsatt av myndighetene, for nødvendige allmenntannlegetjenester, men vil ikke kunne avkreve pasienten ytterligere betaling utover dette. Nivået på fasttannlegenes avlønning (basistilskudd og honorartakster) og andre kontraktsmessige forhold vil kunne avtales mellom staten, KS og Tannlegeforeningen på tilsvarende måte som for fastlegeordningen.

Den harmoniserte modellen innebærer i hovedsak en flytting av klinikker og personell fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå. Dette vil i første runde utgjøre det kommunale tilbudet av tannhelsetjenester til befolkningen.

Utvalget foreslår en universell ordning for nødvendige tannhelsetjenester og med det en utvidelse av det offentlige ansvaret. For allmenn-tannhelsetjenester kan dette løses innenfor en fasttannlegeordning ved at kommunene enten kan ansette flere tannleger, tannpleiere og annet tannhelsepersonell (på fastlønsavtaler) eller inngå avtaler med næringsdrivende tannleger innenfor en fasttannlegeordning som skissert ovenfor.

15.3.2 Spesialisttannhelsetjenesten: Statlig eierskap og regionalt ansvar

Spesialisttannhelsetjenester forstås som «utredning, diagnostikk, behandlingsplanlegging, behandling og nødvendig oppfølging som forutsetter kompetanse på spesialistnivå og som utføres av tannlege med spesialistgodkjenning» (Prop. 71 L (2016–2017), s. 105). Om lag ti prosent av tannlegene er tannlegespesialister. Spesialisttannhelsetjenester omfatter:

- Sykehus tjenester utført av spesialisttannleger, for eksempel oral kirurgi, oral medisin og kjevekirurgi og tannbehandling i narkose. Disse tjenestene ytes til pasienter med behov som ikke kan behandles ved lavere omsorgsnivå.
- Spesialisttannhelsetjenester som ytes av tannlegespesialister i større offentlige tannklinikker, private tannlegespesialister og av ansatte i de regionale kompetansesentrene.

Tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre skal sørge for opplæring, veiledning, fagutvikling og klinisk forskning, og de deltar i praksisdelen av utdanningen av tannspesialister, i tillegg til spesialistbehandling av pasienter.

Organisering og regulering

Den harmoniserte modellen forutsetter at staten, ved de regionale helseforetakene, overtar sektoransvaret (eierskap og driftsansvar) for de spesialiserte tannhelsetjenestene og kompetansesentrene. Modellen innebærer at spesialisttannhelsetjenesten innlemmes i den regionale helseforetaksstrukturen.

Den statlige styringen av aktiviteten i helseforetakene skjer gjennom eierstyring og bindende

nasjonale vedtak, oppdragsdokumenter og foretaksmøter. Styret er øverste organ med eieroppnevnte styremedlemmer og ansattvalgte styremedlemmer. Styret har ansvar for forvaltning og tilsyn og skal følge eiers krav. I den harmoniserte modellen vil statlig eierstyring av spesialisthelsetjenesten omfatte spesialisttannhelsetjenesten og kompetansesentrene.

Eierforhold og drift av spesialisttannhelsetjenesten og kompetansesentrene kan forankres i den regionen tjenesten er etablert i. Men det er samtidig det regionale helseforetakets oppgave å sørge for en rimelig geografisk fordeling av spesialisttannhelsetjenester til sin befolkning. Spesialisttannhelsetjenester kan ytes ved ulike geografiske lokasjoner, som i sykehus i bestemte avdelinger/seksjoner, i større tannklinikker eller ved bruk av privatpraktiserende spesialister som kan ha kontrakt med de regionale helseforetakene.

Overføring av eierskapet til de offentlige klinikkene og de regionale kompetansesentrene fra fylkeskommunen til staten kan se hen til overdragelse av virksomheter i spesialisthelsetjenesten til staten. Detaljene i en slik virksomhetsoverdragelse og det økonomiske oppgjøret må utredes, og det diskuteres ikke videre her.

Den harmoniserte modellen innebærer en harmonisering av lovverket som regulerer spesialisthelsetjenesten og spesialisttannhelsetjenesten. For eksempel vil pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og rett til å bli prioritert etter tiltakets nytte, tilstandens alvorlighet og forventet ressursbruk kunne utvides til å omfatte rett til nødvendig tannhelsehjelp fra spesialisttannhelsetjenesten. Bestemmelsene om ansvar for å yte spesialisttannhelsetjenester vil kunne tas inn i spesialisthelsetjenesteloven mv.

På samme måte som de regionale helseforetakene har plikt til å legge til rette for forskning og utdanning i helsetjenesten, tilsier den harmoniserte modellen at de får ansvar for å legge til rette for forskning og utdanning i tannhelsetjenesten.

Det er lovfestet at de fire regionale helseforetakene skal fatte felles beslutninger om innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten (legemidler, metoder mv). Denne plikten vil også kunne omfatte innføring av nye teknologier i spesialisttannhelsetjenesten der dette er relevant.

Finansiering

Den harmoniserte modellen innebærer at spesialisttannhelsetjenesten finansieres som spesialist-

helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten finansieres i hovedsak gjennom basisbevilgning, dels gjennom innsatsstyrt finansiering (refusjoner basert på finansieringssystemet for diagnoserelaterte grupper (DRG)) og dels fra inntekter fra egenandeler og andre refusjoner. I dag omhandler DRG-systemet også i noen grad undersøkelser og behandling av munnhule. Privatpraktiserende spesialister kan ha kontrakt med de regionale helseforetakene og finansieres av driftstilskudd, takster og egenandeler. Finansiering av undervisning og opplæring innenfor helsetjenesten inngår i de regionale helseforetakenes ordinære budsjett-rammer. Disse oppgavene må tilsvarende finansieres for spesialisttannhelsetjenesten, slik at klinikkfasiliteter og faglig bredde i pasientgrunnetlaget sikres for disse formålene.

15.3.3 Vurdering

Overordnet ber mandatet utvalget foreslå modeller for tannhelsetjenesten som:

- harmoniserer og tilpasser reguleringen av tannhelsetjenesten med øvrige helse- og omsorgstjenester
- bidrar til å redusere sosiale og geografiske forskjeller i befolkningens tilgang til tjenestene
- utvider det offentlige ansvaret for tannhelsetjenesten

Et samlet utvalg foreslår en universell ordning hvor befolkningen får en rett til nødvendig tannhelsehjelp. Dette forslaget svarer på alle de tre overordnede målsettingene i mandatet, men *disse medlemmene mener den harmoniserte modellen* er best egnet til å realisere målene og at ordningen blir universell i praksis.

Harmonisering og samordning av tannhelsetjenesten og helsetjenesten

Disse medlemmene viser til at det har over tid vært et politisk mål å harmonisere og tilpasse reguleringen av tannhelsetjenesten med øvrige helse- og omsorgstjenester. *Den harmoniserte modellen* er etter *disse medlemmenes* vurdering den modellen som bidrar til full harmonisering.

Dette skal oppnås ved å gi befolkningen rettigheter overfor tannhelsetjenesten tilsvarende som for helsetjenesten og ved å flytte ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten til statlig nivå, administrert innenfor de regionale helseforetakene, og ansvaret for de helsefremmende, forebyggende og primære tannhelsetjenestene til kommunalt nivå. Harmonisering og samordning av tannhelse-

tjenesten og helsetjenesten skal oppnås ved å gi befolkningen rettigheter overfor tannhelsetjenesten tilsvarende som for helsetjenesten ved å flytte ansvaret for de helsefremmende, forebyggende og primære tannhelsetjenestene til kommunalt nivå og ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten til statlig nivå, administrert innenfor de regionale helseforetakene.

Utvalgets gjennomgang av tannhelsetjenesten har vist at det er utfordringer knyttet til samordning av tjenester mot kommunenes og statens øvrige helsetjenester. Dette gjelder spesielt pasienter med behov for hjelp fra ulike deler av helse- og omsorgstjenesten.

Den harmoniserte modellen vil dels kunne bidra til å integrere allmenntannhelsetjenester med det kommunale helsefremmende, forebyggende arbeidet og med helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Modellen vil videre kunne bidra til tettere samarbeid mellom spesialisttannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt styrke pasientenes rettigheter overfor spesialisthelsetjenesten. Det er særlig viktig å unngå fragmentering og forvitring av kompetansemiljøer innenfor spesialisttannhelsetjenesten. For å sikre nødvendig styring, prioritering og tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten er det nødvendig å forankre disse tjenestene i større forvaltningsenheter enn fylkeskommuner og kommuner. Ved å legge ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten og tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til staten i regionale helseforetak, økes mulighetene for samordning og samarbeid med etablerte forskningsmiljøer, sykehusodontologisk virksomhet, og for tverrfaglig kompetanseoppbygning sammen med spesialisthelsetjenesten.

Også for *allmenntannhelsetjenesten* er det stort behov for bedre samordning mellom tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. God folkehelse er fundamentet i helse- og omsorgspolitikken (Meld. St. 15 (2022–2023), s. 13). Forskning har vist at oral helse og øvrig helse gjensidig påvirker hverandre, jf. kapittel 2. Helsefremmende og forebyggende tannhelsetjenester er sentrale både for å bidra til bedre folkehelse og for å bidra til å utjevne sosiale og geografiske helseforskjeller, inkludert forskjeller i tannhelse. Helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid bør i større grad integreres i det generelle folkehelsearbeidet i kommunen. På samme måte som helsetjenestens forebyggende oppgaver og primære helsetjenester ligger på kommunalt nivå, bør kommunene ha ansvar for tannhelsetjenestens helsefremmende og forebyggende oppgaver og primære tjenester.

Primærforebyggende tannhelsetjenester, som informasjon og veiledning, forutsetter ofte samordning med andre kommunale tjenesteytere som helsestasjon, barnehager, skoler, barnevern, sykehjem osv. Annet forebyggende arbeid omfatter regelmessige tannundersøkelser til barn og unge, og undersøkelser og behandling for å hindre forverring av sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette er oppgaver som best løses på lavest mulig omsorgsnivå, og i samordning med øvrig folkehelsearbeid i kommunen. En slik samordning kan også bidra til en mer effektiv ressursutnyttelse for helse- og tannhelsetjenester samlet sett fordi man kan utnytte samdrifts- og stordriftsfordeler ved å koordinere forebyggende tannhelsetjenester med annet helsefremmende arbeid.

Disse medlemmene viser til at det forventes at behandlingsbehovet for barn og unge reduseres. Generelt er tannhelsen hos barn og unge god, men det er en andel av denne gruppen som har et særlig behov for tannhelsetjenester, jf. kapittel 2. Gruppen barn og unge som skiller seg negativt ut, har ofte sammensatte utfordringer som krever koordinering av flere kommunale instanser. Denne gruppen vil kunne ha fordel av en kommunalt forankret tannhelsetjeneste.

Den demografiske utviklingen tilsier «voksende byer og aldrende bygder» (Statistisk sentralbyrå, 2020). Folkehelseinstituttets framskrivninger mot 2050 viser at 90 prosent av økningen i forventet sykdomsbyrde vil skje blant eldre (Folkehelseinstituttet, 2022). Dette innebærer økende behov for tannhelsetjenester innrettet mot eldre. Det må samtidig forventes et økende behov for koordinering mellom tannhelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester både til eldre og til pasienter med store og sammensatte helse- og omsorgsbehov og/eller manglende evne til å følge opp egne behov. Samtidig vil det være et økende behov for kompetanse og kapasitet i alders- og sykehjemsmedisin i tiden som kommer (Meld. St. 9 (2023–2024)). Her er det samtidig nødvendig å styrke den tannhelsefaglige kompetansen. En integrering av helse- og tannhelsetjenester på kommunalt nivå vil derfor også være bedre rustet til å møte den forventede utviklingen i framtidige helsetjenester.

Spesialisttannhelsetjenestens oppgave er dels å utvikle og tilby tannhelsetjenester til pasienter med store og sammensatte behov. Ofte har disse pasientene også behov for spesialisthelsetjenester. Det er til dels svært lange ventetider for eksempel for tilrettelagt tannbehandling i nar-kose. Det er nødvendig å bedre samordningen av tilbudet til disse pasientene. Videre har en rekke

pasienter i spesialisthelsetjenesten behov for tannhelsetjenester som en del av sitt behandlingsforløp. Også for disse pasientene er det nødvendig med bedre samordning. Etter *disse medlemmers* vurdering gir *den harmoniserte modellen* et felles rettslig rammeverk som kan bidra til bedre koordinering av spesialisttjenester.

Manglende samordning mellom tannhelsetjenesten og helsetjenesten også på områder som forskning, undervisning og kvalitetsarbeid kan være til hinder for kompetanseoverføring mellom deler av tjenestene. *Disse medlemmene* mener *den harmoniserte modellen* dels vil styrke kompetansesentrene ved å forankre disse nasjonalt, og dels fremme koordinering av forskning, undervisning, og kvalitetsarbeid mellom tannhelsetjenester og helsetjenester i regionene ved at helseforetakene har lovpålagt plikt til å legge til rette for forskning og undervisning og å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I tillegg vil krav til helseberedskap koordineres bedre.

Det er også godt kjent at det er utfordringer knyttet til samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenester, både fordi disse tjenestene er organisert på to forvaltningsnivåer, og fordi kommunene har kommunalt selvstyre. Budsjetter, beslutninger, prioriteringer og oppgaver utføres av ulike forvaltningsnivåer og enheter. Det er grunn til å forvente samme type utfordringer for tannhelsetjenesten. Samtidig er det dels innført og dels under utprøving en rekke nye arbeidsformer og organisering for å bedre samhandlingsutfordringer på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten, som ambulante team, opplæring og veiledning, samlokalisering, kombinerte stillinger og samkonsultasjoner (Meld. St. 9 (2023–2024)). *Den harmoniserte modellen* vil bidra til at også tannhelsetjenesten kan lære av og delta i utprøving av nye organiseringsformer i helse- og omsorgstjenesten.

Likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet

Det er et politisk mål å utvide det offentlige ansvaret for tannhelsetjenesten og å redusere geografisk og sosial ulikhet i tilgang samt å legge kriteriene nytte, ressurser og alvorlighet til grunn for prioritering i tannhelsetjenesten (Meld. St. 38 (2020–2021), s. 75).

Disse medlemmene viser til at kommuner har informasjonsfordeler framfor både fylkeskommuner og regioner ved at de har den beste kunnskapen om lokale behov som er viktig for utforming av tannhelsetilbudet. Det er for eksempel store sosiale og demografiske forskjeller mellom

kommuner, noe som også gir forskjeller i behov for helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester.

Særlig vil dette gjelde tjenester til barn og personer med spesielle behov, men også for nye innbyggere med flyktningbakgrunn. Her vil kommunene ha bedre informasjon om behovene enn fylkeskommunene og regionene siden de er ansvarlige for andre tjenester som disse gruppene mottar. *Disse medlemmene* mener dagens fylkeskommunale modell treffer disse gruppene i for liten grad. En modell der kommunene både har ansvar for helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester, burde ha langt bedre forutsetninger for å lykkes med dette.

Finansiering av kommunalt ansvar for deler av tannhelsetjenesten vil kunne implementeres via dagens ordning for økonomisk rammeoverføring til kommunene. En slik ordning vil gi kommuner med større behov eller høyere kostnader ved å tilby slike tjenester, for eksempel som en følge av spredt bosettingsmønster, relativt mer ressurser og økt handlingsrom enn kommuner med mindre behov og lavere kostnader. Systemet kompenserer kommunene for (ufrivillige) kostnadsulempere slik at de har like muligheter til å tilby gode tjenester til innbyggerne. I en overgangsfase vil det være mulig med andre finansieringsmåter for å tilpasse organisasjonen til også å inkludere tannhelse og for eksempel for å bygge opp kapasitet i kommunale tannhelsetjenester om man skulle finne det nødvendig.

Den harmoniserte modellen legger til grunn at det er en nasjonal oppgave å sørge for geografisk og sosial lik tilgang til spesialisttannhelsetjenesten. Dette er tjenester der hensynet til likeverdig tilgang for pasientene, tilstrekkelig kapasitet, høy og relevant kompetanse hos tjenesteyter og effektive tjenester og administrasjon bør tillegges særskilt stor vekt. At staten tar over spesialisttannhelsetjenesten og kompetansesentre vil etter *disse medlemmenes* vurdering bidra til å sikre lik fordeling av tjenester til spesielt prioriterte pasienter, uansett hvor de bor. Ved å overføre ansvaret for spesialisttannhelsetjenester til regionale helseforetak (RHF) vil også dimensjonering av tilbudet kunne tilpasses behovet i hele regionen. Ved å samle spesialisttannhelsetjenester i større klinikker, vil en kunne ivareta de som har et omfattende behandlingsbehov, som krever tverrfaglig kompetanse.

Statlig ansvar for spesialisttannhelsetjenester vil kunne innebære stordriftsfordeler. Samtidig vil det bidra til bedre harmonisering med det systematiske arbeidet som skal styrkes innenfor pasi-

ent- og brukersikkerhet og kvalitetsforbedring, som tiltak for å innlemme informasjon om tannhelsetjenester i et nasjonalt meldesystem for uønskede hendelser og for å utvikle kvalitetsregistre og faglige retningslinjer (Meld. St. 9 (2023–2024), s. 99–102). For eksempel har kompetansesentrene en viktig oppgave i å bidra i arbeidet med å utvikle og innføre kunnskapsbaserte retningslinjer og tiltak overfor pasienter med store og sammensatte behov for helse-, tannhelse- og omsorgstjenester og/eller manglende evne til å følge opp egne behov. Å forankre kompetansesentrene i den regionale helseforetaksstrukturen vil etter *disse medlemmenes* vurdering kunne styrke dette arbeidet.

En flytting av ansvaret for spesialiserte tannhelsetjenester og kompetansesentre til statlig nivå forutsetter at departementet, gjennom eierstyring, sikrer at budsjettet fordeles i samsvar med behov for tannhelsetjenester og faglig utviklingsarbeid, utdanning og forskning i regionene.

Rekruttering

Det er en generell utfordring at mange kommuner er små, med begrensede ressurser og med utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell (Meld. St. 9 (2023–2024); NOU 2023: 4). Dette gjelder også tannhelsepersonell. Disse problemene er imidlertid uavhengige av organisasjonsmodell. Tannhelsepersonell vil, som andre, legge mer vekt på egenskaper ved bo-/arbeidssted enn hvem som er arbeidsgiver. For en gitt geografisk fordeling av tannhelsetjenesten vil derfor eventuelle rekrutteringsproblemer være uavhengige av om det er kommune, fylkeskommune eller stat som er arbeidsgiver.

Lik tilgang til allmenntannhelsetjenester forutsetter at tilbudet er geografisk spredt og stabilt bemannet med kvalifisert personell. Små kommuner kan likevel ha utfordringer med å tilby nødvendig tannhelsehjelp til sine innbyggere. Det vil kunne være behov for interkommunalt samarbeid. Andre kommuner vil selv kunne dekke innbyggernes behov for nødvendige tannhelsetjenester, men prioritere ytterligere tannhelsetjenester avhengig av kommunale forhold. Dermed vil det oppstå ulikhet i tjenestetilbud på tvers av kommunene, men i prinsippet er denne ulikheten ønsket og berettiget. Fordi modellen legger opp til at pasienter og brukere har rettskrav på nødvendig tannhelsehjelp, vil ulikhetene likevel være begrenset.

En desentralisert løsning vil være mer fleksibel når det gjelder virkemidler for å tiltrekke seg

ønsket arbeidskraft, og vil kunne ha et fortrinn i å håndtere eventuelle rekrutteringsproblemer. Kommunene har over lengre tid jobbet med rekruttering av leger og annet helsepersonell, så problemstillingen er kjent.

Fasttannlegeordning som en mulighet innenfor den harmoniserte modellen

Kommunene har lang erfaring med fastlegeordningen og god kunnskap om hvordan en slik ordning kan og bør organiseres. En fasttannlegeordning har flere ønskelige elementer. Den gir pasienter rett til en fasttannlege og medfører et ansvar for fasttannlegen for å følge opp pasienter på listen. Kombinasjonen av basistilskudd (per pasient) og takstbetaling (per tjeneste) vil kunne gi fasttannlegene insentiv til god oppfølging av pasienter. Det er imidlertid viktig å unngå en underfinansiering av det offentlige tilbudet slik at rekrutteringen til en fasttannlegeordning ikke blir krevende for kommunene.

Utvide det offentliges ansvar for tannhelsetjenester

Disse medlemmene mener den harmoniserte modellen legger til rette for en utvidelse av det offentliges ansvar for nødvendig tannhelsehjelp ved at den bygger på den eksisterende strukturen for det offentlige helsetjenestetilbudet.

Kommunenes inntekter justeres for demografiske forhold og vil kompensere kommuner med høye kostnader ved tilbud av tannhelsetjenester. Kommunene vil kunne samordne tannhelsetilbudet med helse- og omsorgstjenestene, herunder også forebyggende aktiviteter. Ved bruk av en fasttannlegeordning kan det kommunale tilbudet utvides ved bruk av private næringsdrivende tannleger slik det er for fastlegene. Tilsvarende kan også spesialisttannhelsetjenester samordnes med øvrig spesialisthelsetjeneste og anskaffes gjennom avtaler med private klinikker.

En utvidelse av det offentliges ansvar vil nødvendigvis medføre en kostnadskontroll ved at tannlegenes mulighet til fritt å sette priser på tannbehandling opphører. *Disse medlemmene* skisserer at dette kan gjøres enten ved at kommunene ansetter tannleger, eller inngår avtaler med næringsdrivende tannleger. Her er fastlegeordningen et naturlig utgangspunkt for det kommunale tilbudet av nødvendige allmenntannhelsetjenester, hvor tannlegene i så fall vil motta et driftstilskudd per pasient på listen og en honorartakst samt egenandel per konsultasjon og behandling. Nivået på avlønningen til fasttannlegene kan fastsettes innen-

for samme ordning som for fastlegene, hvor dette avtales mellom staten, KS og Legeforeningen.

Det offentlige ansvaret kan da utvides ved at en større andel av befolkningen mottar nødvendig tannhelsehjelp, og at denne behandlingen helt eller delvis dekkes av det offentlige. Pasientenes egenandeler kan differensieres etter prioriterings hensyn (f.eks. gratis til barn og eldre) og kan inngå i en egenandelsordning som sikrer pasienter med høye tannhelseutgifter en kostnadsbeskyttelse definert ved et årlig egenandelstak, jf. forslag 10. Tannhelseutgifter kan på sikt inkluderes i den generelle egenandelsordningen.

15.3.4 Oppsummert

Utvalgets flertall bestående av medlemmene Bendiksen, Berggreen, Brekke, Feiring, Kjennaldalen, Onarheim og Tovmo tilrår at tannhelsetjenesten organiseres i henhold til den harmoniserte modellen.

Tannhelsetjenesten bør være en del av den samlede helse- og omsorgstjenesten, og bør så langt det er mulig følge samme prinsipper når det gjelder organisering, regulering og finansiering, inkludert prinsipper for prioritering. *Disse medlemmene* mener at en harmonisering med helse- og omsorgstjenesten, der staten gjennom de regionale helseforetakene gis ansvar for spesialisttannhelsetjenester og kompetansesentre, og kommunene gis ansvar for helsefremmende, forebyggende og primære tannhelsetjenester, vil sikre en mer helhetlig styring av helse-, tannhelse- og omsorgstjenestene. Det vil også styrke målrettet forebyggende arbeid og bedre sikre pasientens rett til nødvendig hjelp fra tannhelsetjenesten, bidra til mer prinsipielt forankret prioritering, gi bedre og raskere oppfølging av pasienter med sammensatte behov og behov for spesialisert hjelp, harmonisere tilsynsordninger og klageadgang med helsetjenesten for øvrig og bidra til kompetanseoverføring mellom helsetjenesten og tannhelsetjenesten. Videre vil denne modellen styrke tjenestens ansvar for å legge til rette for forskning, utdanning og kvalitetsarbeid.

Den harmoniserte modellen er, etter *disse medlemmenes mening*, best egnet til å utvide det offentlige ansvaret ved at den (i) integrerer ansvaret på samme forvaltningsnivå som øvrige helse- tjeneste og (ii) bygger på eksisterende organisering og finansiering som den offentlige helse- tjenesten. I tillegg bidrar modellen til en samordning med det kommunale omsorgstilbudet og baseres på eksisterende samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmene viser til beskrivelsen av en fasttannlegeordning som en mulighet innenfor denne modellen, men tar ikke stilling til dette.

Disse medlemmene viser til at det allerede er foretatt et stort og omfattende arbeid med å utrede en lovreform med sikte på å overføre tannhelsetjenesteansvaret fra fylkeskommunene til kommunene (Prop. 71 L (2016–2017)). Videre utredning av *den harmoniserte modellen* anbefales å bruke dette underlaget med hensyn til ansvarsoverføring av allmenntannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene. Modellen forutsetter at det på tilsvarende måte utredes hvordan ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten kan overføres fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene. Det forutsettes et arbeid om hvilke funksjoner som bør defineres som allmenntannhelsetjenester, og som spesialisttannhelsetjenester tilsvarende som for andre helsetjenester. I kapittel 13 *En universell tannhelsetjeneste – utvalgets forslag* vises det til at der forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten får innvirkning på forslag til tiltaket, redegjøres det særskilt for i dette

15.4 Regionalt tannhelseforetak med ansvar for tannhelsetjenesten

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Alamdari, Jakhelln, Lysaker og Olsen-Bergem foreslår foretaksmodell for den offentlige tannhelsetjenesten. *Disse medlemmene* har forfattet teksten i 15.4.

Disse medlemmene mener at en utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenesten og en tilpasning til den øvrige helsetjenesten best kan oppnås ved en harmonisering med spesialisthelsetjenestens organisering i egne regionale tannhelseforetak.

Tannhelsetjenesten vil da utgjøre en del av den samlede helse- og omsorgstjenesten og følge samme prinsipper for organisering, regulering og finansiering, så langt det er mulig.

Det overordnede målet for den norske universelle og skattefinansierte helsetjenesten er å bidra til å sikre hele befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet (pasient- og brukerrettighetsloven). Den enkelte borger har rett til nødvendig helsehjelp, gitt medisinsk behov. Tjenestetilbudet skal prioriteres etter definerte kriterier: nytte, ressurs og alvorlighet. Det er uttalte politisk mål å redusere både geografiske og sosiale ulikheter i helse. Overordnet har de sentrale helsemyndighetene ansvar for helse- og omsorgstjenestene og for planlegging

og dimensjonering av personelltilgangen. En utvidelse av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenesten, og en tilpasning til andre helse- og omsorgstjenester, vil best oppnås ved å gi befolkningen rettigheter overfor tannhelsetjenesten tilsvarende som for helsetjenesten.

Det er videre et politisk mål å utvide det offentlige ansvaret for tannhelsetjenesten og å redusere geografisk og sosial ulikhet i tilgang samt å legge kriteriene nytte, ressurser og alvorlighet til grunn for prioritering også i tannhelsetjenesten. Et samlet utvalg er enige om at det bør gis en lovfestet rett til nødvendige tannhelsetjenester, på samme måte som for andre helsetjenester. En rett til nødvendig tannhelsehjelp ligger derfor til grunn også for dette forslaget til modell.

Det må utarbeides nasjonale faglige retningslinjer for å kunne vurdere omfanget og kvaliteten av behandlingstilbudet på tannhelsefeltet.

Disse medlemmene viser til omtalen av behovet for å endre forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten i 15.2.1. I tillegg vil disse medlemmene føye til følgende:

Tannhelsetjenesten er en kostnadsintensiv tjeneste som i all hovedsak tilbyr avansert behandling. Bortsett fra ved helt enkle undersøkelser med kun visuell inspeksjon av munnhulen, krever all tannbehandling klinikker med kostbart og avansert utstyr (unit, kompressor, røntgenutstyr, mulighet for sterilisering av utstyr mm.) og personell med høy kompetanse. Tannhelsetjenesten sammenliknes best med spesialisthelsetjenesten og den spesialiserte behandlingen som utføres i sykehus, i poliklinikker og hos private spesialister.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har i liten grad ansvar for slik spesialisert behandling i dag. Svært mange kommuner er små (over 20 prosent av kommunene har under 2000 innbyggere), og ca. 50 kommuner har ikke registrerte tannbehandlere i kommunen, jf. kapittel 3. En overføring av ansvaret for hele eller deler av tannhelsetjenesten til kommunene vil etter *disse medlemmenes* vurdering være en svært utfordrende oppgave. Det vil medføre behov for store investeringer i kompetanseoppbygging og utstyr, alternativt et betydelig omfang av interkommunalt samarbeid. Rekruttering av personell er utfordrende for flere fylkeskommuner i dag og en må regne med at det blir det i enda større grad for kommunene. Dette vil medføre at tilbudet til befolkningen blir fragmentert og ulikt i de ulike kommunene. Det vil være krevende med nasjonal faglig kontroll og styring av tjenesten i en slik modell, og det vil svekke pasientsikkerheten.

15.4.1 Organisering

Disse medlemmene foreslår at tannhelsetjenesten og dens ledelse på overordnet nivå organiseres som et foretak på regionalt nivå. Det foreslås tannhelseforetak, hvert med egen tannhelsesdirektør og eget styre, som følger inndelingen av de regionale helseforetakene, og med tannklinikker ute i kommunene. Staten er eier, og de økonomiske rammene gis av staten over statsbudsjettet. Staten styrer virksomheten fra eierposisjon gjennom generalforsamlingen og styret. På samme måte som for spesialisthelsetjenesten fastsettes overordnede helsepolitiske mål og rammer av staten. Staten har et helhetlig ansvar for tjenestene med både myndighetsansvaret, finansieringsansvaret og eierskapet. Dette sikrer god nasjonal styring og gir god mulighet for planlegging og dimensjonering av tjenesten. Det legger også grunnlaget for et mer enhetlig og likeverdig tannhelsetilbud i hele landet.

Det regionale tannhelseforetaket (RTHF) foreslås organisert som parallell til de eksisterende regionale helseforetakene (RHF).

En slik modell vil harmonisere tannhelsetjenesten med helsetjenesten, og sikre en enhetlig overordnet styring av tannhelsetjenesten. RTHF gis ansvaret for hele tannhelsetjenesten og for at hele befolkningen får tilgang til nødvendige tannhelsetjenester; som er spesialiserte tjenester som utføres både av tannlegespesialister og allmenn-tannleger. De avviker således fra RHF, og det foreslås derfor primært at disse ligger organisatorisk ved siden av RHF. En annen viktig forskjell mellom RTHF og RHF er at RTHF er tiltenkt det overordnede ansvaret for helsefremmende og forebyggende tannhelsetiltak i samråd med helsemyndighetene og Folkehelseinstituttet.

Det må foretas en virksomhetsoverdragelse fra de eksisterende fylkeskommunale tannhelsetjenesten til RTHF. Dette innebærer at samtlige klinikker med personell ivaretas i de kommunene de ligger i. Det sikrer lokal tilstedeværelse, samtidig som det gir RTHF muligheten for å tilpasse tilbud over tid, etter behov, ved å ha styringsrett over tjenesten. RTHF vil selv være ansvarlig for den faglige og økonomiske styringen samt tilbudet av tannhelsetjenester i sitt geografiske område.

Med denne modellen vil tilgangen til tjenestene være sammenhengende, samordnet og preget av kontinuitet. Kontinuerlig, helhetlig oppfølging i en samordnet tjeneste er særlig viktig for pasienter som har særskilte behov. Dette er avgjørende for å sikre et likeverdig og likere tilbud til hele befolkningen.

Til hvert RTHF vil det være knyttet et antall fysiske klinikker ute i kommunene. Ved behov kan RTHF opprette underliggende tannhelseforetak. Modellen vil gi mulighet for å tilpasses befolkningens behov i respektive regioner.

RTHF kan i tillegg være ansvarlig for beredskap i regionen og vil være direkte underlagt staten i beredskapsorganiseringen.

15.4.2 Regulering

Med denne modellen harmoniseres og tilpasses tannhelsetjenesten til øvrig helselovgivning, finansiering og organisering. Modellen forenkler og tydeliggjør ansvaret for tjenesten og gjør den enklere å forstå for brukerne. Samlet bidrar dette til at tjenesten ivaretar sitt ansvar for å yte faglig forsvarlige helsetjenester.

Det må avklares gjennom et eget lovarbeid om dagens lov om tannhelsetjenesten skal beholdes og tilpasses, eller om RTHF skal reguleres gjennom annen eksisterende helselovgivning.

Helseforetaksloven vil kunne endres slik at tannhelse også blir implementert i lovverket der dette er aktuelt. Mer detaljert regulering vil kunne gjøres i en egen lov, for eksempel lov om tannhelsetjenesten, som da bør regulere hele tjenesten. Alternativt kan regulering av tannhelsetjenesten være et kapittel i spesialisthelsetjenesteloven, som også kan regulere samhandling mellom tannhelsetjenesten og øvrige helsetjenester. Hvis det viser seg at spesialisthelsetjenesteloven ikke passer for tannhelsetjenesten, bør det lages en egen lov hvor det ses hen til noen av bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven.

Det må inngås forpliktende avtaler mellom RTHF og RHF og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. forslag 38 og forslag 36. Dette må bidra til å sikre borgernes rettigheter til nødvendige tannhelsetjenester. Slike avtaler må dessuten bidra til å sikre gode digitale samhandlingsløsninger i hele helse- og omsorgstjenesten, inkludert tannhelsetjenesten.

Disse medlemmene vil framheve behovet for et eget lovarbeid for å tilpasse RTHF i dagens helselovgivning.

15.4.3 Finansiering

Staten er eier, og de økonomiske rammene gis over statsbudsjettet. *Disse medlemmer* mener at det regionale tannhelseforetaket (RTHF) derfor gir gode forutsetninger for å bidra til en bedre samordning av den samlede offentlige finansieringen på tannhelsefeltet. Gjennom nasjonalt fast-

satte normer for nødvendige tannhelsetjenester kan det samlede budsjettet fordeles mellom regioner, i samsvar med størrelsen på regionen og innbyggertallet, på en slik måte at det sikres økonomiske forutsetninger til å kunne gi et likeverdig og likere tjenestetilbud i hele landet.

Disse medlemmene mener det vil medføre økonomiske besparelser å gå fra dagens 15 fylkeskommunale ledelser til større RTHF. I dag er kun én fylkeskommunal tannhelsetjeneste organisert som et foretak, de øvrige tannhelsesjefene ligger på nivå 2 eller 3 i fylkeskommunens organisasjon. Selv om det kan bli en noe større administrasjon i RTHF enn i hver enkelt fylkeskommune, vil dette likevel innebære store administrative besparelser.

Med større regioner og et helhetlig ansvar (kommunalt tilbud, spesialisttilbud, helsefremmende og forebyggende tiltak og beredskap) vil det i RTHF være muligheter for å planlegge og gjennomføre prioriteringer etter prioriteringsprinsippene nytte, ressurs og alvorlighet. Med regionale tannhelseforetak gis det også muligheter for samarbeid og samhandling med tanke på innkjøp, bruk av egne ressurser og gode avtaler med private tannhelsetilbydere for å sikre det beste tilbudet i regionen, tilpasset de lokale forholdene.

Modellen sikrer en bedre regional fordeling av de samlede tannhelsepersonellressursene. RTHF kan enten yte tannhelsetjenester til befolkningen med egen virksomhet eller inngå avtaler med den private delen av tannhelsetjenesten, slik det er beskrevet i helseforetaksloven. En foretaksorganisering vil derfor bidra til god samhandling og koordinering mellom offentlig og private tannhelsetjenestetilbydere, til en samlet bedre utnyttelse av ressursene i hele tannhelsetjenesten og til et mer enhetlig tilbud til pasientene. Den vil bidra til bedre målretting av de samlede offentlige ressursene som brukes på tannhelsetjenester. Denne modellen vil dermed bidra til å utjevne sosial ulikhet i munnhelse.

15.4.4 Tannhelsetjenestens oppgaver

Folkehelse – spesielt om helsefremmende og forebyggende arbeid

God folkehelse er fundamentet i helse- og omsorgspolitikken. Forskning har vist at oral helse og øvrig helse påvirker hverandre gjensidig, jf. kapittel 2. Helsefremmende og forebyggende tannhelsetjenester er sentrale både for å bidra til bedre folkehelse og for å bidra til å utjevne sosiale og geografiske helseforskjeller, inkludert forskjeller i tannhelse. Tannhelsetjenesten har i dag ansvar for

helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette arbeidet bør i større grad integreres i det generelle folkehelsearbeidet. *Disse medlemmene* mener arbeidet vil kunne styrkes ytterligere i en regional foretaksmodell. Man kan få en nasjonal overordnet styring av arbeidet, og man kan inngå forpliktende samarbeidsavtaler med øvrig helsetjeneste.

Et regionalt tannhelseforetak (RTHF) er egnet til å stå for gjennomføring av en nasjonal satsing på helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid opp mot det generelle folkehelsearbeidet. Modellen forenkler dermed samarbeidet med Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

På klinikknivå ute i kommunene vil modellen kunne legge til rette for utstrakt samarbeid mellom tannhelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten og andre tjenester i kommunene, via samarbeidsavtaler. Tannpleiere kan gjennomføre enkle undersøkelser på institusjoner og på helsesitasjoner, ha ansvar for opplæring av helsepersonell og befolkningen samt annet helsefremmende og forebyggende arbeid. Det individuelle forebyggende arbeidet vil fortsatt ivaretas av tannhelsepersonellet i forbindelse med behandling av den enkelte pasient.

Nasjonale oppgaver – beredskap, forskning og undervisning

RTHF kan fordele nasjonale oppgaver mellom seg eller de kan samarbeide om nasjonale oppgaver, som forskning, beredskap og undervisning/utdanning, slik regionale helseforetak (RHF) gjør.

RTHF vil kunne fungere som gode samarbeidspartnere med undervisnings- og forskningsinstitusjoner i Norge, og blant annet bidra i utdanningen av tannhelsepersonell.

Disse medlemmene foreslår at dagens regionale odontologiske kompetansesentre i tannhelsetjenesten videreføres i RTHF, og de vil være en viktig del av tilbudet til RTHF. Den praksisnære forskningen vil være en viktig del av tilbudet som gis fra RTHF.

Tilsyn og klageadgang

Regionalt tannhelseforetak (RTHF) vil, på bakgrunn av det helhetlige ansvaret og inngåelse av avtaler med private tjenesteytere, få oversikt, kunne stille krav og ha mulighet til å føre tilsyn med tjenesten på en annen måte enn fylkeskommunene har i dag. Dette vil bidra til ytterligere kvalitetsforbedring, god pasientsikkerhet og mer likhet i tjenesten. RTHF vil ta et overordnet ansvar for fagutvikling og utvikling av faglige

standarder, i samarbeid med resten av tjenesten, utdanningsinstitusjonene og myndighetene.

Disse medlemmene mener denne modellen gir mulighet for å iverksette retningslinjer for en bedre oppgavefordeling mellom profesjonene; tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer.

Tilsynsordninger og klageadgang bør harmoniseres med ordningene i øvrige helsetjenester for øvrig gjennom oppdatert lovverk. I en slik modell er det ikke behov for egne ordninger for tannhelsetjenesten.

Samhandling

Samhandling mellom tannhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten må reguleres gjennom lov og forpliktende avtaler, jf. forslag 38. Samhandling mellom RTHF og de private tannlegene og tannpleierne i regionen er viktig for at RTHF skal kunne gjennomføre de oppgaver de er gitt ansvar for, herunder beredskap jfr. forslag 11.

Disse medlemmer mener det må være opp til ledelsen i RTHF hvordan denne samhandlingen skal endelig utformes. Det er forskjellig behov i de forskjellige kommunene, og en lokal tilpasning av samarbeidsavtaler vil være nødvendig for å møte dette behovet. Det vil sikre en god utnyttelse av den samlede kompetansen i regionen, både innad i tannhelsetjenesten og mellom tannhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Dette vil sikre befolkningen et helhetlig helsetilbud.

RTHF kan inngå avtaler med det enkelte helsepersonell. Dette vil legge til rette for at det fortsatt kan drives lokale, virksomheter i regionen som leverer tannhelsetjenester etter avtale med tannhelseforetaket. I en slik modell vil det være mindre behov i tjenesten for konsolidering og dannelse av større virksomheter. En slik modell med avtaler mellom det offentlige og private tjenesteytere er utbredt på spesialisthelsetjenestenivå. Etter *disse medlemmenes* vurdering vil RTHF ha bedre forutsetninger og (bestiller-) kompetanse til å inngå slike avtaler enn hva kommunen/fylkeskommunen har.

15.4.5 Oppsummert

Etter *disse medlemmenes* vurdering vil regionale tannhelseforetak (RTHF) sikre lik fordeling av tannhelsetjenester til hele befolkningen. I tillegg vil denne modellen gå inn for å etablere bedre nasjonal faglig styring av tannhelsetjenesten. Tjenesten kan målstyres, man kan utvikle kvalitetsindikatorer

og faglige retningslinjer for nødvendig tannbehandling og derigjennom bidra til god pasientsikkerhet og et enhetlig tilbud til befolkningen.

Foretaksmodellen legger godt til rette for å utnytte de samlede ressursene og kompetansen i hele tjenesten, og kan bidra til effektivisering og hensiktsmessig bruk av tannhelsepersonellet, i både offentlig og privat tannhelsetjeneste. I avtalene som inngås kan det stilles krav til kvalitet med mer slik at befolkningen får tilgang til nødvendige tannhelsetjenester.

Videre vil en finansieringsmodell som er basert på faglig grunnlag og befolkningens behov, gi et mer likeverdig tilbud i hele landet. Tilbudet vil ikke lenger være avhengig av hvordan den enkelte kommune eller fylkeskommune prioriterer tannhelsetjenesten opp mot andre oppgaver.

Med RTHF kan tannhelsetilbudet tilpasses særlige forhold i den enkelte region. Modellen bidrar derved til et tilstrekkelig godt tannhelsetilbud i hele landet. I spredtbygde områder vil RTHF tilby tjenester til innbyggerne med en velutbygd klinikkstruktur, som også dekker områder der det ikke er grunnlag for etablering av et privat tannhelsetilbud. I områder med mange private tannleger kan befolkningens behov dekkes gjennom avtaler mellom de private tilbyderne og RTHF om å levere nødvendige offentlig finansierte tannhelsetjenester. På den måten utnytter man de samlede ressursene og kompetansen i tannhelsetjenesten på en god og kostnadseffektiv måte og i henhold til offentlige prioriteringer.

Tannhelsetjenestens kunnskap og erfaring i helsefremmende og forebyggende arbeid kan videreutvikles og integreres med arbeidet i den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

RTHF vil, etter *disse medlemmenes* vurdering, ha bedre forutsetning for å bidra i oppgaver som forskning, utdanning, rekruttering og innovasjon. Dette vil tilrettelegge for bedre samhandling mellom tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten/sykehusene om å inngå forpliktende bilaterale avtaler som kan dekke tannhelsetjenestens behov for nødvendige tjenester, f.eks. narkose.

Disse medlemmene, Alamdari, Jakhelln, Lysaker og Olsen-Bergem mener den regionale modellen er den beste til å ivareta og sikre god helseberedskap i krise og i krig. Ved en slik overordnet styringsmodell vil det være enklere å fordele personell til områder som har større behov for tjenester. Det overordnede nivået gjør det enklere å etablere samhandlingsråd med de regionale helseforetakene og med ansvarlige beredskapsmyndigheter, herunder Forsvarets Sanitet. Samtidig vil klinikkstrukturen sikre god samhandling med

øvrige helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå. Modellen vil utnytte den lokale helse-tjenesten på en beredskapsmessig mer hensikts-messig måte, og den vil i større grad evne å koble den offentlige og den private tannhelsetjenesten tett sammen til det beste for den overordnede ledelsen for helseberedskapen.

15.5 Videreføring av fylkeskommunen som forvaltningsnivå med ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten

Utvalgets mindretall, bestående av medlemmene Evensen og Rønning foreslår en videreføring av fylkeskommunen som forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten. Disse medlemmene har forfattet teksten i 15.5.

Stortinget vedtok i behandlingen av Prop. 64 L (2021–2022) *Endringer i lov om endringer i helse-lovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret)* 19. mai 2022, at ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt skal ligge på fylkeskommunalt nivå. Tannhelseutvalgets mandat viser til at utvalget skal legge til grunn at fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Det blir videre vist til at dette likevel ikke er til hinder for at utvalget kan vurdere behov for endringer i oppgavedeling mellom aktørene på tannhelsefeltet, eller endringer i andre deler av helse- og omsorgstjenesten, enten dette dreier seg om utvikling av kompetanse knyttet til sammenhenger mellom oral helse og øvrig helse, økt samhandling eller utvikling av oppgaver for å bedre ivareta det ansvaret helse- og omsorgs-tjenestene allerede har.

Med bakgrunn i mandatet og sett sammen med det nære samarbeidet som i dag pågår i sam-handlingen mellom fylkeskommuner og kommu-ner, bør det fylkeskommunale ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten videreføres i fylkes-kommunen.

15.5.1 Fylkeskommunens ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten

Norge har 357 kommuner, og 129 av disse har i dag under 3000 innbyggere.¹ Det er fylkeskom-munene som har bygd opp dagens struktur i tannhelsetjenesten til en velfungerende tjeneste. Det sitter god kompetanse i hver enkelt administra-

sjon og det er god politisk kompetanse i hver fylkeskommune.

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig og en privat tannhelsetjeneste. Den offentlige tannhelsetjenesten yter tjenester til utvalgte grupper av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Den private tannhelsetjenesten dekker i all hovedsak den voksne befolkningen. Ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten er lagt til fylkeskommu-nene. Fylkeskommunen er også pålagt et samord-ningsansvar for den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor.

Fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester, inkludert odontologiske spesialisttjenester, i rimelig grad er til-gjengelig for hele befolkningen i fylket. Fylkes-kommunen skal både organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til gitte grupper. Det er i hovedsak barn og unge samt utvalgte grupper med pleie- og omsorgs-behov som mottar tannhelsetjenester fra den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten kan i tillegg yte tjenester til voksne pasienter mot betaling etter fylkeskommunens bestemmelser og fastsatte takster.

Tannhelsetilbudet er tilpasset særlige forhold i det enkelte fylke og bidrar derved til dekning i hele landet. I spredtbygde fylker gir fylkeskom-munene tjenester til nær sagt alle innbyggere med sin utbygde klinikkstruktur som også dekker områder der det ikke er grunnlag for etablering av privat tannhelsetilbud. I tannhelsetjenesten merkes det at fagpersonellet søker seg til områder eller klinikker med muligheten for godt tverrfag-lig og kollegialt samarbeid. Fylkeskommunene har særlig oppmerksomhet rettet mot dette, blant annet gjennom etablering av en klinikkstruktur der både allmentannleger, tannpleiere og spesia-listtannleger kan arbeide sammen.

Nasjonale kvalitetsindikatorer gir den fylkes-kommunale tannhelsetjenesten mulighet til å følge barn og unges tannhelse over tid. Indikato-rene muliggjør også sammenlikning med andre fylker.

15.5.2 Organisering

Ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten er lagt til fylkeskommunen. Fylkeskommunene har i tillegg ansvar for folkehelse, videregående opplæ-ring, lokal kollektivtransport, fylkesveier, regional utvikling og kulturoppgaver.

¹ SSB, pr 01.01.24

Fylkeskommuner er selvstendige, folkevalgte organer som ivaretar oppgaver som tjenesteprodusenter, myndighetsutøvere, samfunnsutviklere og oppgaver fylkeskommunene selv har tatt initiativ til, ut fra egne vurderinger og prioriteringer.

Fylkeskommunene kjenner kommunene i sin region godt og har nær, både politisk og administrativ kontakt. Fylkeskommunene har også ansvar for og god kompetanse på folkehelsearbeid, regional utvikling (planarbeid) og videregående opplæring, områder det vil være naturlig at tannhelsetjenesten har et nært samarbeid med.

Faste møtestrukturer er veletablert og ivaretar dette samarbeidet godt. Dette fører til et tannhelsetilbud som er godt tilpasset den enkelte kommunes behov. Tannhelsetjenesten har samarbeidsavtaler med hver enkelt kommune i sitt fylke og har møter med kommuneledelsen om oppfølging av disse avtalene ved behov med 1–2 års mellomrom. Noen fylkeskommuner arrangerer disse møtene sammen med folkehelsekoordinator. Se eksempel i vedlegg 4 på en samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og den enkelte kommune.

Gjennom sitt koordineringsansvar for folkehelsearbeidet har fylkeskommunene god kompetanse og innsikt, som også kan gi positive effekter for deres arbeid på andre områder, herunder å avdekke problematiske forhold i enkeltmenneskers liv, hvor offentlig sektor kan gjøre en forskjell. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har opparbeidet bred kunnskap og erfaring i forebyggende arbeid. Det gjelder i det tverrfaglige arbeidet på klinikknivå, men også knyttet til folkehelseiltak og praktisk samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tannpleierens rolle både i tannhelsetjenesten og i folkehelsearbeidet er godt forankret. Det er etablert gode rutiner knyttet til melding til barnevernet og det arbeides i dag også med rutiner, samarbeid og deltakelse i arbeidet på Barnehusene.

Helsemyndighetenes sektoransvar for forskning innenfor det orale helsefeltet ivaretas gjennom programmene i Forskingsrådet og gjennom tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre. Dette innebærer at det er et FoU-miljø for tannhelsetjenesten. Samlet sett har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten et helhetlig ansvar for tannhelsetjenesten til sin befolkning. Tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre bør i framtiden være knyttet til fylkeskommunen, både organisatorisk og finansielt jf. forslag 20 C. De fylkeskommuner som i dag ikke er knyttet til et kompetansesenter, bør knyttes til de etablerte regionale sentrene.

Flere fylkeskommuner har satt beredskap på dagsorden og i den sammenheng bedt om eget møte med kommunene knyttet spesielt til dette temaet, som for eksempel tannhelsetjenesten i Buskerud fylkeskommune som har satt opp følgende tema i sine møter med kommunene i år: «Vi ønsker å diskutere roller, ansvar og samhandling mellom kommunen og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i beredskapssituasjoner som f.eks.: Gjensidig kontaktinformasjon, Beredskapsplaner, System for varslingsrutiner og Krisehåndtering og kommunikasjon.»

15.5.3 Regulering

Ansvaret for tannhelsetjenester reguleres i en egen lov, tannhelsetjenesteloven. Den er ikke harmonisert mot øvrig helselovgivning. Dette er en svakhet, men kan løses ved revidering av tannhelsetjenesteloven og øvrig helselovgivning.

Fylkeskommunene har god kompetanse på offentlige anskaffelser og kan inngå avtaler med privat tannhelsetjeneste om oppgaver gjennom sitt samordningsansvar.

Ansvaret for Kommunalt pasient og bruker-register-rapportering, som tidligere har ligget i Helsedirektoratet, er flyttet over til Folkehelseinstituttet som utgir årlige «kommuneprofiler» som viser status i utviklingen av folkehelsen i den enkelte kommune. Her bør det ligge til rette for at framtidig rapportering også på tannhelse kan få en tydeligere plass i kommuneprofilene, og dermed inngå i en bredere forståelse for det viktige forebyggende arbeidet.

15.5.4 Finansiering

Fylkeskommuner er selvstendige, folkevalgte organer som ivaretar oppgaver som tjenesteprodusenter, myndighetsutøvere, samfunnsutviklere og oppgaver som fylkeskommunen selv har tatt initiativ til ut fra egne vurderinger og prioriteringer.

Fylkeskommunene finansieres gjennom skatteinntekter, rammetilskudd fra staten, brukerbetalinger og gebyrer fra innbyggerne. Det er de folkevalgte i fylkestingene som vedtar de årlige budsjettene. Det er også fylkestingene som vedtar klinikkstrukturen i sitt fylke. Se nærmere omtale i kapittel 4.

Prinsipper for statlig styring av kommuner og fylkeskommuner er et godt grunnlag for både å styrke og videreutvikle fylkeskommunenes rolle og samlede ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten.

Boks 15.1 Samarbeid i KS legger godt grunnlag for samarbeid og reguleringer i hele landet

Gjennom KS (kommunesektorens organisasjon) er oftest både kommuner og fylkeskommuner representert samtidig. I tillegg har KS noen strukturer som særlig er rettet mot fylkeskommunene.

Regjeringen har egne møter med fylkeskommunene (Regjeringens kontaktkonferanse). KS bidrar til fasilitering av disse møtene. Her deltar flere statsråder, med statssekretærer fra de aktuelle departementene som har tema for møtene. Fra fylkeskommunen deltar både politisk og administrativ ledelse.

Konsultasjonsordningen er en fast arena for dialog og samarbeid mellom regjeringen og KS, om det økonomiske opplegget for kommuner og fylkeskommuner. Fylkeskommunene er ofte representert i delegasjonene i KS' konsultasjonsmøter med regjeringen (Kommunal- og distriktsdepartementet).

Fylkesordførerkollegiet møtes minst fem ganger årlig. Normalt deltar også fylkeskommunedirektørene i samme møter. Fylkeskommunekollegiet (fylkesdirektørene) har også fem faste møter i året. Både det politiske og det administrative kollegiet har et eget arbeidsutvalg. KS tilrettelegger og deltar på disse møtene.

Fylkeskommunene er representert i alle KS' fylkesmøter og fylkesstyrer og i alle strategikonferanser (februar/mars) og alle høstkonferanser (oktober) som anses å være medlemsarenaer i KS.

Fylkeskommunedirektørene har fast plass i alle fylkesvise kommunedirektørutvalg og i det sentrale kommunedirektørutvalget. Disse utvalgene fasiliteres av KS, og KS deltar med sin ledelse og aktuelle fagavdelinger.

I fylkene (KS' regioner) er det etablert samarbeidsstrukturer mellom KS, fylkeskommune og Statsforvalteren. I de fleste fylker avstedkommer det felles konferanser og/eller at de deltar på hverandres konferanser. Det finnes flere eksempler på samarbeidsstrukturer der KS, Statsforvalteren og fylkeskommunen samarbeider, og ulike typer partnerskap.

Fylkestannhelsesjefene i alle fylkeskommuner har felles digitale møter annenhver uke. De har et arbeidsutvalg som planlegger og innkaller til felles fysiske møter ca. fire ganger i året. Disse møtene legges opp som lunsj til lunsjmøter der aktuelle tema tas opp og hvor samarbeidspartnere som Helsedirektoratet, KS eller andre blir invitert.

EØS-retten er ikke til hinder for videre utvikling av den offentlige tannhelsetjenesten som fylkeskommunalt ansvar.

15.5.5 Vurdering

Etter regionreformen har fylkesdirektørene, innenfor sitt delegasjonsansvar, endret organiseringen i den fylkeskommunale lederstruktur. Fylkestannhelsesjefene er flyttet et til to ledd ned fra fylkesdirektørenes ledergruppe og er nå organisert sammen med andre driftsenheter (noen steder sammen med folkehelse, andre steder med IT, regional planavdeling og mange steder under fylkesdirektør for videregående opplæring). En slik organisering kan se ut som den gir sterkere føringer på ren drift, svekker utviklingsmulighetene for fagområdet og medfører sterkere føringer fra overordnet ledelse både på budsjett og tilsettingssaker. Ved utvidelse av tannhelsetjenestens ansvarsområde bør disse tannhelsedirektørene få en mer sentral plassering i administrativ ledelse igjen.

Helsemyndighetenes sektoransvar for forskning innenfor det orale helsefeltet ivaretas gjennom programmene i Forskningsrådet og gjennom tannhelsetjenestens kompetansesentre. Kompetansesentrene med oppgaver bør derfor overføres til fylkeskommunene sammen med et sørge for-ansvar for forskning og utvikling. Herunder må det ligge et krav om at i de fylkeskommuner som i dag ikke har tilknytning til et kompetansesenter, må det etableres regionale sentre med tilknytning til de allerede etablerte kompetansesentrene.

Den offentlige tannhelsetjenesten er ikke en del av de regionale helseforetakenes kontakt med kommunene per i dag og er heller ikke en del av helsefelleskapene. Det innebærer at det er for lite oppmerksomhet på tverrfaglig samarbeid med resten av helse- og omsorgstjenesten, og omvendt. Tannhelsetjenesten opplever selv å bli «uteglemt» i samhandlingen mellom de andre helse- og omsorgstjenestene. Tannhelsetjenesten må få en naturlig rolle i helsefelleskapene, jf. forslag 31.

Det er en sammenheng mellom oral og generell helse. Dårlig tannhelse sammenfaller i mange tilfeller med dårlig helse generelt, slik at en del personer har et høyt forbruk av både helse- og tannhelsetjenester. Sykehusodontologiprojektet har bidratt til å avdekke denne sammenhengen og vist at det er behov for større innslag av orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten. Et samlet utvalg mener at orale helsetjenester bør være spesialisthelsetjenestens ansvar, der orale helsetjenester er en nødvendig og integrert del av den medisinske behandlingen, jf. forslag 8 *Innlemme orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten der de er en nødvendig og integrert del av behandlingen*. Det er behov for å utarbeide en mer helhetlig praksis for hva som gis av tannbehandling i regi av sykehus.

15.5.6 Oppsummert

Utvalgets mindretall bestående av medlemmene Evensen og Rønning ønsker en videreføring av

fylkeskommunen som forvaltningsnivå for den offentlige tannhelsetjenesten.

Fylkeskommunene ivaretar i dag den offentlige tannhelsetjenesten på en god måte. Fylkeskommunen har god kontakt med kommunene og statlige myndigheter, de ivaretar tverrfagligheten i tannhelsetjenesten og sørger for tilgjengelige tannhelsetjenester i sin region. Rammene for å styrke og videreutvikle fylkeskommunenes samlede ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten er godt til stede.

Disse medlemmene mener fylkeskommunene må bort fra å vektlegge operativ og løpende styring og erkjenne at den offentlige tannhelsetjenesten har store samhandlings- og utviklingsoppgaver. En tannhelsereform vil innebære at forvaltningsnivået med ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten i større grad må rette oppmerksomheten mot strategisk og langsiktig styring.

Kapittel 16

Regulatoriske, økonomiske og administrative konsekvenser

16.1 Endring i tannhelsetjenesteloven og andre lover

Tannhelsetjenesteloven har ikke vært gjenstand for en helhetlig revisjon etter at den ble vedtatt i 1983. Loven er også basert på at den offentlige tannhelsetjenesten bare skal dekke behovene til en begrenset del av befolkningen. Tannhelsetjenesteloven avviker derfor på mange punkter fra pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Utvalget foreslår mange tiltak, noe som gjør det nødvendig med endringer i lovverket.

Hvordan endringene bør gjennomføres, avhenger av hvilket forvaltningsnivå som får ansvar for tannhelsetjenesten. Ved overgang til den harmoniserte modellen eller foretaksmodellen vil det være aktuelt å oppheve tannhelsetjenesteloven. Bestemmelser som regulerer den offentlige tannhelsetjenesten, vil i stedet kunne inntas i spesialisthelsetjenesteloven og/eller helse- og omsorgstjenesteloven.

Hvis ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten forblir hos fylkeskommunen, vil det være aktuelt å videreføre tannhelsetjenesteloven. Det vil i så fall være behov for en fullstendig revisjon av loven.

Utvalgets mandat, tidsfrist og sammensetning gjør at utvalget bare peker på noen særskilte problemstillinger, framfor å gå gjennom lovene med tanke på en fullstendig revisjon. Det må gjøres etter at det er tatt stilling til hvordan den framtidige tannhelsetjenesten skal utformes i Norge.

Endringene som omtales videre, bør gjennomføres uavhengig av hvilket forvaltningsnivå ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten legges til. Noen av punktene/forslagene kan allerede følge av spesialisthelsetjenesteloven og/eller helse- og omsorgstjenesteloven, om reguleringen av den offentlige tannhelsetjenesten overføres dit.

Ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten ble foreslått overført til kommunene i Prop. 71 L (2016–2017). I proposisjonens kapittel 10 gjen-

nomgår Helse- og omsorgsdepartementet behov for endringer i tannhelsetjenesteloven og andre lover. Mange av departementets forslag vil være aktuelle om ansvaret forblir hos fylkeskommunen, eller ved overgang til den harmoniserte modellen eller foretaksmodellen.

16.1.1 Nødvendig tannhelsehjelp

Dagens tannhelsetjenestelov gir de som er nevnt i § 1-3, rett på nødvendig tannhelsehjelp, jf. § 2-1 første ledd. Loven stiller altså både krav om at tannhelsehjelpen er nødvendig, og at pasienten tilhører en av gruppene som angis i § 1-3.

Pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven bruker også «nødvendig» som kriterium i flere bestemmelser.

Utvalgets forslag er at alle pasienter skal få rett til nødvendige tannhelsetjenester, på like linje med øvrige helsetjenester. Dette innebærer at rettigheten til tannhelsehjelp utvides fra enkelte særskilte grupper til å omfatte alle pasienter.

Etter utvalgets syn bør nødvendig tannhelsehjelp videreføres som kriterium. Dette utvalget slutter seg til Prop. 60 L (2023–2024) punkt 4.2.3, hvor det uttales:

«Det er reist spørsmål om innholdet i den rettslege standarden nødvendig tannhelsehjelp, og kva omfang behandlinga skal ha. Departementet viser til at omgrepet nødvendig tannhelsehjelp allereie er i bruk i lovverket, og er parallelt med omgrepet nødvendig helsehjelp i helse- og omsorgstenesta. Det angir rekkjeveridda av retten for den enkelte pasienten. At omgrepet nødvendig tannhelsehjelp er ein rettsleg standard, inneber at innholdet i rettsregelen kan variere over tid og knyter ikkje regelen til bestemte og eintydige kriterium. For å avklare omfang og kvalitet på eit behandlingstilbod vil det måtte gjerast ei fagleg vurdering i lys av mellom anna nasjonale rettleiarar og retningslinjer, som til dømes Helsedirekto-

ratets rettleiar God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling.

I høyringa blir det påpeikt at rettleiaren er frå 2011, og det blir hevda at han er til dels utdatert og ikkje i tråd med nyare materiell frå styresmaktene om prioritering. Departementet viser til at omgrepet uansett inneber at pasienten skal få den tannhelsehjelpa som etter ei odontologisk vurdering er helsefagleg nødvendig for den det gjeld, noko som også vil innebære eit behandlingstilbod i tråd med helserettslege krav til forsvarlegheit. Departementet understrekar at lovendingane som blir foreslått, ikkje inneber noka materiell endring i omgrepet nødvendig tannhelsehjelp, som må fastleggjast for den enkelte i samsvar med godt fagleg skjønn. Departementet peiker i denne samanhengen på at også ei rutineundersøking med førebyggjande siktemål er ein del av det som må reknast som nødvendig tannhelsehjelp etter loven. Dette må sjåast i samheng med formålet med tannhelsetenesta slik det kjem til uttrykk i § 1-2:

‘Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.’

I utvalgets mandat står det at: «Prinsippene for prioritering i den samlede helse- og omsorgstjenesten, nytte, ressurs og alvorlighet, slik de er beskrevet i Meld. St. 38 (2020–2021) skal legges til grunn for gjennomgangen og for vurderinger og forslag.» Utvalget legger derfor til grunn at hva som er nødvendig tannhelsehjelp, skal vurderes ut fra kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet.

Det er behov for å utrede nærmere hva som skal omfattes av nødvendig tannhelsehjelp. Utvalget vil derfor bare påpeke noen problemstillinger.

Forebygging er sentralt for å bevare god tannhelse. Rutineundersøkelser vil derfor omfattes av rett til nødvendig tannhelsehjelp. Hvor ofte det er behov for rutineundersøkelse, må vurderes ut fra pasientens tannhelsetilstand.

Barn vil ha behov for regelmessige rutineundersøkelser, uavhengig av barnets tannhelsetilstand. Dette på grunn av viktigheten av god tannhelse, gode rutiner i barndommen og faren for varige skader på barns tenner. I tillegg bidrar rutineundersøkelser til å avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn.

Det må vurderes om det er andre sårbare grupper som også har behov for rutineundersøkelser, uavhengig av egen tannhelse.

Å rette opp feil ved tidligere behandling vil være nødvendig tannhelsehjelp. Det vises til kapittel 13.4.1, under punktet om feil ved behandlingen.

Etter utvalgets syn vil tannbleking og annen kosmetisk behandling ikke være nødvendig tannhelsehjelp.

Å gi pasienter rett til nødvendig tannhelsehjelp innebærer ikke at helsehjelpen skal være vederlagsfri. Egenandeler må benyttes her som for øvrige helsetjenester. Fritak for egenandeler er aktuelt for noen grupper og for noen typer behandlinger.

Etter utvalgets syn bør barn fortsatt gis rett på gratis tannhelsetjenester. Barns rett til helse er fastsatt i FNs barnekonvensjon artikkel 24, og mangelfull oppfølging av barns tannhelse kan føre til skader barnet må leve med resten av livet. At utvalget ønsker å gi rettigheter til alle pasienter, innebærer ikke at man ønsker å innskrenke barns særlige rettigheter. Barns rett på gratis tannhelsehjelp bør derfor videreføres.

Om barns rett til gratis tannhelsetjenester bør inkludere vederlagsfri tannregulering, er et særlig spørsmål. Utvalgets vurdering er at nødvendig tannregulering bør gis vederlagsfritt. Som omtalt i 6.3.8, så brukes tannregulering mer i Norge enn i Sverige og Danmark. Det tyder på at det er behov for en gjennomgang av når det er nødvendig med tannregulering. De høye kostnadene gjør det også nødvendig å sette inn tiltak som begrenser kostnaden per behandling.

I framtidens tannhelsetjeneste kan det være aktuelt å kreve egenandeler og gebyr for manglende oppmøte av enkelte grupper som ikke betaler det i dag. Det er blant annet aktuelt for unge voksne mellom 19 og 26 år og pasienter som mottar hjemmesykepleie eller som får TOO-behandling (tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk angst for tannbehandling).

16.1.2 Formålsparagraf

Tiltakene utvalget foreslår, innebærer en stor endring i måten tannhelsetjenester tilbys til befolkningen. Endringene bør gjenspeiles i tannhelsetjenestelovens formålsparagraf.

Tannhelsetjenesteloven § 1-2 lyder slik:

«Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste

sørge for nødvendig forebygging og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.»

Paragrafen tar utgangspunkt i hva fylkeskommunen skal legge vekt på. Dette skiller seg fra formålparagrafene i øvrig helselovgivning hvor det tas utgangspunkt i hva lovens formål er. I de andre lovene gis det også flere mål og hensyn som lovene skal ivareta.

Uavhengig av hvor ansvaret for tannhelsetjenesten ender, bør formålparagrafen ta utgangspunkt i lovens formål framfor den offentlige tannhelsetjenestens oppgaver. Det bør framgå at formålet er å fremme tannhelsen i befolkningen, og at det er et mål om at et godt tannhelsetilbud er tilgjengelig for hele befolkningen. Det bør framgå at det er et ønske om god utnyttelse av ressurser, og at forebygging er sentralt for tannhelsetjenestens arbeid. Det kan også være hensiktsmessig at det framgår at prinsippene for prioritering i helsetjenesten – nytte, ressurs og alvorlighet – skal være styrende for tannhelsetjenesten. Det bør framgå at formålet gjelder for den offentlige og den private delen av tannhelsetjenesten.

16.1.3 Avtale om samarbeid med øvrig helse- og omsorgstjenester

Kommuner og helseforetak har plikt til å inngå samarbeidsavtale, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e fjerde ledd. Samarbeidet skal ha som mål å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 andre ledd.

Fylkeskommunene har plikt til å sørge for samarbeid med kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere, private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av slike tjenesteytere, barnehager som får tilskudd etter barnehage-loven § 19, og skoler som får statstilskudd etter privatskolelova § 6-1, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-4a. Fylkeskommunene har imidlertid ikke plikt til å inngå samarbeidsavtaler med kommuner og helseforetak.

Etter utvalgets mening bør det framgå av loven at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom fylkeskommunen, kommunen og helseforetakene, jf. forslag 32. *Innføre lovpålagte samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og med øvrige helse- og omsorgstjenester.* Avtalene bør minst inneholde samarbeid om opp-

følgning av beboere på institusjon og de som mottar hjemmesykepleie. Avtalene bør også omhandle retningslinjer for kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling og opplæring av personell, jf. omtale i kapittel 13.5.1.

Det bør også avtales hvordan det skal gis tannbehandling under narkose, både ved akutte skader og ved planlagt behandling.

Forslag 24. *Regulere tannhelsetjenestens samarbeid med barneavdelingene i de regionale helseforetakene, barnevernet og Statens Barnehus, og forslag 32. Innføre lovpålagte samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og med øvrige helse- og omsorgstjenester.* Disse forslagene vil også kreve en særlig regulering som vil være avhengig av hvilke forvaltningsnivå den offentlige tannhelsetjenesten er tilknyttet.

16.1.4 Innføre rett på ny vurdering

Som omtalt i kapittel 13.4.3 *Rett til ny vurdering*, mener utvalget at det bør innføres en rett på ny vurdering. Forslag 29. *Innføre rett til en ny vurdering av tannhelsetilstand.*

Etter utvalgets syn bør retten gjelde der pasienten ønsker en ny vurdering av om man skal eller ikke skal gjøre behandling av et større omfang.

16.1.5 Tannhelsetjenesteloven § 4-2: Inngåelse av avtale med privat tannlege

Tannhelsetjenesteloven § 4-2 lyder slik:

«Hvis en fylkeskommune ønsker å inngå avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av prioriterte grupper som nevnt i § 1-3 første ledd bokstav a til g, skal den kunngjøre at interesserte kan melde seg. Avtale skal inngås med den som er faglig best skikket.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om privat virksomhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten, om kunngjøring av ledig avtale, om fremgangsmåte ved valg blant søkere og om avtalevilkår.»

Etter utvalgets syn bør første ledd ikke videreføres. Det er flere problemer med bestemmelsen. Det er blant annet aktuelt å inngå avtaler med tannpleiere. Det vil da ikke være hensiktsmessig å ha en bestemmelse som gjelder inngåelse av avtaler med tannleger, men ikke tannpleiere.

Hvem som er faglig best skikket, er ett av flere kriterier det er aktuelt å legge vekt på ved inngå-

else av avtale. Det synes lite hensiktsmessig at det stilles opp som eneste kriterium. Skillet mellom pasienter som er i og utenfor § 1-3 bokstav a-e forsvinner også med innføringen av at alle pasienter får rett til nødvendige tannhelsetjenester.

Ved å fjerne § 4-2 første ledd vil det offentlige få frihet til å vurdere hvilke kriterier som skal brukes til å avgjøre hvilken privat tilbyder det skal inngås avtale med. Det gir mulighet for å legge vekt på de egenskapene som er viktigst i avtalen.

16.1.6 Øvrige regulatoriske endringer som en konsekvens av utvalgets forslag

Forslag 21. *Lovregulere et sørge for-ansvar for praksis i utdanning*, og forslag 22. *Lovregulere et medvirkningsansvar for kommunal sektor for forskning i tannhelsetjenesten*, vil kreve lovendringer i en ny tannhelsetjenestelov. Ved en forvaltningsmodell med delt ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten vil forslagene i hovedsak være ivaretatt.

16.2 EØS-retten

Driften av den offentlige tannhelsetjenesten må skje innenfor rammene av EØS-retten. Hvilket forvaltningsnivå som har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten, antas å ha begrenset betydning for risikoen for å overtre EØS-retten.

EØS-retten er et omfattende rettsområde, som har betydning for flere punkter i tannhelseutvalgets mandat. Utvalget har hatt et bredt mandat og må derfor begrense seg til å peke på de største risikoene ved EØS-retten. Det vil være behov for ytterligere utredninger etter at utvalgets utredning er levert.

16.2.1 Offentlig anskaffelse

Ansvaret for å gi nødvendig tannhelsehjelp skal ligge på det offentlige. Ansvaret kan løses gjennom å la privat tannhelsepersonell utføre behandling mot betaling fra det offentlige.

I NOU 2020: 13 *Private aktører i velferdsstaten* kapittel 6 problematiseres det om anskaffelsesdirektivet kommer til anvendelse ved kjøp av helsetjenester fra private tjenesteytere, se særlig kapittel 6.4.2.3. Velferdstjenesteutvalget stilte altså spørsmål ved om det framgikk av EØS-retten at det må holdes en anbudskonkurranse når det skal inngås avtale med privat helsepersonell.

Dette utvalget har hatt et omfattende mandat. Det har ikke vært mulig å vurdere om det framgår

av EØS-retten at kjøp av tannhelsetjenester må gjøres som en anbudskonkurranse. Utvalget peker derfor bare på at selv om det norske anskaffelsesregelverket har bestemmelser om kjøp av helse- og omsorgstjenester, benyttes anbudskonkurranser ikke nødvendigvis i liknende situasjoner, jf. forskrift om offentlig anskaffelse § 1-1 og kapittel IV og konsesjonskontraktforskriften § 1-1 og kapittel III.

Inngåelse av avtale om å være fastlege gjøres via rammeavtale/driftsavtale som er inngått mellom Legeforeningen og KS (ASA 4310). Inngåelse av avtale om å være avtalespesialist for helseforetakene gjøres også via rammeavtaler som er inngått med Legeforeningen og Psykologforeningen. I ekspertutvalgets rapport om allmennelegetjenester kapittel 4.8.6 uttales det at «Det kan likevel være behov for en nærmere vurdering av kommunens inngåelse av fastlegeavtaler opp mot reglene for offentlige anskaffelser.»

Den som gir behandling eller yter tjenester som trygden er stønadspliktig for, kan etter avtale få rett til direkte oppgjør med Arbeids- og velferdsetaten, Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer, jf. folketrygdloven § 22-2.

Difi, nå Digitaliseringsdirektoratet, og Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at det ikke er nødvendig med anbudskonkurranse hvis man vil innføre kvalifikasjonsordninger med fritt brukervalg (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2018a, s. 41–42; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 12–13).

16.2.2 Statsstøtte

Utvalgets forslag om å innføre en universell tannhelseordning må vurderes mot statsstøtteregelverket. Det er også nødvendig å vurdere om overgangsordningene går klar av reglene for statsstøtte.

Hva som omfattes av reglene for statsstøtte, framgår av EØS-avtalen kapittel 2. Artikkel 61 første ledd lyder slik:

«Med de unntak som er fastsatt i denne avtale, skal støtte gitt av EFs medlemsstater eller EFTA-statene eller støtte gitt av statsmidler i enhver form, som vrir eller truer med å vri konkurransen ved å begunstige enkelte foretak eller produksjonen av enkelte varer, være uforenlig med denne avtales funksjon i den utstrekning støtten påvirker samhandelen mellom avtalepartene.»

Hva som ligger i dette, er omtalt på denne måten av Nærings- og fiskeridepartementet:

«Det er altså seks vilkår som alle må være oppfylt for at et tiltak skal defineres som offentlig støtte (vilkårene er kumulative).

1. Mottaker av støtte er et **foretak** som utøver en **økonomisk aktivitet (foretaksvilkåret)**
2. Støtten er gitt av **staten** eller av **statsmidler i enhver form.**
3. Støtten innebærer en **økonomisk fordel** for mottakeren
4. Støtten begunstiger **enkelte foretak** eller produksjonen av enkelte varer eller tjenester (**selektivitetsvilkåret**)
5. Støtten kan virke **konkurranseskadelig**
6. Støtten kan påvirke **samhandelen mellom EØS-landene**

Dersom **alle** vilkårene er oppfylt samtidig utgjør tiltaket *offentlig støtte*. Dersom et av vilkårene ikke er oppfylt, er ikke tiltaket eller tilskuddet offentlig støtte. Da trenger man heller ikke bry seg om reglene om offentlig støtte».

(Nærings- og fiskeridepartementet, 2019)

Slik utvalget ser det, er det høy risiko for at vilkår 2-6 vil bli vurdert å være oppfylt. Utvalget begrenser omtalen til vilkår 1.

Foretak som utøver en økonomisk aktivitet

EØS-retten skiller mellom å utøve økonomisk aktivitet og å tilby sosiale funksjoner til sine borgere. Å utøve økonomisk aktivitet kan rammes av statsstøtteregulering, mens å tilby sosiale funksjoner ikke gjør det.

I avgjørelse 113/14/COL omtaler Efta Surveillance Authority (Esa) det å tilby tannhelsetjenester på denne måten:

«(19) According to established case law, any entity engaging in economic activities qualifies as an undertaking regardless of how it is organised. Offering services on a given market qualifies as an economic activity, in so far as the activity does not fulfil an exclusively social function and is founded on the principle of solidarity. Dental services provided by public authorities (irrespective of legal form) will be deemed to be carried out by an undertaking provided that they are economic in nature.

(20) Whether or not the provision of public health care services is economic in nature depends on whether they «(...) fulfil an exclu-

sively social function, which is founded on the principle of national solidarity». In assessing whether a public health care service is to be considered as an economic activity one has to assess whether the service «operates according to the principle of solidarity in that it is funded from social security contributions and other State funding and in that it provides services free of charge to its members on the basis of universal cover.»

Hvor stor andel av kostnadene pasienten dekker er et moment i vurderingen, jf. blant annet 113/14/COL og No 3/17/COL kapittel 2.4. Hvis staten tilbyr sine tannhelsetjenester gratis, vil det normalt være en sosial funksjon.

Risikoen for å bryte statsstøttereguleringen øker desto mer av utgiftene pasientene selv dekker. I rundskriv I-2/2023 (Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2023) legger Helse- og omsorgsdepartementet til grunn at en egenandel på 25 prosent vil være i samsvar med statsstøttereguleringen.

16.3 Økonomiske konsekvenser

Utvalget er bedt om å utrede og beskrive økonomiske og administrative konsekvenser av tiltakene utvalget foreslår.

Mandatet sier også at minst ett av utvalgets forslag til tilnærming for likestilling av tannhelsetjenesten med øvrige helsetjenester skal kunne gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer for tjenestene. Utvalget har ingen forslag innenfor dagens økonomiske ramme, men mener derimot det er behov for å øke det offentlige ansvar for tannhelsetjenester. Utvalget har heller ikke vurdert konsekvensen av ikke å gjøre endringer i dagens ordninger.

Som utvalget har nevnt flere ganger i denne utredningen, og tatt opp i eget brev til oppdragsgiver, gjør manglende data på tannhelsefeltet det vanskelig å kostnadsberegne forslagene og tiltakene i denne utredningen. Der det er mulig, vil utvalget allikevel komme med noen anslag, men med nødvendige forbehold.

I kapittel 15 *Organisering av den offentlige tannhelsetjenesten* drøfter og foreslår et flertall av utvalget en omorganisering av den offentlige tannhelsetjenesten. Dette vil innebære omstillingskostnader, men kan medføre reduserte kostnader på sikt. Disse forholdene er ikke beregnet, men er drøftet i kapittel 15.

Utvalgets forslag 40. *Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens overordnede ansvar for å*

tilby tannhelsetjenester til befolkningen, inkludert ansvar for folkehelsearbeid, beredskap og dimensjonering av tannhelsetjenesten, og forslag 30. Innføre hjemmel for å dele opplysninger om behov for tannhelsetjenester med den offentlige tannhelsetjenesten vurderes å være av ren lovmessig art og anses ikke å ha økonomiske og administrative konsekvenser.

Disposisjonen i dette kapittelet er basert blant annet på dagens finansieringssystem med rammefinansiering av kommunesektoren, inkludert for fylkeskommunene og spesialisthelsetjenesten.

16.3.1 Rammefinansieringen for kommunesektoren / fylkeskommunene

Utvalgets forslag vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for finansieringen av kommunesektoren. Det redegjøres for de økonomiske og administrative konsekvensene under hvert av forslagene.

Forslag 2. Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens særlige ansvar for forebygging rettet mot barn og unge, og for å bidra til å styrke deres helsekompetanse gjennom et helt liv

Forslag 3. Styrke den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for forebygging, oppsøkende og målrettede tilbud for dem som har et særskilt behov

Forslag 16. Legge til rette for systematisk kvalitetsarbeid i tannklinikk basert på KPR-data

Forslag 23. Styrke tannhelsetjenestens arbeid med å avdekke vold, overgrep og sykdom

Forslag 24. Regulere tannhelsetjenestens samarbeid med barneavdelingene i de regionale helseforetakene, barnevernet og Statens Barnehus

Forslag 32. Innføre lovpålagte samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester

Finansieringen av disse tiltakene vil innebære en styrking av fylkeskommunenes rammer. I statsbudsjettet for 2024 har Stortinget bevilget 300 millioner kroner til økt rammetilskudd til fylkeskommunene. Formålet med det økte rammetilskuddet var å styrke et oppsøkende og aktivt arbeid for å sikre at personer som har rett til tannhelsetjenester, får det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024c). I statsbudsjettet for 2022 økte også Stortinget bevilgningen med 100 millioner kroner over rammetilskuddet til fylkeskommunene (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2022). Samlet har fylkes-

kommunene fått en økning i rammetilskuddet på 400 millioner kroner på to år. Utvalget mener det er behov for å vurdere tilsvarende økning av fylkeskommunenes rammebevilgning, på linje med vurderingene som lå til grunn for de allerede innførte styrkingene.

Forslag 33. Tydeliggjøre den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for samordning og styring ved kriser og tydeliggjøre den private tannhelsetjenestens plikt til å delta

Dette er en oppgave den offentlige tannhelsetjenesten har i dag. Det er generelt et behov for å stryke arbeidet med helseberedskap. Dette må omfatte både den offentlige og private tannhelsetjenesten.

Forslag 6. Utvide den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for pasienter med særskilte behov

Dette er et sentralt tiltak som Helsedirektoratet må få i oppdrag å utrede, blant annet hvordan det skal iverksettes, oppgaveutvidelse og ikke minst kostnadene. Utredningen må baseres på et godt og oppdatert kunnskapsgrunnlag. Basert på det kunnskapsgrunnlaget utvalget har hatt til rådighet, har det ikke vært mulig for utvalget å kostnadsberegne dette tiltaket.

Forslag 5. Utrede hva som er nødvendig tannregulering for barn og unge, og innføre en rett til gratis nødvendig tannregulering for denne gruppen

En oppgaveoverføring av ansvaret for tannregulering til den offentlige tannhelsetjenesten vil innebære overføring av midler fra folketrygden. Utvalget har ikke et fullstendig grunnlag for å kostnadsberegne dette tiltaket. Utvalget har gjort et anslag som viser at merutgiften for det offentlige, når tilbudet skal være vederlagsfritt for pasientene, anslagsvis kan være på 325–402 millioner kroner. Det er stor usikkerhet i anslaget. Se vedlegg 2 *Kostnadsanslag for vederlagsfri tannregulering* for beregning og nærmere beskrivelse.

Fylkeskommunene kan selv velge hvordan de vil organisere utføringen av pålagte oppgaver. Fylkeskommunen kan bruke egne ansatte eller inngå avtale med privatpraktiserende tannleger om å utføre tjenester på vegne av fylkeskommunen.

Utvalget mener at tiltaket potensielt både kan redusere og øke omfanget av tannregulering blant barn og unge. Det er sannsynlig at en

reduksjon vil skje som følge av utredning av hva som er nødvendig tannregulering. En utredning vil sannsynligvis føre til innstramning i kriterier for offentlig finansiering av tannregulering. I tillegg kan en reduksjon av kostnader skje dersom den offentlige tannhelsetjenesten gjennomfører tidligere og enklere behandling enn det som er vanlig praksis hos private kjeveortopedier i dag. Utvalget mener dette er sannsynlig. Dette var tidligere vanlig praksis i den offentlige tannhelsetjenesten. En økning i omfang kan også skje fordi tilbudet om nødvendig tannregulering blir gratis. Familiens økonomi blir da ikke lenger en del av valget om å gjennomføre nødvendig tannregulering.

Forslag 7. Gi den offentlige tannhelsetjenesten ansvaret for Tverrfaglig psykolog- og tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofre og personer med alvorlig angst for tannbehandling

Finansieringen av disse TOO-tiltakene vil innebære en overføring av tilskuddsmidlene som bevilges over kap. 770 Tannhelsetjenester post 70 Tilskudd, i statsbudsjettet.

Forslag 9. Alle skal ha rett til akutt tannhelsehjelp

En tydeliggjøring av den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for akutt tannbehandling i samarbeid og samordnet med privat tannhelsetjenester og øvrige akuttmedisinske tjenester (legevakt og i sykehus) vil kreve utredning av behov, omfang mv. Dagens fragmenterte ordning og mangel på data fra den private tannhelsetjenesten har ikke gjort det mulig for utvalget å kostnadsberegne forslaget. Utvalget mener at finansieringen bør inngå i de ordinære finansieringsordningene for kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Private tannhelsetilbydere må også bidra i ordningen. Videre bør det utredes om tannskade som kreves akuttbehandlet, bør ha samme egenandel som øvrige helsetjenester i legevakt og på sykehus.

Forslag 21. Lovregulere et sørge-for-ansvar for praksis i utdanningene

Et sørge-for-ansvar for praksis i utdanning vil innebære behov for økte midler i kommunerammen. Dette er beregnet i en egen rapport fra Helse direktoratet, jf. omtalen i kapittel 10.10.2. Utvalget har ikke gjennomført egne beregninger, men viser til forslaget i rapporten.

Forslag 18. Styrke praksisnær forskning på oral helse og tannhelsetjenester

Forslag 19. Sikre at tannhelsetjenestens kompetansesentre får en regional funksjon og er landsdekkende

Forslag 22. Lovregulere et medvirkningsansvar for kommunal sektor for forskning i tannhelsetjenesten

Forslag 20 A. Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til de regionale helseforetakene (flertallsforslag)

Forslag 20 B. Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til tannhelsetjenesten ved tannhelseforetak (mindretallsforslag)

Forslag 20 C. Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til den offentlige tannhelsetjenesten (mindretallsforslag)

Et medvirkningsansvar for forskning vil kunne innebære behov for økte midler i kommunerammen. Om lag 1 prosent av midlene av det samlede budsjettet til kommunenes helse- og omsorgstjeneste bør gå til forskning. Dette er foreslått av flere, blant annet Kommunenes strategiske forskningsorgan (Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF), 2019). Samlede utgifter til tannhelsetjenesten var om lag 21,8 milliarder kroner i 2022, ifølge helseregnskapet til Statistisk sentralbyrå, jf. kapittel 3.1.3 *Finansiering*. Prinsippet anvendt på tannhelsetjenesten innebærer at om lag 218 millioner kroner bør bevilges til praksisnær forskning i tannhelsetjenesten. I 2024 mottar tannhelsetjenestens kompetansesentre et samlet tilskudd på om lag 123 millioner kroner. Samlet betyr det et behov på om lag 95 millioner kroner for å styrke den praksisnære forskningen på tannhelsefeltet.

Utvalget er tredelt når det gjelder de regionale kompetansesentrene og har følgende forslag. Forslag 20 A. *Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til de regionale helseforetakene*, forslag 20 B. *Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til tannhelsetjenesten ved tannhelseforetak*, forslag 20 C. *Overføre tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til den offentlige tannhelsetjenesten*. Alle forslagene vil innebære behov for en overgangsordning hvor finansiering og overføring forberedes. Alle forslagene fordrer at tilskuddet til kompetansesentrene legges inn i rammen til henholdsvis spesialisthelsetjenesten, eventuelt tannhelseforetak eller fylkeskommunene.

Det bør vurderes om økte midler bør legges til kompetansesentrene eller til Norges forskningsråd. Et lovregulert medvirkningsansvar for forskning i tannhelsetjenesten vil trolig ikke kreve tilsvarende behov for økte midler i kommune-

rammen, som et eventuelt sørge for-ansvar for forskning ville kunne innebære.

Utvalget mener det er behov for å øke midler til forskningsstøtten til tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre. Hvor mye ressurser det er snakk om, kan avhenge av hvilke forvaltningsnivåer sentrene er lagt til. En fortsatt kommunal forankring av sentrene krever økte ressurser, mens en innlemming av sentrene i spesialisthelsetjenesten trolig ikke innebærer samme behov. Spesialisthelsetjenesten har i dag ressurser til forskningsstøtte som kan komme disse sentrene til gode.

Forslag 35. Styrke arbeidet med sambruk av personell i kommunene, særlig av tannpleiere, overfor barn og unge samt grupper med særskilt behov

Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027) viser til at man ønsker å styrke sambruk av personell. Planen viser videre til at helsefelleskapene (som utvalget foreslår at også tannhelsetjenesten bør være en del av) har oppgaver her. Det vises videre til et rekrutterings- og samhandlingstilskudd som helsefelleskapene forvalter. Tilskuddet har til hensikt å gjøre det enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om felles planlegging, utvikling og gode pasientforløp for prioriterte pasientgrupper gjennom helsefelleskapene. For områder med rekrutteringsutfordringer kan det være behov for å prøve ut nye organiseringsformer hvor man i større grad ser personell i sammenheng på tvers i helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 9 (2023–2024)). Utvalget mener at både kommunene og tannhelsetjenesten har de samme rekrutteringsutfordringene. Rekrutterings- og samhandlingstilskudd bør derfor omfattes av tannhelsetjenesten og deres personell, som et ledd i inntreden i helsefelleskapene, jf. forslag 31. *Inkludere den offentlige tannhelsetjenesten i helsefelleskapene.*

16.3.2 Rammefinansieringen for spesialisthelsetjenesten

Utvalgets forslag vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Utvalget redegjør for de økonomiske og administrative konsekvensene under hvert av forslagene.

Spesialisthelsetjenesten er finansiert via basis- og aktivitetsbasert innsatsstyrt finansiering (ISF). ISF er en aktivitetsbasert finansieringsordning fra staten til de regionale helseforetakene for somatisk spesialisthelsetjeneste samt for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).

Utvalget viser til at finansieringen i størst mulig grad bør harmoniseres og integreres i finansieringssystemet til de regionale helseforetakene. Videre pågår det allerede utredningsarbeid i regi av Helsedirektoratet som vil gå nærmere inn i dette enn det utvalget har hatt mulighet for.

Forslag 8. Innlemme orale helsetjenester i spesialisthelsetjenesten der de er en nødvendig og integrert del av behandlingen

Forslag 9. Alle skal ha rett til akutt tannhelsehjelp

Forslag 31. Inkludere den offentlige tannhelsetjenesten i helsefelleskapene

Finansieringen av forslag 8 innebærer at Helsedirektoratet ferdigstiller utredningsoppdraget de har fått. Det vil også innebære en overføring av tilskuddsmidlene til sykehusodontologiprojektet som bevilges over kap. 770 Tannhelsetjenester post 21, og fordeles via oppdragsbrevet til de regionale helseforetakene.

I første omgang mener utvalget at forslag i Helsedirektoratets utredning, som utvalget har fått oversendt, bør gjennomføres. Forslagene gjelder pasienter med leppe-kjeve-ganespalte og kraniofaciale tilstander. Det innebærer en overføring av midler fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten. Forslagene omfatter i tillegg rett til vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten for de samme pasientene. Utvalget viser til Helsedirektoratets rapport for anslag på hva forslaget vil koste.

Forslag 9. *Alle skal ha rett til akutt tannhelsehjelp* vil kreve videre utredning. Regjeringen har i nasjonal helse- og samhandlingsplan varslet at den vil legge fram en stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester (Meld. St. 9 (2023–2024)). Forslaget bør tas inn i arbeidet med denne stortingsmeldingen.

Når det gjelder forslaget om at den offentlige tannhelsetjenesten skal delta i helsefelleskapene, bør ikke dette innebære noen økte kostnader for tjenestene. Deltakelse i helsefelleskap bør kunne gjøres innenfor dagens ramme.

16.3.3 Finansiering via folketrygdens stønad til tannbehandling

Utvalgets forslag vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for folketrygdens stønad. Utvalget redegjør for de økonomiske og administrative konsekvensene under hvert av forslagene.

Utvalget har fått oversendt Helsedirektoratets utredning om å endre innretningen på stønaden til

periodontitt. Forslaget er kostnadsnøytralt. Utvalget har ikke vurdert denne rapporten, men mener denne typen forslag og endringer er en naturlig del av forvaltningen av folketrygdens stønadsordninger.

Forslag 5. Utrede hva som er nødvendig tannregulering for barn og unge, og innføre en rett til gratis nødvendig tannregulering for denne gruppen

Dette tiltaket vil innebære at Helsedirektoratet utreder hva som skal være kriteriene for offentlig finansiert tannregulering for barn og unge. Se nærmere omtale i kapittel 16.3.1.

Forslag 10. Utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Opprette et eget frikort for tannhelsetjenester som en overgangsordning.

Utvalget har ikke et fullstendig grunnlag for å kostnadsberegne dette tiltaket.

Utvalget har gjort et anslag som viser at merutgiften for det offentlige anslagsvis kan variere fra 4,2 til 12,7 milliarder kroner ved innføring av et eget frikort for tannhelsetjenester. Utvalget har ikke vurdert konsekvenser for det tilfellet at tannhelsetjenester inngår i samme egenandelstak som øvrige helsetjenester.

Utvalgets anslag inneholder alternativer med 100 prosent egenbetaling inntil et egenandelstak for tannhelsetjenester på 3 000 til 6 000 kroner nås, samt alternativer hvor egenandelstak kombineres med egenandel på 25 eller 50 prosent inntil taket nås.

Anslaget bygger på sterke forutsetninger, og det er stor usikkerhet knyttet til beregningene. Det må blant annet forventes at økt statlig støtte til tannbehandling vil påvirke tilbud, etterspørsel, og markedspriser. Det er ikke tatt hensyn til dette i anslaget. Se vedlegg 3 *Kostnadsanslag for utvidelse av offentlige finansiering av ved en universell tannhelseordning med frikort for tannhelsetjenester* for beregninger og nærmere beskrivelse.

Forslag 11 A. Innføre prisregulering ved offentlig finansiering av tannhelsetjenester og utrede hvordan en slik regulering bør utformes (flertallsforslag)

Forslag 11 B. Utrede prisregulering for tannhelsetjenester ved utvidelse av offentlig finansiering (mindretallsforslag)

Utvalgets forslag, et flertallsforslag 11 A og et mindretallsforslag 11 B, innebærer at forslagene

må utredes med hensyn til kriteriene for prisregulering, plassering av forvaltningsansvar og en utredning av økonomiske og administrative konsekvenser av prisreguleringen.

Forslag 29. Innføre rett til en ny vurdering av tannhelsetilstand

Dette forslaget vil innebære at Helsedirektoratet utreder hva som skal være kriteriene for rett til fornyet vurdering, og hvordan dette eventuelt bør finansieres.

16.3.4 Privat sektors bidrag til å finansiere nødvendige tiltak

Utvalgets forslag vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for privat sektor. Utvalget redegjør for de økonomiske og administrative konsekvensene under hvert av forslagene.

Forslag 37. Innføre lovfestet krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjoner for klinikkdrift (flertallsforslag)

Utvalget legger til grunn at konsesjonsordningen forvaltes av Helfo. Alternativ plassering av ansvaret, for eksempel hos Direktoratet for medisinske produkter (DMP), kan vurderes når ordningen skal innrettes. Tiltaket har økonomiske og administrative konsekvenser for myndighetene som forvalter konsesjonsordningen, og for aktørene som er omfattet av ordningen. Kostnadene til konsesjonssøknad foreslås dekket gjennom søknadsgebyr. Søknadsgebyr for konsesjoner for private tannhelsetjenestetilbydere i Sverige er foreslått til å være 30 000 SEK (SOU 2023:82). Apotekene i Norge betaler et søknadsgebyr på 40 000 kroner ved søknad om konsesjon, jf. apotekforskriften § 12. Gebyrstørrelsen skal fastsettes i tråd med Rundskriv 112-15 *Bestemmelser om statlig gebyr- og avgiftsfinansiering*. Utvalget mener at det i fastsettelsen av gebyr må tas hensyn til at markedsstrukturen består av både solopraksiser og større kjeder.

Forslag 38. Innføre lovfestet krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjoner for eierskap av tannklinikk (mindretallsforslag)

Forslag 36. Styrke tilsyn med private tannhelsetilbydere for å sikre etterlevelse i henhold til rammene for utøvelse av privat virksomhet

Utvalget foreslår at Helfo får utvidet forvaltningsansvar. Kostnadene til forslagene foreslås finan-

siert gjennom en sektoravgift der kostnader fordeles mellom konsesjonærene basert på objektive kriterier, for eksempel virksomhetenes omsetning. Forslaget forutsetter at myndighetene har tilgang til omsetningsgrunnlag for private virksomheter som er omfattet av ordningen, for å kunne bestemme omsetningsgrunnlaget. Gebyrstørrelse skal fastsettes i tråd med Rundskriv 112-15 *Bestemmelser om statlig gebyr- og avgiftsfinansiering*. Utvalget er også her opptatt av at beregningen av kostnader må ta hensyn til ulikhetene i sektoren, som enmannsklinikker og kjeder.

Utvalgets medlemmer Alamdari, Jakhelln og Olsen-Bergem støtter ikke forslag 37 og 38, jf. omtale i kapittel 13.6 Tydeliggjøre rammene for utøvelse av privat virksomhet.

Forslag 12. Videreutvikle og gjenåpne prisportal for tannhelsetjenester ved innhenting av priser via Kommunalt pasient- og brukerregister (flertallsforslag)

Forslag 15. Øke tannhelsetjenestens regionale kompetansesentres bistand til privat tannhelsetjeneste

Forslag 16. Legge til rette for systematisk kvalitetsarbeid i tannklinikk basert på KPR-data

Medfinansieringen av prisportalen bør innebære at nødvendige midler betales inn fra sektoren, i tråd med en kostnadsnøkkel basert på objektive kriterier, for eksempel virksomhetenes omsetning.

Utvalgets medlemmer Alamdari og Olsen-Bergem støtter ikke forslag 12 jfr. omtale i kapittel 13.2.7. Tilgjengelig prisinformasjon for tannhelsetjenester.

Det bør også vurderes om bistand fra tannhelsetjenestens regionale kompetansesentre til den private tannhelsetjenesten bør medfinansieres av privat sektor.

Utvalgets medlemmer Alamdari og Olsen-Bergem støtter forslag 15 og 16, men mener dette er en kostnad offentlige myndigheter må ta, og ikke pålegge private tannhelsetilbydere.

16.4 Styrking av tilsyn og nasjonale myndighetsoppgaver mv.

Utvalgets forslag vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for nasjonale myndigheter. Utvalget redegjør for de økonomiske og administrative konsekvensene under hvert av forslagene.

Forslag 39. Samle tannhelsesdata i Kommunalt pasient- og brukerregister, og Norsk pasientregister og analysere innrapporterte data

Forslag 27. Utarbeide retningslinjer for tannhelsetjenestens plikt til å informere om klagemuligheter etter behandling

Forslag 28. Utrede om det er behov for å styrke tilsynet med tannhelsetjenesten

Forslag 13. Videreutvikle kvalitetsindikatorer for tannbehandling og gjøre dem offentlig tilgjengelig

Forslag 14. Etablere kvalitetsregistre for tannbehandling

Forslag 17. Utvikle kunnskapsstøttesystem og prioriteringsveiledere for tannhelsetjenesten

Finansieringen av disse tiltakene vil trolig kreve ekstra midler. Siden dette er områder som nasjonale myndigheter allerede har oppgaver og aktiviteter rettet mot, er det vanskelig å vurdere om dette kan gjøres innenfor egen ramme eller ikke.

Det bør utredes nærmere om tilsynsmyndighetene trenger flere ressurser for å ivareta sine oppgaver. Det begrensede tilsynet på tannhelsefeltet peker mot at det er behov for økte ressurser til Statsforvalteren og Statens helsetilsyn.

Implementering av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) gjør at Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet må analysere KPR-data som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten. Dette er et ansvar og en oppgave de allerede har for Norsk pasientregister. Kostnadsberegning av innføring og drift er det derfor ikke mulig for utvalget å gjøre.

Implementering av KPR muliggjør etablering av flere kvalitetsregistre innenfor tannhelsefeltet. Det er behov for å kostnadsberegne etablering og drift av slike når konkrete forslag foreligger, og etter at KPR er fullt ut etablert i tannhelsesektoren.

Forslag 4. Integrere oral helse i nasjonale folkehelse-satsinger og -kampanjer for å gjøre befolkningen i stand til å ivareta egen oral tannhelse gjennom ulike faser av livet

Dette er et ansvar Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet allerede har og ivaretar i dag. Det bør kunne gjennomføres i samarbeid med tjenestene og innenfor egen ramme.

Forslag 25. Utrede digitale systemer for henvisning innad i tannhelsetjenesten og til alle deler av helse- og omsorgstjenesten

Forslag 26. Gi tannhelsetjenesten økt tilgang til digitale verktøy

Finansering av tannhelsetjenestens tilgang til digitale verktøy bør være på linje med andre helse- og omsorgstjenester. Det er også viktig å framheve at de som er ansvarlige for tannhelsetjenesten har et selvstendig ansvar for å sikre tjenesteutvikling inkludert tilgang til digitale verktøy.

Forslag 34. Utrede behov for studieplasser for tannhelsepersonell i Norge

Dette forslaget vil innebære at Kunnskapsdepartementet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet iverksetter utredningen på egnert måte.

16.4.1 Nye og utvidede myndighetsoppgaver prisregulering, tildeling av konsesjon mv.

Forslag 37. Innføre lovfestet krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjoner for klinikkdrift (flertallsforslag)

Forslag 38. Innføre lovfestet krav for private tannhelsetilbydere om å søke konsesjoner for eierskap av tannklinikk (mindretallsforslag)

Forslag 36. Styrke tilsyn med private tannhelsetilbydere for å sikre etterlevelse i henhold til rammene for utøvelse av privat virksomhet

Forslag 11 A. Innføre prisregulering ved offentlig finansiering av tannhelsetjenester og utrede hvordan en slik regulering bør utformes (flertallsforslag)

Forslag 11 B. Utrede prisregulering for tannhelsetjenester ved utvidelse av offentlig finansiering (mindretallsforslag)

Administrativt foreslår utvalget at ansvaret for forvaltning av konsesjonsordningen og tilsynsoppgaver med private virksomheter samt ansvaret for prisreguleringen legges til Helfo. Alternative plasseringer kan eventuelt vurderes når ordningen er nærmere innrettet. Et alternativ kan være å gi ansvaret til Direktoratet for medisinske produkter (DMP), som i dag har ansvar for prisregulering på legemiddelmarkedet. Aktivitetene foreslås finansiert gjennom gebyrer og sektoravgift.

Implementering av Kommunalt pasient- og brukerregister vil gjøre at Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet får oppgaver med å analysere KPR-data som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenesten. Dette bør gjennomføres i samarbeid med DMP, som mulig ansvarlig for konsesjon til den private tannhelsetjenesten. Det er behov for ytterligere utredninger knyttet til innføringen av disse forslagene.

Utvalgets medlemmer Alamdari, Jakhelln og Olsen-Bergem, Farshad Alamdari støtter ikke forslagene 37 og 38. Se nærmere omtale i kapittel 13.2 Likeverdig tilgang til tannhelsetjenester for alle og kapittel 13.6 Tydeliggjøre rammene for utøvelse av privat virksomhet.

Referanseliste

- Akuttmedisinforordningen. *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforordningen)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
- Amdal, A. S., Kløve, M. & Åstrøm, A. N. (2023). Utvikling av forekomsten av oral helse relatert livskvalitet blant voksne i Norge i tidsrommet 2004 –2018. *Nor Tannlegeforen Tid*, 133, 202-208. <https://www.tannlegetidende.no/asset/journal/2023/03/Tidende-2023-03-202-8.pdf>
- Anskaffelsesforordningen – FOA. *Forskrift om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforordningen)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-08-12-974>
- Antibiotika.no. *Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP)*. <https://www.antibiotika.no/asp-2/>
- Apotekforordningen. *Forskrift om apotek (apotekforordningen)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-02-26-178>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2008). *Rundskriv til § 5–6 – Tannlege* [Rundskriv]. Helse og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoe-ringer_kta/rundskriv--ftrl-5-6--endelig-versjon-09.11.pdf
- ASA 4310 for perioden 2024-2025. *Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene* <https://www.ks.no/contentassets/6a23ae6f3a724e0386a22abc4e6678f7/ASA-4310-2024-25.pdf>
- Baelum, V. & Ellegaard, B. (2004). Implant survival in periodontally compromised patients. *J Periodontol*, 75(10), 1404-1412. <https://doi.org/10.1902/jop.2004.75.10.1404>
- Bajalan, A., Bui, T., Salvadori, G., Marques, D., Schumacher, A., Rosing, C. K., Dahle, U. R., Petersen, F. C., Ricomini-Filho, A. P., Nicolau, B. F. & Junges, R. (2022). Awareness regarding antimicrobial resistance and confidence to prescribe antibiotics in dentistry: a cross-continental student survey. *Antimicrob Resist Infect Control*, 11(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01192-x>
- Bakkan, G. E. & Solberg, M. R. *Dentale erosjoner: En 10-års longitudinell oppfølging av 16-årige ungdommer med fokus på energidrikker basert på Tromsøundersøkelsen Fit Futures 1&3* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet].
- Baltussen, R., Jansen, M. P., Bijlmakers, L., Tromp, N., Yamin, A. E. & Norheim, O. F. (2017). Progressive realisation of universal health coverage: what are the required processes and evidence? *BMJ Glob Health*, 2(3), e000342. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000342>
- Barnehageloven – bhl. (2005). *Lov om barnehager (barnehageloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>
- Barnelova – bl. (1981). *Lov om barn og foreldre (barnelova)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barnevernsloven – bvl. (2021). *Lov om barnevern (barnevernsloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>
- Benzian, H., Beltran-Aguilar, E. & Niederman, R. (2022). Essential oral health care and universal health coverage go hand in hand. *J Am Dent Assoc*, 153(11), 1020-1022. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2022.08.006>
- Björkman, L., Musial, F., Alraek, T., Werner, E. L., Weidenhammer, W. & Hamre, H. J. (2020). Removal of dental amalgam restorations in patients with health complaints attributed to amalgam: A prospective cohort study. *J Oral Rehabil*, 47(11), 1422-1434. <https://doi.org/10.1111/joor.13080>
- Björkman, L., Musial, F., Alraek, T., Werner, E. L. & Hamre, H. J. (2022). *Utprøvede behandling ved helseplager attribuert til amalgamfyllinger – En prospektiv kohortstudie*. NORCE. <https://hdl.handle.net/11250/3017500>
- Blix, H. S. & Enersen, M. (2018). *Antibiotic prescribing in dentistry. NORM/NORM-VET 2017. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway (1890-9965)*.
- Bongo, A. S., Brustad, M. & Jonsson, B. (2021). Caries experience among adults in core Sami areas of Northern Norway. *Community Dent*

- Oral Epidemiol*, 49(5), 401-409. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12613>
- Bongo, A. S., Brustad, M., Oscarson, N. & Jonsson, B. (2020). Periodontal health in an indigenous Sami population in Northern Norway: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 20(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01098-3>
- Bosch de Basea Gomez, M., Thierry-Chef, I., Harbron, R., Hauptmann, M., Byrnes, G., Bernier, M. O., Le Cornet, L., Dabin, J., Ferro, G., Istad, T. S., Jahnen, A., Lee, C., Maccia, C., Malchair, F., Olerud, H., Simon, S. L., Figuerola, J., Peiro, A., Engels, H., Johansen, C., Blettner, M., Kaijser, M., Kjaerheim, K., Berrington de Gonzalez, A., Journy, N., Meulepas, J. M., Moissonnier, M., Nordenskjold, A., Pokora, R., Ronckers, C., Schuz, J., Kesminiene, A. & Cardis, E. (2023). Risk of hematological malignancies from CT radiation exposure in children, adolescents and young adults. *Nat Med*, 29(12), 3111-3119. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02620-0>
- Brattabo, I. V., Iversen, A. C., Astrom, A. N. & Bjorknes, R. (2016). Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey. *Acta Odontol Scand*, 74(8), 626-632. <https://doi.org/10.1080/00016357.2016.1230228>
- Budsjett-innst.S. nr. 11 (2002–2003) *Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2003 vedkommende Sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16)*. Sosialkomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Budsjett/2002-2003/innb-200203-011/?lvl=0>
- Buonavoglia, A., Leone, P., Solimando, A. G., Fasano, R., Malerba, E., Prete, M., Corrente, M., Prati, C., Vacca, A. & Racanelli, V. (2021). Antibiotics or No Antibiotics, That Is the Question: An Update on Efficient and Effective Use of Antibiotics in Dental Practice. *Antibiotics (Basel)*, 10(5). <https://doi.org/10.3390/antibiotics10050550>
- Chang, M., Michelet, M., Skirbekk, V., Langballe, E. M., Hopstock, L. A., Sund, E. R., Krokstad, S. & Strand, B. H. (2023). Trends in the use of home care services among Norwegians 70+ and projections towards 2050: The HUNT study 1995–2017. *Scand J Caring Sci*, 37(3), 752-765. <https://doi.org/10.1111/scs.13158>
- Czesnikiewicz-Guzik, M., Osmenda, G., Siedlinski, M., Nosalski, R., Pelka, P., Nowakowski, D., Wilk, G., Mikolajczyk, T. P., Schramm-Luc, A., Furtak, A., Matusik, P., Koziol, J., Drozd, M., Munoz-Aguilera, E., Tomaszewski, M., Evangelou, E., Caulfield, M., Grodzicki, T., D'Aiuto, F. & Guzik, T. J. (2019). Causal association between periodontitis and hypertension: evidence from Mendelian randomization and a randomized controlled trial of non-surgical periodontal therapy. *Eur Heart J*, 40(42), 3459-3470. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz646>
- Dahm, K. T., Denison, E. & Hafstad, E. (2020). *Tannpleietiltak for å bedre oral helse hos personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og andre prioriterte grupper. Oversikt over systematiske oversikter*. (Rapport – 2020). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/tannpleietiltak-for-a-bedre-oral-helse-hos-personer-som-mottar-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-og-andre-prioriterte-grupper-rapport-2020.pdf>
- Debelian, G., Døving, L., Gerner, N. W., Lange, E., Pedersen, I., Ulstad, J., Bjørntvedt, S. & Willumsen, T. (2013). Endodontisk sykdom hos pasienter som oppsøker allmentannleger i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid*, 123(4), 254-257. <https://doi.org/10.56373/2013-4-13>
- Den norske tannlegeforening. *Smittevern*. <https://www.tannlegeforeningen.no/fag-og-politikk/faglige-rad-og-retningslinjer/smittevern.html>
- Den norske tannlegeforening. (2023, 6. september 2023). *Fond*. <https://www.tannlegeforeningen.no/medlemskap/medlemsfordeler/fond.html>
- Diep, M. T., Hove, L. H., Orstavik, D., Skudutyte-Rysstad, R., Sodal, A. T. T. & Sunde, P. T. (2022). Periapical and endodontic status among 65-year-old Oslo-citizens. *BMC Oral Health*, 22(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02406-9>
- Direktoratet for e-helse. (2019). *Målbilde for et nasjonalt tannhelseregister* (IE-1055).
- Direktoratet for forvaltning og IKT. (2018a). *Veileder for kjøp av helse- og sosialtjenester*. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. <https://anskaffelser.no/verktoy/veiledere/veileder-kjop-av-helse-og-sosialtjenester>
- Direktoratet for forvaltning og IKT. (2018b). *Veilederen om anskaffelse av helse- og sosialtjenester*. Direktoratet for forvaltning og IKT. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fanskaffelser.no%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fveileder_helse_og_sosialtjenester_-10.05.2018.docx&wdOrigin=BROWSELINK

- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (2022). *Nøkkeltall for universiteter og statlige høyskoler 2022*. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. https://dbh.hk-dir.no/static/files/esdata/2022/nokkeltall_statlige_2022.pdf
- Dokument nr. 8:66 (1999–2000). (2000). *Forslag fra stortingsrepresentantene Øystein Hedstrøm, John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om en trygdefinansieringsordning for pasienter som lider av raskt fremskridende eller alvorlig periodontitt*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/1999-2000/dok8-199900-066/?lvl=0>
- Dokument nr. 15:736 (2017–2018). (2018). *Svar på skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helseministeren*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=70884>
- Domstoloven – dl. (1915). *Lov om domstolene (domstoloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1915-08-13-5>
- EFTA Surveillance Authority decision 113/14/ COL. *EFTA Surveillance Authority decision of 12 March 2014 on the financing of Norwegian public dental health care services («DOT») (Norway)*. <https://www.eftasurv.int/cms/sites/default/files/documents/decision-113-14-COL.pdf>
- EFTA Surveillance Authority decision – No 3 / 17/ COL. *EFTA Surveillance Authority decision – No 3 / 17/ COL – of 18 January 2017 – amending, for the one-hundred and second time, the procedural and substantive rules in the field of State aid by introducing new Guidelines on the notion of State aid as referred to in Article 61(1) of the Agreement on the European Economic Area [2017/2413]* <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:E2017C0003&from=EN>
- Ekspertutvalgets rapport. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971896/>
- Elken, M., Røsdal, T., Aanstad, S. & Caspersen, J. (2015). *Praktisk øving i tannhelseutdanningene i Norge: En sammenligning av ulike studiemodeller* (12/2015). f. o. u. Nordisk institutt for studier av innovasjon. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/282065>
- Elwishahy, A., Antia, K., Bhusari, S., Ilechukwu, N. C., Horstick, O. & Winkler, V. (2021). Porphyromonas Gingivalis as a Risk Factor to Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis Rep*, 5(1), 721-732. <https://doi.org/10.3233/ADR-200237>
- Endringslov til integreringsloven, f. m. (2024). *Lov om endringer i integreringsloven, folketrygdloven og tannhelsetjenesteloven (innstramminger)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2024-06-25-54>
- Endr. i forskrift om behandling hos tannlege. (2003). *Forskrift om endring i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom*. (FOR-2003-09-30-1198). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-09-30-1198>
- Eriksen-Volle, H. M., Bruland, S. L., Sorknes, N. & Iversen, B. G. (2023). *Erfaringsgjennomgang – Smittevern i helse- og omsorgstjenesten* (978-82-8406-357-7). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2023/erfaringsgjennomgang-smittevern-i-helse-og-omsorgstjenesten-2022/>
- Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2014/24/EU. *Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2014/24/EU af 26. februar 2014 om offentlige udbud og om ophævelse af direktiv 2004/18/EF EØS-relevant tekst*. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2014.094.01.0065.01.DAN
- European Union. (2020). *Unique Device Identification (UDI) System*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-09/md_faq_udi_en_0.pdf
- European Union. (2024). *The Digital Economy and Society Index (DESI)*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi>
- Eurostat. (2023). *Unmet health care needs statistics*. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics&oldid=461732#Unmet_needs_for_dental_examination_and_treatment
- Finansdepartementet. (2015). *Rundskriv R-112/15 Bestemmelser om statlig gebyr- og avgiftsfinansiering* (R-112/15) [Rundskriv]. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_112_2015.pdf
- Finansdepartementet. (2021). *Langsiktige fremskrivninger til Perspektivmeldingen 2021* (Arbeidsnotat 2021/3). Finansdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/4555aa40fc5247de9473e99a5452fdff/arbeidsnotat_2021_3.pdf
- FNs barnekonvensjon. *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. <https://www.regjeringen.no/globala>

- lassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/?term>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Ukrainske flyktninger: Dårligere helse og betydelig dårligere tannhelse*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2023/ukrainske-flyktninger-darligere-helse-og-betydelig-darligere-tannhelse/>
- Folkehelsesloven – fhl. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelsesloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Folketrygdloven – ftrl. (1997). *Lov om folketrygd (folketrygdloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Forbrukerklageloven. (2020). *Lov om behandling av forbrukerklager i Forbrukertilsynet og Forbrukerklageutvalget (forbrukerklageloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2020-06-23-98>
- Forbrukerrådet. (2010). *Tannpine, priser og tilgjengelighet – en rapport om tannlegemarkedet*.
- Forbrukerrådet. (2022). *Brukerorientert tannhelse*.
- Forskningsrådet. (2024). *Forskningsrådets portefølje innenfor oral helse i perioden 2018 – 2023*. Forskningsrådet. www.forskningsradet.no/publikasjoner
- Forskrift om dekning av tannlegeutgifter. (2007). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom (FOR-2007-12-13-1412)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SFO/forskrift/2007-12-13-1412>
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>
- Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). *Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-08-25-1292>
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging. *Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-07-23-881>
- Forskrift om krav til føring av atskilte regnskaper mv. *Forskrift om krav til føring av atskilte regnskaper mv.* <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-12-19-1820>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. *orskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring>
- Forskrift om prisopplysning tannlegetjenester. (1996). *Forskrift om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m.* <https://lovdata.no/dokument/SFO/forskrift/1996-01-26-122>
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling. *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-12-16-1702>
- Forskrift om stønad til helsetjenester i EØS. *Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-22-1466>
- Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester. *Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1984-05-24-1268>
- Forsvarets sanitet. (2023). *Helse for stridsevne 2023 – Nøkkeltall og forskningsresultater fra Forsvarets helseregister*. Forsvaret. https://www.forsvaret.no/forskning/forsvarets-helse-register-ime/publikasjoner/helse-for-stridsevne-2023.pdf/_/attachment/inline/0ffb6789-52f6-4c42-9bd3-f665e8befd05:5cc090c4ce3-fe96d8120df7a5e15d9585f26b54e/helse-for-stridsevne-2023.pdf
- Forvaltningsloven – fvl. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningslov>
- Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Braekhus, A., Engedal, K., Johannessen, A., Kvello-Alme, M., Krokstad, S., Livingston, G., Matthews, F. E., Myrstad, C., Skjellegrind, H., Thingstad, P., Aakhus, E., Aam, S. & Selbaek, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *J Alzheimers Dis*, 79(3), 1213-1226. <https://doi.org/10.3233/JAD-201275>
- Grytten, J., Listl, S. & Skau, I. (2023). Do Norwegian private dental practitioners with too few patients compensate for their loss of income by providing more services or by raising their fees? *Community Dent Oral Epidemiol*,

- 51(5), 778-785. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12750>
- Grytten, J., Skau, I. & Holst, D. (2014). Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid.*, 124(4), 276-283. <https://doi.org/10.56373/2014-4-9>
- Hadler-Olsen, E. & Jonsson, B. (2021). Oral health and use of dental services in different stages of adulthood in Norway: a cross sectional study. *BMC Oral Health*, 21(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01626-9>
- Haque Afzal, S., Wigen, T. I., Skaare, A. B. & Brusevold, I. J. (2023). Molar-incisor hypomineralisation in Norwegian children: Prevalence and associated factors. *Eur J Oral Sci*, 131(3), e12930. <https://doi.org/10.1111/eos.12930>
- Hauptmann, M., Byrnes, G., Cardis, E., Bernier, M. O., Blettner, M., Dabin, J., Engels, H., Istad, T. S., Johansen, C., Kaijser, M., Kjaerheim, K., Journy, N., Meulepas, J. M., Moissonnier, M., Ronckers, C., Thierry-Chef, I., Le Cornet, L., Jahnen, A., Pokora, R., Bosch de Basea, M., Figuerola, J., Maccia, C., Nordenskjold, A., Harbron, R. W., Lee, C., Simon, S. L., Berrington de Gonzalez, A., Schuz, J. & Kesminiene, A. (2023). Brain cancer after radiation exposure from CT examinations of children and young adults: results from the EPI-CT cohort study. *Lancet Oncol*, 24(1), 45-53. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00655-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00655-6)
- Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvag, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Naess, O., Ystrom, E., Hultman, C. M. & Høy, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One*, 13(8), e0202028. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202028>
- Heiberg, I. H., Nesvag, R., Balteskard, L., Bramness, J. G., Hultman, C. M., Naess, O., Reichborn-Kjennerud, T., Ystrom, E., Jacobsen, B. K. & Høy, A. (2020). Diagnostic tests and treatment procedures performed prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*, 141(5), 439-451. <https://doi.org/10.1111/acps.13157>
- Helfo. (2018a). *Helfos organisasjon*. Helfo. <https://www.helfo.no/om-helfo/om-helfo/helfos-organisasjon>
- Helfo. (2018b). *Kontroll*. Helfo. <https://www.helfo.no/kontroll/Kontroll-i-Helfo>
- Helfo. (2023). *Tannbehandling i EU/EØS*. Helsenorge.no. <https://www.helsenorge.no/behandling-i-utlandet/tannbehandling-i-eu-eos/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Høring om forslag til ny forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom – vedtak om forkortet høringsfrist*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-forslag-til-ny-forskrift-om-st/id489092/?expand=horingsnotater>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Helse-Omsorg21 Et kunnskapssystem for bedre folkehelse Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.helseomsorg21.no/contentassets/1093b5ba-ed6a4ee39eac5b8d59bb32e7/pdf/helse-omsorg21strategien-1.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av Helse-Omsorg21-strategien Forsking og innovasjon i helse og omsorg (2015–2018)* (11/2015). <https://www.helseomsorg21.no/contentassets/1093b5baed6a4ee39eac5b8d59bb32e7/pdf/handlingsplanho21-2.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017-2027)*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/a176427580234e5d818f446a7b66feb1/strategi_oral_helse_170907.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Rundskriv I-7/2017 Regelverk og takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2018 – revidert 16. februar 2018 (I-7/2017)* [Rundskriv]. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/5a993fe37deb4193bd6758d34d1dab96/rundskriv_i-7-2017.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 Kortversjon* (11/2019). Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a). *Høringsnotat – sammenslåing av frikort egenandelstak 1 og 2. Forslag til endringer i lov om folketrygd § 5-3, forskrift om egenandelstak 1 og*

- forskrift om egenandelstak 2 mv.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/eea6e5e9cf6b4a7aa49c26c42998aca8/horingnotat-l1650138.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *Høringsnotat Forslag om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (godkjenningsmodell for fritt brukervalg)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/aaec2248d2a4fb8aeb2c763861ccae8/horingnotat-forslag-om-endringer-i-helse-og-omsorgstjenesteloven-godkjenningsmodell.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *God og riktig mat hele livet. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/folkehelse/i-1204-b_ernaringsstrategi_uu.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Tillegg til tildelingsbrev*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tillegg-tildelingsbrev-nr.-18-36-2022-helsedirektoratet.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023a). *Mandat – delprosjekt Utredning av en samlet organisering av forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/82909c94f0544416a7605b5538bc9d06/mandat-delprosjekt-utredning-av-en-samlet-organisering-av-forsknings-og-kompetansesentre.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023b). *Mandat for gjennomføring av endringer i den sentrale helseforvaltningen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/prosjekt-mandat-for-gjennomforing-av-endringer-i-den-sentrale-helseforvaltningen/id2986935/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023c). *Rundskriv I-2/2023 Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2023 (I-2/2023)* [Rundskriv]. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-opdrag-og-arsrapporter/2023/rundskriv-i-2-23.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023d). *Rundskriv I-3/2023 om offentlig tannhelsetilbud til mennesker med psykiske helseproblemer (I-3/2023)* [Rundskriv]. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f068d8c6f8a64c75a328fe339a5aa293/rundskriv-i-3-2023-om-offentlig-tannhelsetilbud-til-mennesker-med-psykiske-helseproblemer-2445386.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023e). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tildelingsbrev-til-helsedirektoratet-for-2023.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024a). *Nasjonalt system for måling av forsknings- og innovasjonsaktivitet i helseforetakene og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helseforskning/nasjonalt-system-for-maling-av-forsknings-og-kompetansesentre-utenfor-spesialisthelsetjenesten/id446980/#Maaling>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024b). *Nytt utvalg om prioritering av folkehelseiltak*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-utvalg-om-prioritering-av-folkehelseiltak/id3045208/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024c). *Rundskriv I-2/2024 Styrket fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2024 (I-2/2024)* [Rundskriv]. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/2024/id3029158/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024d). *Rundskriv I-3/2024 Styrket fylkeskommunalt tannhelsetilbud til unge voksne i 2024 (I-3/2024)* [Rundskriv]. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/f0c3abd39fbc4e19a705d05b14cfc487/rundskriv-i-3-2024-styrket-fylkeskommunalt-tannhelsetilbud-til-unge-voksne-i-2024-12558875.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven – hol. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse Bergen. Haukeland universitetssjukehus. *Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte*. Hentet 2024 fra <https://www.helse-bergen.no/norsk-kvalitetsregister-for-leppe-kjeve-ganespalte>
- Helseberedskapsloven – hlsberedskl. (2000). *Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56>
- Helsedirektoratet. *Kommunale helse- og omsorgstjenester*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

- Helsedirektoratet. *Rundskriv til forskrift om direkte oppgjør for stønad etter folketryktdloven kapittel 5 (R05-FOR-2816)* [Rundskriv]. <https://lovdata.no/nav/rundskriv/r05-for-2816>
- Helsedirektoratet. *Tannhelse*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/tannhelse>
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologiske biomaterialer* (IS-1481). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/odontologiske-biomaterialer-utredning-og-behandling-ved-mistanke-om-bivirkninger/Nasjonalfaglig-retningslinje-om-bivirkninger-fra-odontologiske-biomaterialer.pdf/_/attachment/inline/44122ce8-2076-4a26-b68c-ac87fc4b0d5e:5a077b28a486bf6493df6615a6afcc4e12cdb961/Nasjonalfaglig-retningslinje-om-bivirkninger-fra-odontologiske-biomaterialer.pdf
- Helsedirektoratet. (2010). *Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi* (IS-1855). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilrettelagte-tannhelsetilbud-for-mennesker-som-er-bli-utsatt-for-tortur-overgrep-eller-har-odontofobi/Tilrettelagte%20tannhelsetilbud%20for%20mennesker%20som%20er%20bli-utsatt%20for%20tortur%20overgrep%20eller%20har%20odontofobi.pdf/_/attachment/inline/bd0ccb11-bab0-494f-bcd4-7fec0a7a804c:0d9f2292534194d516261e81f24-fe32d4e8ec7cd/Tilrettelagte%20tannhelsetilbud%20for%20mennesker%20som%20er%20bli-utsatt%20for%20tortur%20overgrep%20eller%20har%20odontofobi.pdf
- Helsedirektoratet. (2011). *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* (IS-1589). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20E2%80%93%20Veileder%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/3a61ee48-164f-423a-ad02-6748ac1479b3:0506b11f2cd7c642750206443eb93ede8c1687ff/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20E2%80%93%20Veileder%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20E2%80%93%20Veileder%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/3a61ee48-164f-423a-ad02-6748ac1479b3:0506b11f2cd7c642750206443eb93ede8c1687ff/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20E2%80%93%20Veileder%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2014). *Beskrivelse av forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø i sykehus*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forsoksordning-med-orale-helsetjenester-orga-nisert-i-tverrfaglig-miljo-ved-sykehus/Fors%C3%B8ksordning%20med%20orale%20helsetjenester%20organisert%20i%20tverrfaglig%20milj%C3%B8%20ved%20sykehus.pdf/_/attachment/inline/ecace90b-439d-486a-bcfd-f502778f7ea9:947f175536e9b60ce92ead012d0eb99cb6acffc/Fors%C3%B8ksordning%20med%20orale%20helsetjenester%20organisert%20i%20tverrfaglig%20milj%C3%B8%20ved%20sykehus.pdf
- Helsedirektoratet. (2015). *Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram. Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/munntorrhet-og-andre-plager-i-munn-og-svelg>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Organisering og gjennomføring av spesialistutdanning for tannleger – høst 2015* (IS-2764). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-gjennomforing-av-spesialistutdanning-for-tannleger/Organisering%20og%20gjennomf%C3%B8ring%20av%20spesialistutdanning%20for%20tannleger.pdf/_/attachment/inline/9627dd38-1228-432d-89f1-8935a1aa2cb5:dd186ea7978f8385b69de78-de3cf3b08cc94502c/Organisering%20og%20gjennomf%C3%B8ring%20av%20spesialistutdanning%20for%20tannleger.pdf
- Helsedirektoratet. (2016b). *Temporomandibulær dysfunksjon – TMD*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/temporomandibulaer-dysfunksjon-tmd>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel – Årsrapport 2018*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel-arsrapport-2018>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Nasjonale faglige råd for lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Kartlegging av spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Status høst 2017. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet* (IS-2808). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-spesialisttannhelsetjenester-til-personer-med-rettigheter-etter-tannhelsetjenesteloven/Kartlegging%20av%20spesialisttannhelsetjenester%20til%20personer%20med%20rettigheter%20etter%20tannhelsetjenesteloven.pdf/_/attach-

- ment/inline/a6eeff7b-e922-4a7c-9bdd-701a26077e83:85ffdb7dcf8d42d61f36f1d66c3df99d7fd38395/Kartlegging%20av%20spesialisttannhelsetjenester%20til%20personer%20med%20rettigheter%20etter%20tannhelsetjenesteloven.pdf
- Helsedirektoratet. (2018b). *Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år. Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-0-20-ar/Barnemishandling-seksuelle-overgrep-eller-omsorgssvikt-av-barn-og-unge#den-offentlige-tannhelsetjenesten-skal-ha-et-system-som-sikrer-ivaretagelse-av-tannhelsepersonell-ets-opplysningsplikt-praktisk-informasjon>
- Helsedirektoratet. (2019). *Evaluering av «Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus»*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-forsoksordning-med-orale-helsetjenester-organisert-i-tverrfaglig-miljo-ved-sykehus/Evaluering%20av%20C2%ABFors%C3%B8ksordning%20med%20orale%20helsetjenester%20organisert%20i%20tverrfaglig%20milj%C3%B8%20ved%20sykehus%C2%BB.pdf/_/attachment/inline/3c57efb1-909f-40e5-ab02-7acef8ed7428:e2c39a6849c24f0d1bef24fdaef21cfc1b240de3/Evaluering%20av%20C2%ABFors%C3%B8ksordning%20med%20orale%20helsetjenester%20organisert%20i%20tverrfaglig%20milj%C3%B8%20ved%20sykehus%C2%BB.pdf
- Helsedirektoratet. (2019a). *Forslag til prioritering av bittavvik som inngår i folketrygdens stønad til kjeveortopedi* (IS-2862). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forslag-til-prioritering-av-bittavvik-som-inngar-i-folketrygdens-stonad-til-kjeveortopedi/Forslag%20til%20prioritering%20av%20bittavvik%20som%20inng%C3%A5r%20i%20folketrygdens%20st%C3%B8nad%20til%20kjeveortopedi.pdf/_/attachment/inline/8d0325cf-e2bf-40fa-91e7-1cc1f89bfa55:b3728a7f552569664921dfb-d29cd8f9e033a64b9/Forslag%20til%20prioritering%20av%20bittavvik%20som%20inng%C3%A5r%20i%20folketrygdens%20st%C3%B8nad%20til%20kjeveortopedi.pdf
- Helsedirektoratet. (2019b). *Statens barnehus – medisinske undersøkelser*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/medisinske-undersokelser-i-statens-barnehus>
- Helsedirektoratet. (2019c, 06. september 2023). *Statistikk autorisert helsepersonell*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-autorisert-helsepersonell>
- Helsedirektoratet. (2019d, 02. mai 2019). *Tannhelse – Helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år (2019)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmende-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voksne-over-20-ar>
- Helsedirektoratet. (2020a). *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern>
- Helsedirektoratet. (2020b). *Praksis i kommunene. En økonomisk og administrativ utredning* (IS-2956). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene/Praksis%20i%20kommunene.pdf/_/attachment/inline/d416573f-ccaf-4df2-83a0-4e97-ba320e84:310c12e6faef42e0be035-ba99949406d3fd2982d/Praksis%20i%20kommunene.pdf
- Helsedirektoratet. (2021a). *Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi («TOO-tilbudet») – Rapport fra PwC*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-tannhelsetilbud-til-personer-utsatt-for-tortur-og-overgrep-og-personer-med-odontofobi-too-tilbudet-rapport-fra-pwc>
- Helsedirektoratet. (2021b). *Kunnskapsoppsummering om sammenhengen mellom den orale og generelle helse*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsoppsummering-om-sammenhengen-mellom-den-orale-og-generelle-helse#referere>
- Helsedirektoratet. (2021c). *Tannhelsetilbud til personer med psykiske lidelser en kartlegging av dagens tilbud, svar på oppdrag 44 i TTB 2020*.
- Helsedirektoratet. (2022a). *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/Helsedirektoratets%20rapportering%20for%202022%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan.pdf/_/attachment/inline/a8298baf-16b2-46aa-a4d6-b5b8bb51774c:6500a49d3b5d8e59538549d370c0afcb353e58ba/Helsedirektoratets%20rapportering%20for%202022%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan.pdf

- Helsedirektoratet. (2022b). *Lovfortolkning – Tannhelsetjenesteloven – Juridisk avklaring vedrørende fylkeskommunale kjøp av tannhelsetjenester fra private aktører*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelsetjenesteloven/Juridisk%20avklaring%20vedr%C3%B8rende%20fylkeskommunale%20kj%C3%B8p%20av%20tannhelsetjenester%20fra%20private%20akt%C3%B8rer%20\(2022\).PDF/_/attachment/inline/75b61038-92d4-42ff-818c-7113ea1308ba:61cc2446d6afd87e04ad63352840d1360796e8b1/Juridisk%20avklaring%20vedr%C3%B8rende%20fylkeskommunale%20kj%C3%B8p%20av%20tannhelsetjenester%20fra%20private%20akt%C3%B8rer%20\(2022\).PDF](https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelsetjenesteloven/Juridisk%20avklaring%20vedr%C3%B8rende%20fylkeskommunale%20kj%C3%B8p%20av%20tannhelsetjenester%20fra%20private%20akt%C3%B8rer%20(2022).PDF/_/attachment/inline/75b61038-92d4-42ff-818c-7113ea1308ba:61cc2446d6afd87e04ad63352840d1360796e8b1/Juridisk%20avklaring%20vedr%C3%B8rende%20fylkeskommunale%20kj%C3%B8p%20av%20tannhelsetjenester%20fra%20private%20akt%C3%B8rer%20(2022).PDF)
- Helsedirektoratet. (2022c). *Medisinske undersøkelser ved Statens barnehus – utfordringer og anbefalinger*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/medisinske-undersokelser-ved-statens-barnehus-utfordringer-og-anbefalinger/bakgrunn-for-rapporten/nova-rapport-nr.12-21>
- Helsedirektoratet. (2022d). *Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier. Nasjonal veileder*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier>
- Helsedirektoratet. (2022e). *Spesialistutdanning av tannleger – en kompetansebasert integrert samarbeidsmodell*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/spesialistutdanning-av-tannleger-en-kompetansebasert-integrert-samarbeidsmodell>
- Helsedirektoratet. (2023a). *Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten – evalueringsrapport 2022*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten-evalueringssrapport-2022>
- Helsedirektoratet. (2023b). *KUHR-databasen*.
- Helsedirektoratet. (2023c). *Periodontitt; forslag til forenklet takstsystem*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2023d). *Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 – undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade*, [Rundskriv]. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til-folketrygdloven-5-6-5-6-a-og-5-25-undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade>
- Helsedirektoratet. (2024). *Tannhelsetjenester i Norge. Statistikk om tannhelsetjenesten med data fra Kommunalt pasient og brukerregister og Norsk pasientregister 2017 – 2023*. Helsedirektoratet.
- Helseforetaksloven – hfl. (2001). *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsepersonelloven – hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellov>
- Helseregisterloven – hregl. (2014). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>
- Holde, G. E., Oscarson, N., Trovik, T. A., Tillberg, A. & Jonsson, B. (2017). Periodontitis Prevalence and Severity in Adults: A Cross-Sectional Study in Norwegian Circumpolar Communities. *J Periodontol*, 88(10), 1012-1022. <https://doi.org/10.1902/jop.2017.170164>
- Holden, M. B., Dalen, D. M., Grytten, J., Rasmussen, I. & Grandum, L. (2023). *Undersøkelse av tilbudet i tannhelsetjenesten. Markedsstruktur og priser* (2023/49). Vista Analyse.
- Holden, M. B. & Øye, S. B. (2023). *Befolkningens tannhelseutgifter og forbruksmønster* (2023/50). Vista Analyse.
- Hovden, E. S., Krona, E. R. & Disch, P. G. (2017). *Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør* (03/2017). Senter for omsorgsforskning. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2444207>
- HUSK – Helseundersøkelsen i Hordaland. *Om Helseundersøkelsene i Hordaland*. <https://husk.w.uib.no/>
- Iden, O., Valle, I. N., Stojkovski, N., Jensen, K. H. M. & Bletsa, A. (2022). Er et kompetansesenter en konkurrent eller et supplement? Kartlegging av henvisninger til endodontister ved TkV/Hordaland. *Nor Tannlegeforen Tid*, 132(3), 232-240. https://www.tannlegetidende.no/journal/2022/3/m-61/Er_et_kompetanse%C2%ADsenter_en_konkurrent_eller%C2%AD_et_supplement
- IGES Institut. (2020). *Investorenbetriebe MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung – Entwicklung und Auswirkungen*.
- Innst. 221 S (2021–2022) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2021-2022/inns-202122-221s/>

- Innst. 295 L (2021–2022) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i lov om endringer i helselovgivningen (oppheving av overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2021-2022/inns-202122-295l/?all=true>
- Innst. 378 L (2016–2017) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-378l/?all=true>
- Innst. 381 L (2023–2024) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i lov om tannhelsetjenesten mv. (rett til tannhelsetjenester for unge vaksne, personer med rusmiddelavhengighet mv.)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-381l/?all=true>
- Innst. 490 S (2022–2023) *Innstilling fra finanskomiteen om Revidert nasjonalbudsjett 2023*. Finanskomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2022-2023/inns-202223-490s.pdf>
- Innst. O. nr. 44 (2002–2003) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i folketrygdloven (egenandelstak 2)*. Sosialkomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2002-2003/inno-200203-044/?lvl=0>
- Innst. S. nr. 194 (2000–2001) *Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Øystein Hedstrøm, John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om en trygdefinansieringsordning for pasienter som lider av raskt fremskridende eller alvorlig periodontitt*. Sosialkomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2000-2001/inns-200001-194/?lvl=0>
- Jacobsen, I. D., Crossner, C. G., Eriksen, H. M., Espelid, I. & Ullbro, C. (2019). Need of non-operative caries treatment in 16-year-olds from Northern Norway. *Eur Arch Paediatr Dent*, 20(2), 73-78. <https://doi.org/10.1007/s40368-018-0387-z>
- Jakobsen, E. W., Lind, L. H., Lading, I., Sjule, H. & Skogli, E. (2022). *Helsenæringens verdi 2022 (57/2022)*. Menon Economics.
- Jakovljevic, A., Duncan, H. F., Nagendrababu, V., Jacimovic, J., Milasin, J. & Dummer, P. M. H. (2020). Association between cardiovascular diseases and apical periodontitis: an umbrella review. *Int Endod J*, 53(10), 1374-1386. <https://doi.org/10.1111/iej.13364>
- Jiang, N., Grytten, J. & Kinge, J. M. (2022). Inequality in access to dental services in a market-based dental care system: A population study from Norway 1975–2018. *Community Dent Oral Epidemiol*, 50(6), 548-558. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12709>
- Jiang, N., Kinge, J. M., Skau, I. & Grytten, J. (2024). Does subsidized orthodontic treatment reduce inequalities in access? Evidence from Norway based on population register data. *Community Dent Oral Epidemiol*, 52(2), 232-238. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12918>
- Kayser, A. F. (1981). Shortened dental arches and oral function. *J Oral Rehabil*, 8(5), 457-462. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.1981.tb00519.x>
- Kinge, J. M., Jiang, N. & Grytten, J. (2021). Innlegg: Mindre ulikhet i tannhelsetjenesten. *Dagens Næringsliv*. <https://www.dn.no/forskningviser-at/stortingsvalget-2021/tannhelse/tannleger/innlegg-mindre-ulikhet-i-tannhelsetjenesten/2-1-1061396>
- Kirkens Bymisjon. *Helsesenteret for papirløse migranter*. Kirkens Bymisjon. <https://kirkensbymisjon.no/helsesenteret-bergen/>
- Kirkens Bymisjon i Bergen og Bergen Røde Kors. (2023). *Årsmelding 2022*. Kirkens Bymisjon. <https://kirkensbymisjon.fra1.digitaloceanspaces.com/content/uploads/2020/05/24163239/2022-Arsmelding-Helsesenteret.pdf>
- Kjernejournalforskriften. *Forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-05-31-563>
- Kommunal- og distriktsdepartementet. *Om konsultasjonsordningen Konsultasjoner mellom staten og kommunesektoren*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunalrett-og-kommunal-inndeling/forholdet-kommune-stat/om-ordningen/id544787/>
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2022). *Rundskriv H-2/22 Statsbudsjettet for 2022 – Det økonomiske opplegget for kommuner og fylkeskommuner (H-2/22)* [Rundskriv]. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-h-222-statsbudsjettet-for-2022-det-okonomiske-opp>

- legget-for-kommuner-og-fylkeskommuner/id2897963/
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023). *Rundskriv H-4/23 Statsbudsjettet for 2024 – Det økonomiske opplegget for kommuner og fylkeskommuner. Endringer i statsbudsjettet for 2023. (H-4/23) [Rundskriv].* Kommunal- og distriktsdepartementet,. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-h-423-statsbudsjettet-for-2024-det-okonomiske-opplegget-for-kommuner-og-fylkeskommuner-endringer-i-statsbudsjettet-for-2023/id3020270/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020). *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner.* Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-om-statlig-styring-av-kommuner-og-fylkeskommuner/id2791598/>
- Kommunehelsetjenesteloven – khl. (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven].* <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1982-11-19-66>
- Kommuneloven. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83?q=kommuneloven>
- Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). (2019). *Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet, fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF).* Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet, fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)
- Kompetansesenteret Tannhelse Midt. (2024). *Oral helse i Trøndelag. Resultater fra Helseundersøkelsen i Trøndelag. HUNT4 2017–2019.* Kompetansesenteret Tannhelse Midt.
- Konsesjonskontraktforskriften. *Forskrift om konsesjonskontrakter (konsesjonskontraktforskriften).* <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-08-12-976>
- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Veileder for sektoransvaret for forskning.* Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-for-sektoransvaret-for-forskning/id2570123/>
- Kunnskapsdepartementet. (2023). *Revidert nasjonalbudsjett. Støtte til bustad og reise for studenter i praksis.* Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/stotte-til-bustad-og-reise-for-studenter-i-praksis/id2976270/>
- Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet & KS. (2022). *Avtale mellom regjeringen og KS om kvalitet og kapasitetsøkning i praksis for helse-og-sosialfagstudenter 2022–2025.*
- Lamu, A. N., Bjorkman, L., Hamre, H. J., Alraek, T., Musial, F. & Robberstad, B. (2022). Is amalgam removal in patients with medically unexplained physical symptoms cost-effective? A prospective cohort and decision modelling study in Norway. *PLoS One*, 17(4), e0267236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267236>
- Lee, S., Kim, H. Y., Lee, K. H., Cho, J., Lee, C., Kim, K. P., Hwang, J. & Park, J. H. (2024). Risk of hematologic malignant neoplasms from head CT radiation in children and adolescents presenting with minor head trauma: a nationwide population-based cohort study. *Eur Radiol.* <https://doi.org/10.1007/s00330-024-10646-2>
- Lov om folketannrøkt. (1949). *Lov om folketannrøkt.* <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1949-07-28-10>
- Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2017). *Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten.* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>
- Lygre, G. B., Gjengedal, H., Lie, S. A., Wake, J. D., Reichhelm, I. & Berge, T. L. L. (2020). *Rapport til Helsedirektoratet – Prospektiv registrering av implantatretinert oral rehabilitering – Et pilotprosjekt med sikte på etablering av et Nasjonalt Register for Tannimplantater.* https://www.norceresearch.no/assets/images/file/RAPPORT-til-Helsedirektoratet_Pilotprosjekt_Prospektiv-registrering-av-implantatretinert-oral-rehabilitering_25nov2020_2023-01-09-185001_wdvg.pdf?v=1640114931
- Lånekassen. (2023). *Endringer studieåret 2023-2024.* Lånekassen. <https://lanekassen.no/nb-NO/presse-og-samfunnskontakt/nyheter/endringer-for-studiearet-2023-2024/>
- Meld. St. 2 (2022–2023) *Revidert nasjonalbudsjett 2023.* Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7dd361e0c38446c78154f9f4a311a2df/no/pdfs/stm202220230002000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032.* Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20222023/id2931400/>
- Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20232024/id3015776/>

- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=4>
- Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helse-tjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>
- Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>
- Mulic, A., Fredriksen, O., Jacobsen, I. D., Tveit, A. B., Espelid, I. & Crossner, C. G. (2016). Dental erosion: Prevalence and severity among 16-year-old adolescents in Troms, Norway. *Eur J Paediatr Dent*, 17(3), 197-201. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27759408>
- Mulic, A., Tveit, A. B., Stenhagen, K. R., Oscarson, N., Staxrud, F. & Jonsson, B. (2020). The frequency of enamel and dentin caries lesions among elderly Norwegians. *Acta Odontol Scand*, 78(1), 6-12. <https://doi.org/10.1080/00016357.2019.1634283>
- Musial, F. (2016). *Utvikling og gjennomførbarhetsanalyse av et integrert medisinsk rehabiliteringsprogram (Integrated Medical Care Rehabilitation, IMCR) for pasienter med helseplager som fortsetter etter at de har fjernet amalgam*. Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin – NAFKAM. <https://nafkam.no/sites/default/files/2021-04/Sluttrapport-IMCR-studien.pdf>
- Nagendrababu, V., Segura-Egea, J. J., Fouad, A. F., Pulikkotil, S. J. & Dummer, P. M. H. (2020). Association between diabetes and the outcome of root canal treatment in adults: an umbrella review. *Int Endod J*, 53(4), 455-466. <https://doi.org/10.1111/iej.13253>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2023). *Omsorgssvikt og tannhelse – en oppsummering av forskning og publikasjoner på området samt en beskrivelse av praksis ved barnehus*. https://www.nkvts.no/content/uploads/2023/11/NKVTS_Notat-Omsorgssvikt-og-tannhelse.pdf
- Nasjonalt senter for aldring og helse. *For en bedre aldring*. Nasjonalt senter for aldring og helse. <https://www.aldringoghelse.no/>
- Nasjonalt senter for aldring og helse. *Tann- og munnhelse*. Nasjonalt senter for aldring og helse. <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/medisinsk-og-helsefaglig-oppfolging-pa-sykehjem/tann-og-munnhelse/>
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. *Om medisinske kvalitetsregistre*. <https://www.kvalitetsregistre.no/om-medisinske-kvalitetsregistre>
- Nermo, H. & Hadler-Olsen, E. (2023). Are dental visiting patterns and oral pain associated with dental disease among Norwegian adults? A cross-sectional study based on the Tromso study. *Clin Exp Dent Res*, 9(4), 679-688. <https://doi.org/10.1002/cre2.753>
- Nermo, H., Willumsen, T. & Johnsen, J. K. (2019). Prevalence of dental anxiety and associations with oral health, psychological distress, avoidance and anticipated pain in adolescence: a cross-sectional study based on the Tromso study, Fit Futures. *Acta Odontol Scand*, 77(2), 126-134. <https://doi.org/10.1080/00016357.2018.1513558>
- Nermo, H., Willumsen, T., Rognmo, K., Thimm, J. C., Wang, C. E. A. & Johnsen, J. K. (2021). Dental anxiety and potentially traumatic events: a cross-sectional study based on the Tromso Study-Tromso 7. *BMC Oral Health*, 21(1), 600. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01968-4>
- Norderyd, O., Henriksen, B. M. & Jansson, H. (2012). Periodontal disease in Norwegian old-age pensioners. *Gerodontology*, 29(1), 4-8. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00380.x>
- Norsk pasientskadeerstatning. (2019). *Ti år med privat helsetjeneste – tannbehandling*. Norsk pasientskadeerstatning. https://www.npe.no/globalassets/dokumenter/privat-helsetjeneste/2019_tiar-med-pht-tannbehandling.pdf
- Norsk pasientskadeerstatning. (2021). *Erstatningssaker – rotfylling*. Norsk pasientskadeerstatning. <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/temaartikler/erstatningssaker-rotfylling/>
- NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-11/id153816/>

- NOU 2018: 16 *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>
- NOU 2020: 13 *Private aktører i velferdsstaten – Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester*. Nærings- og fiskeridepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-13/id2788017/>
- NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- NTNU, St. Olavs hospital, Trøndelag fylkeskommune & Kompetansesenteret Tannhelse Midt. *Oral helse KAG*. <https://www.oralhelse.no/om-oral-helse>
- Nyström, E., Gustavsson, C., Petersson, A., Gahnberg, L. & Hägglin, C. (2017). *Mariestadsprosjektet. Tandhygienist i kommunal verksamhet. Ett projekt i Västra Götaland för att för att förbättra munhälsan hos äldre*. (2 – 2017). Folktandvården Västra Götaland. <https://folktandvarden.vgregion.se/siteassets/om-oss/cat/rapporter-cat/mariestadsprosjektet-hoe-rapportserie-2-2017.pdf>
- Nærings- og fiskeridepartementet. (2019). *Over-sikt over regelverket Innføring i reglene om offentlig støtte*. Nærings- og fiskeridepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/naringsliv/konkurransopolitikk/regler-om-offentlig-stotte-listeside/offentlig-stotte-generell-innforing-i-re/id430130/>
- OECD. (2019). *Antimicrobial Resistance. Tackling the Burden in the European Union*. OECD. <https://www.oecd.org/health/health-systems/AMR-Tackling-the-Burden-in-the-EU-OECD-ECDC-Briefing-Note-2019.pdf>
- Oscarson, N., Espelid, I. & Jonsson, B. (2017). Is caries equally distributed in adults? A population-based cross-sectional study in Norway – the TOHNN-study. *Acta Odontol Scand*, 75(8), 557-563. <https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1357080>
- Oslo Economics. (2015). *Virkninger av åpenhet om priser og vilkår* (2015-39). <https://www.scribd.com/document/676351671/Vedlegg-III-Rapport-OE-Virkninger-av-%C3%A5penhet-om-priser-og-vilk%C3%A5r>
- Oslo kommune. *Kommunalt frikort for helse-tjenester*. Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/bolig-og-sosiale-tjenester/sosiale-tjenester/kommunalt-frikort-for-nodvendige-helsetjenester/#toc-2>
- Ot.prp. nr. 12 (1998–99) *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-12-1998-99/id159415/?ch=1>
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001/id165010/>
- Pasient- og brukerombudet. *Årsmeldinger*. <https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger-arkiv>
- Pasient- og brukerombudet. (2021). *Nasjonal årsmelding 2021*. Pasient- og brukerombudet. <https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/felles-arsmeldinger/Nasjonal%20%C3%A5rsmelding%202021.pdf>
- Pasient- og brukerombudet. (2024). *Årsmelding 2023*. Pasient- og brukerombudet. https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger-arkiv/_/attachment/inline/8563d937-0cfe-449a-86d2-b3d7a5b8da67:cc89bc0ae294630b9-fe1a32399c0c83ccb2baf75/%C3%85rsrapport_2023_POBO_Bokm%C3%A5l_final.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pasientjournalloven. (2014). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42?q=Pasientjournalloven>
- Pasientreiseforskriften. *Forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester (pasientreiseforskriften)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-06-25-793?q=pasientreiseforskriften>
- Politidirektoratet. (2023). *Statens barnehus årsrapport 2021*. Politidirektoratet. <https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/statens-barnehus/statens-barnehus-arsrapport-2021.pdf>
- Politidirektoratet. (2024). *Statens barnehus årsrapport 2022*. Politidirektoratet. <https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/statens-barnehus/statens-barnehus-arsrapport-2022.pdf>
- Politiregisterloven. (2010). *Lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-05-28-16>

- Preshaw, P. M., Alba, A. L., Herrera, D., Jepsen, S., Konstantinidis, A., Makrilakis, K. & Taylor, R. (2012). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*, 55(1), 21-31. <https://doi.org/10.1007/s00125-011-2342-y>
- PriceWaterhouseCoopers AS (PwC). (2021). *Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus – Resultater fra kartlegging på forsøkssykehusene 2020*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forsoksordning-med-orale-helsetjenester-organisert-i-tverrfaglig-miljo-ved-sykehus-resultater-fra-kartlegging-pa-forsokssykehusene-2020/vedlegg-og-pdf-versjon/Fors%C3%B8ksordning%20med%20orale%20helsetjenester%20organisert%20i%20tverrfaglig%20milj%C3%B8%20ved%20sykehus%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20kartlegging%20p%C3%A5%20fors%C3%B8kssykehusene%202020.pdf/_/attachment/inline/99fe07ee-f024-4070-ae29-9335d86f320d:dc474f373d45a600646003d4132197e28c-bef79c/Fors%C3%B8ksordning%20med%20orale%20helsetjenester%20organisert%20i%20tverrfaglig%20milj%C3%B8%20ved%20sykehus%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20kartlegging%20p%C3%A5%20fors%C3%B8kssykehusene%202020.pdf
- PriceWaterhouseCoopers AS (PwC). (2023). *Evaluering av regionale odontologiske kompetansesentre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/0a052a47e83444aeb9c1eb37ea5edf31/evaluering-av-regionale-odontologiske-kompetansesentre.pdf>
- Prisopplysningsforskriften. *Forskrift om prisopplysninger mv. for varer og tjenester*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-11-14-1066>
- Privatskolelova – prskol. (2003). *Lov om private skolar med rett til statstilskot (privatskolelova)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-07-04-84>
- Prop. 1 S (2012–2013) *For budsjettåret 2013 under Helse- og omsorgsdepartementet Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790 Inntektskapitler: 3703–3751, 5572 og 5631*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-1-s-20122013/id702113/>
- Prop. 1 S (2017–2018) *For budsjettåret 2018 under Helse- og omsorgsdepartementet Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790 Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20172018/id2574064/>
- Prop. 1 S (2022–2023) *For budsjettåret 2023 under Helse- og omsorgsdepartementet Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790 Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20222023/id2931020/>
- Prop. 1 S (2023–2024) *For budsjettåret 2024 under Helse- og omsorgsdepartementet Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790 Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20232024/id2997928/>
- Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) – Trygghet for alle*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-36-s-20232024/id3018905/>
- Prop. 60 L (2023–2024) *Endringer i lov om tannhelsetjenesten mv. (rett til tannhelsetjenester for unge vaksne, personar med rusmiddelavhengighet mv.)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-60-l-20232024/id3030530/>
- Prop. 64 L (2018–2019) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og tannhelsetjenesteloven (styrking av pasient- og brukarombudsordningen mv.)*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-64-l-20182019/id2639454/?q=Departementet%20finner%20det%20ikke%20naturlig%20og%20hensiktsmessig%20c3a5%20utvide%20arbeidsomr%c3a5det%20for%20pasient-%20og%20brukerombudene%20til%20c3a5%20gjelde%20tannhelsetjenester%20som%20utf%c3b8res%20av%20private%20tannleger%20og%20tannpleiere%20uten&ch=4#match_0
- Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-71-l-20162017/id2546178/>
- Prop. 100 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-100-l-20122013/id718578/>
- Prop. 112 S (2022–2023) *Kommuneproposisjonen 2024*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-112-s-20222023/id2976581/>
- Prop. 118 S (2022–2023) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2023*. Finans-

- departementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-118-s-20222023/id2976767/>
- Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi. (2023). *Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/6170efd66d954a03b4bf48b9f5ba8e13/2023-november-rapport-fra-tbu-jan-24.pdf>
- Rapport fra ekspertutvalg. (2022). *Forslag til nytt inntektssystem for fylkeskommunene fra 2024*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forslag-til-nytt-inntektssystem-for-fylkeskommunene-fra-2024/id2949448/>
- Rodseth, S. C., Hovik, H., Schuller, A. A., Bjertness, E. & Skudutyte-Rysstad, R. (2023). Dental caries in a Norwegian adult population, the HUNT4 oral health study; prevalence, distribution and 45-year trends. *Acta Odontol Scand*, 81(3), 202-210. <https://doi.org/10.1080/00016357.2022.2117735>
- Rørstad, K., Gunnes, H. & Wiig, O. (2014). *Kartlegging og analyse av tannhelse og odontologisk forskning i Norge* (48/2014). Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/280385/NIFUrapport2014-48.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Schmalfluss, A., Stenhagen, K. R., Tveit, A. B., Crossner, C. G. & Espelid, I. (2016). Canines are affected in 16-year-olds with molar-incisor hypomineralisation (MIH): an epidemiological study based on the Tromsø study: «Fit Futures». *Eur Arch Paediatr Dent*, 17(2), 107-113. <https://doi.org/10.1007/s40368-015-0216-6>
- Segura-Egea, J. J., Martin-Gonzalez, J. & Castellanos-Cosano, L. (2015). Endodontic medicine: connections between apical periodontitis and systemic diseases. *Int Endod J*, 48(10), 933-951. <https://doi.org/10.1111/iej.12507>
- Skudutyte-Rysstad, R. & Eriksen, H. M. (2006). Endodontic status amongst 35-year-old Oslo citizens and changes over a 30-year period. *Int Endod J*, 39(8), 637-642. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2591.2006.01129.x>
- Socialstyrelsen. (2022a). *Nationella riktlinjer: tandvård*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/tandvard/>
- Socialstyrelsen. (2022b). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2022* (2022-3-7750). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7750.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* (IS-1162). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekk-punkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skaldet-bli-nasjonalt-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cd-bc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skaldet-bli-nasjonalt-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf
- Sosialtjenesteloven – sotjl. (2009). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>
- SOU 2021:8. *Når behovet får styra – ett tandvårds-system för en mer jämlik tandhälsa*. Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/03/sou-20218/>
- SOU 2023:82. *Ökad kontroll över tandvårdssektorn*. Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2023/12/sou-202382/>
- Spesialistforskriften. (2016). *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482?q=forskrift%20om%20spesialistutdanning%20og%20spesialistgodk>
- Spesialisthelsetjenesteloven – sphl. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=Spesialisthelsetjenesteloven>
- St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-35-2006-2007-/id475114/>
- St.prp. nr. 1 (2001–2002) *Den kongelige proposisjon om statsbudsjettet medregnet folketrygden for*

- budsjetterminen 1. januar – 31. desember 2002.* Finans- og tolldepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2001-2002-/id137962/>
- St.prp. nr. 63 (2001–2002) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2002.* Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-prp-nr-63-2001-2002-/id138037/>
- St.prp. nr. 65 (2002–2003) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003.* Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-prp-nr-65-2002-2003-/id138427/>
- Statens Barnehus. (2021). *Anbefaling Klinisk rettsodontologisk tannlegeerklæring.* https://img8.custompublish.com/getfile.php/5115754.2898.t7wqtksksjuznsb/Anbefaling_oppdatert2021.pdf?return=barnehus.custompublish.com
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2024). *Psykisk hälsa och munhälsa: en kartläggning av systematiska översikter.* (SBU Kartlägger 377). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). <https://www.sbu.se/377>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv En systematisk litteraturöversikt* (176). Statens beredning för medicinsk utvärdering. https://www.sbu.se/contentassets/17090202cd864117a22698e16581e177/full-text_tandreglering.pdf
- Statens helsetilsyn. (2023). *Svar på henvendelse – opplysninger til tannhelseutvalgets utredning.*
- Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2023). *Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse* (ISBN 978-82-8465-033-3). Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. <https://ukom.no/rapporter/somatisk-helse-hos-pasienter-med-alvorlig-psykisk-lidelse/sammendrag>
- Statistisk sentralbyrå. *Fengslinger.* Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/kriminalitet-og-rettsvesen/statistikk/fengslinger>
- Statistisk sentralbyrå. *Fylkeskommuneregnskap.* <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommunale-finanser/statistikk/fylkeskommuneregnskap>
- Statistisk sentralbyrå. *Helseregnskap.* Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>
- Statistisk sentralbyrå. *Tannhelsetenesta.* Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/tannhelsetenesta>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Utgifter til behandling hos tannlege og tannpleier 2014–2016 En sosioøkonomisk analyse av voksne mottakere av folketrygdfrefusjoner* (2017/42). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/333645?_ts=1606dd9bf38
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Befolkningsframskrivninger for kommunene, 2020–2050* (2020/27). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/429172?_ts=173fc97ddf0
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Levekårsundersøkelsen om helse 2019* (2020/36). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/434918?_ts=1754fa05508
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd* (2121/23). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester-2/_attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:29074da6c77dc56a92e1780ded59ccb2a973ff19/RAPP2021-23_web.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2023a). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040* (2023/2). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/_attachment/inline/487396f0-0469-49de-8b79-092941ac346f:9861f0cf62d33b5643028f02e0e8f7c22f80a709/RAPP2023-02.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2023b). *Tannhelserefusjoner fra folketrygden. Utgifter og mottakere i perioden 2011–2021* (2023/9). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/tannhelserefusjoner-fra-folke-trygden>
- Statistisk sentralbyrå. (2023c). *Tannregulering blant barn og unge 2012–2022 En analyse av behandlingsforløp og sosioøkonomiske forskjeller* (2023/37). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/tannregulering-blandt-barn-og-unge-2012-2022>
- Statistisk sentralbyrå. (2024). *Fattigdomsproblemer, levekårsundersøkelsen.* Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekars/statistikk/fattigdomsproblemer-levekarsundersokelsen>

- Stavanger kommune. *Søknadsbasert tannhelseordning*. Stavanger kommune. <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/slknadsbasert-tannhelseordning/>
- Straffeprosessloven – strpl. (1981). *Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25>
- Strålevernforskriften. *Forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-16-1659>
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/sundhed/tandpleje/-/media/Udgivelser/2016/NKR-for-fastl%C3%A6ggelse-af-intervaller-mellem-diagnostiske-unders%C3%B8gelser-i-tandplejen.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Evaluering af National Klinisk Retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen*. Sundhedsstyrelsen. https://sundhedsstyrelsen.dk/-/media/Udgivelser/2017/Evaluering-af-NKR-for-fastl%C3%A6ggelse-af-intervaller-mellem-diagnostiske-unders%C3%B8gelser-i-tandplejen.ashx?sc_lang=da&hash=484D38047679185B86913309AD633456
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *Tandplejeprognose 2018–2040 Udbuddet af personale i tandplejen (978-87-7014-100-0)*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Tandplejeprognose/Tandplejeprognose-2018-2040.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2023). *Voksentandpleje hos praktiserende tandlæge, tandplejer og klinisk tandtekniker*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesenets-rammer-og-uddannelser/Tandsundhed-og-tandpleje/Tandpleje-hos-praktiserende-tandlaege-eller-tandplejer>
- Tandläkartidningen. (2023). Tydliga regionala skillnader i ortodontivården. *Tandläkartidningen*. <https://www.tandlakartidningen.se/nyhet/tydliga-regionala-skillnader-i-ortodontivar-den/>
- Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. (2015). *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriserna*. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. <https://www.tlv.se/publikationer/publikationer/2019-08-29-effekten-av-2008-ars-tandvardsreform-pa-vardgivarpriserna.html?query=rappport>
- Tannhelsehjelpen. *Tannhelsehjelpen*. <https://www.tannhelsehjelpen.no/>
- Tannhelsetjenesteloven – tannhl. (1983). *Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>
- Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland. *SmartJournal for oral helse i sykehjem*. <https://www.tannhelseogaland.no/tkrog/forskning/forskningsprosjekter/oral-helse-i-sykehjem/smartjournal-for-oral-helse-i-sykehjem>
- Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ). (2023). *Klinisk rettsodontologisk erklæring*. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ), [tannbarnehus.no. https://www.tannbarnehus.no/klinisk-rettsodontologisk-erklæring.589992.no.html](https://www.tannbarnehus.no/klinisk-rettsodontologisk-erklæring.589992.no.html)
- Tiburcio-Machado, C. S., Michelon, C., Zanatta, F. B., Gomes, M. S., Marin, J. A. & Bier, C. A. (2021). The global prevalence of apical periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Endod J*, 54(5), 712-735. <https://doi.org/10.1111/iej.13467>
- Tonetti, M. S., Jepsen, S., Jin, L. & Otomo-Corgel, J. (2017). Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and well-being of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol*, 44(5), 456-462. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12732>
- Twisteloven – tvl. (2005). *Lov om mekling og rettergang i sivile tvister (twisteloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-90>
- Utredning fra Grimstadutvalget. (2019). *Studieplasser i medisin i Norge Behov, modeller og muligheter*. Kunnskapsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland. (2019). *Tenner hele livet – også for de som mottar hjemmetjenester*.
- Vestland fylkeskommune. *Haukeland sjukehus tannklinikk*. Vestland fylkeskommune. <https://www.vestlandfylke.no/tannhelse/tkvestland/haukeland-sjukehus-tannklinikk/>
- Vigen, E. C., Skjelbred, P. & Skoglund, L. A. (2010). Den gode henvisning. Hva bør en henvisning fra tannleger inneholde? *Nor Tannlegeforen Tid*, 120(10), 676-679. <https://doi.org/10.56373/2010-10-12>
- WHO Regional Office for Europe and European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe, 2022 data: executive summary*.

- WHO Regional Office for Europe. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Nov2023-ECDC-WHO-Executive-Summary.pdf>
- Witter, D. J., van Palenstein Helderma, W. H., Creugers, N. H. & Kayser, A. F. (1999). The shortened dental arch concept and its implications for oral health care. *Community Dent Oral Epidemiol*, 27(4), 249-258. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1998.tb02018.x>
- World Health Organization. (2023, 14 March 2023). *Oral health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Ådnanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K. & Kaspersen, S. L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer* (2021:00090). SINTEF. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xm-lui/handle/11250/2988554>
- Vedlegg 1*
- 1177.se. (2024). *Tandställning – tandreglering*. 1177.se. <https://www.1177.se/undersokning-behandling/tandvard/tandstallning--tandreglering/>
- BEK nr 960 af 14/06/2022 *Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren* (BEK nr 960 af 14/06/2022). Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/960>
- BEK nr 1371 af 29/11/2023 *Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge* (BEK nr 1371 af 29/11/2023). Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2023/1371>
- Danmarks Statistik. *Statistikbanken*. Danmarks Statistik. <https://www.statistikbanken.dk/RE STAND>
- Förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen. (2008). *Förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen*, (SFS nr: 2008:194). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2008194-om-tandhalsoregister-hos_sfs-2008-194/
- Försäkringskassan. (2024). *Tandvårdsstöd*. <https://www.forsakringskassan.se/privatperson/tandvard/tandvardsstod>
- HSLF-FS 2017:77. (2017). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring* (HSLF-FS 2017:77). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2017-12-40.pdf>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2023). *Vejledning om Den Regionale Tandpleje Vejledning for omfanget af og kravene til den regionale tandpleje*. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2023/9585>
- KL. (2023). *Den sociale tandplejeordning 2023*. <https://www.kl.dk/media/lfkhswwj/status-paa-implementeringen-af-socialtandplejeordningen-2023.pdf>
- Kommissorium for arbejde om nye rammer for voksentandplejen. (2018). *Kommissorium for arbejde om nye rammer for voksentandplejen*. <https://www.ism.dk/Media/B/E/Kommissorium%20for%20arbejde%20om%20nye%20rammer%20for%20voksentandpleje%20-%2020300518.pdf>
- L 171 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven. (2023). *L 171 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.ft.dk/samling/20231/lovforslag/L171/index.htm>
- Politisk aftale om nye rammer for voksentandplejen. (2018). *Politisk aftale om nye rammer for voksentandplejen*. <https://www.ism.dk/Media/9/C/Politisk%20aftale%20-%20Nye%20rammer%20for%20voksentandplejen.pdf>
- Prop. 2023/24:1 *Utgiftsområde 9 – Hälsovård, sjukvård och social omsorg*. <https://www.regeringen.se/contentassets/e1afccd2ec7e42f6af3b651091df139c/utgiftsomrade-9-halsovard-sjukvard-och-social-omsorg.pdf>
- S 2022:12 *Utredningen om ett förstärkt högkostnads-skydd för tandvård (S 2022:12)*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/kommitteberattelse/utredningen-om-ett-forstarkt-hogkostnads-skydd-for_hab2s12/
- Socialdepartementet. (2023). *Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn (S 2022:12)*. <https://www.regeringen.se/contentassets/16d55878817d4419b9-fadc80df7ff216/tillaggsdirektiv-till-utredningen-om-starkt-stod-till-tandvard-for-valdsutsatta-och-okad-kontroll-over-tandvardssektorn.pdf>
- Socialstyrelsen. (2022). *Nationella riktlinjer: tandvård*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/tandvard/>

- SOSFS 2012:16 (M). (2012). *Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag* (SOSFS 2012:16 (M)). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2012-12-11.pdf>
- SOU 2021:8 *När behovet får styra – ett tandvårds-system för en mer jämlik tandhälsa*. Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/03/sou-20218/>
- SOU 2023:10 *Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter Delbetänkande av Utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn*. Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2023/02/sou-202310/>
- SOU 2023:82 *Ökad kontroll över tandvårdssektorn*. Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2023/12/sou-202382/>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv En systematisk litteraturöversikt* (176). Statens beredning för medicinsk utvärdering. https://www.sbu.se/contentassets/17090202cd864117a22698e16581e177/full-text_tandreglering.pdf
- Sundhedsdatastyrelsen. *Nøgletal for tandpleje*. eSundhed. <https://www.esundhed.dk/Emner/Tandpleje/Noegletal>
- Sundhedsloven § 131. *Sundhedsloven § 131*. <https://danskelove.dk/sundhedsloven/131>
- Sundhedsministeriet. (2021). *Faktaark Gratis tandlæge til unge*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.ism.dk/Media/637744149588519990/Faktaark%20-%20FL22-aftale%20om%20gratis%20tandl%C3%A6ge%20til%20unge.pdf>
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Tillæg til vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2012/Till%C3%A6g-til-vejledning-om-omfanget-af-og-kravene-til-den-kommunale-og-regionale-tandpleje.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2016a). *Modernisering af omsorgstandplejen*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Modernisering-af-omsorgstandplejen.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2016b). *Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/sundhed/tandpleje/-/media/Udgivelser/2016/NKR-for-fastl%C3%A6ggelse-af-intervaller-mellem-diagnostiske-unders%C3%B8gelser-i-tandplejen.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Evaluering af National Klinisk Retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen*. Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/da/sundhed/tandpleje/-/media/Udgivelser/2017/Evaluering-af-NKR-for-fastl%C3%A6ggelse-af-intervaller-mellem-diagnostiske-unders%C3%B8gelser-i-tandplejen.ashx?sc_lang=da&hash=484D38047679185B86913309AD633456
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Socialtandplejen*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesenets-rammer-og-uddannelser/Tandsundhed-og-tandpleje/Socialtandplejen>
- Sundhedsstyrelsen. (2023a). *De odontologiske landsdels- og videnscentre*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesenets-rammer-og-uddannelser/Tandsundhed-og-tandpleje/De-odontologiske-landdels-og-videnscentre>
- Sundhedsstyrelsen. (2023b). *Den kommunale tandpleje: Vejledning for omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Vejledning-om-omfanget-af-og-kravene-til-den-kommunale-tandpleje>
- Sundhedsstyrelsen. (2023c). *Omsorgstandpleje*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesenets-rammer-og-uddannelser/Tandsundhed-og-tandpleje/Omsorgstandpleje>
- Sundhedsstyrelsen. (2023d). *Specialtandpleje*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesenets-rammer-og-uddannelser/Tandsundhed-og-tandpleje/Specialtandpleje>
- Sundhedsstyrelsen. (2024a). *Børne- og ungdomstandpleje og SCOR*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesenets-rammer-og-uddannelser/Tandsundhed-og-tandpleje/Boerne-og-ungdomstandpleje>
- Sundhedsstyrelsen. (2024b). *Specialevejledning for Tand-, mund- og kæbekirurgi*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Specialplaner/Specialeplan-for-tand-,mund-og-k%C3%A6bekirurgi-p%C3%A5-sygehus/Specialevejledning-for-Tand-mund-og-kaebekirurgi-den-4-marts-2024.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2024c). *Tandplejeprognose 2023–2045 Udbuddet af personale i tandplejen*.

- Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/Tandplejeprognose/Tandplejeprognose-2023-2045-udbuddet-af-personale-i-tandplejen.ashx>
- Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit SKaPa. (2022). *Årsrapport 2021*. SKaPa. https://www.skapareg.se/wp-content/uploads/2022/06/SKaPa_2021_slutversion.pdf
- Tandläkartidningen. (2023). Tydliga regionala skillnader i ortodontivården. *Tandläkartidningen*. <https://www.tandlakartidningen.se/nyhet/tydliga-regionala-skillnader-i-ortodontivarden/>
- Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. *Tre av fyra betalar mer än referenspriset för sin tandvård*. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. <https://www.tlv.se/publikationer/publikationer/2021-04-15-tre-av-fyra-betalar-mer-an-referenspriset-for-sin-tandvard.html>
- Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. (2015). *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriserna*. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. <https://www.tlv.se/publikationer/publikationer/2019-08-29-effekten-av-2008-ars-tandvardsreform-pa-vardgivarpriserna.html?query=rappport>
- Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. (2023). *Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022*. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. https://www.tlv.se/download/18.4dde4fad18affbdfb2978b76/1697183469025/uppfoljning_av_tandvardsmarknaden_mellan_2019_och_2022_dnr_2970-2023.pdf
- Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. (2024). *Referenspriser*. <https://www.tlv.se/tandvard/referenspriser.html>
- Winkelmann, J., Gomez Rossi, J. & van Ginneken, E. (2022). Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Syst Transit*, 24(2), 1-176. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35833482>

Vedlegg 2

Helsedirektoratet. (2022). *Organisering og finansiering av kjeveortopedi. Del 2 – organisering og finansiering av stønadsgruppe a*.

Vedlegg 3

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Svar på spørsmål 485 fra Finanskomiteen/Rødts fraksjon av 18.10.2023*. <https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2024/svar-pa-budsjettsporsmal/id2994713/?bq=tann&party=R%C3%B8dt&expand=3004526>

Holden, M. B. & Øye, S. B. (2023). *Befolkningens tannhelseutgifter og forbruksmønster (2023/50)*. Vista Analyse.

Statistisk sentralbyrå. *Helseregnskap*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>

Vedlegg 1

Tannhelsetjenesten i Sverige og Danmark

I utvalgets mandat står det:

«I vurderingene av nåsituasjon og tiltak må utvalget gjerne se hen til de andre nordiske landene»

Utvalget har vært på studietur til Sverige og Danmark. Halvparten av utvalget var på studietur til Sverige, og den andre halvparten var på studietur til Danmark. Utvalgsleder deltok på begge studieturene.

1 Sverige

Finansiering og ansvar for helsetjenester ligger i stor grad hos länen og regionene, som krever inntektsskatt av befolkningen for å dekke tjenestene. Om lag 14 prosent av helseutgiftene er finansiert ved egenbetaling fra pasientene (Winkelmann et al., 2022).

I overkant av 40 prosent av samlede tannhelseutgifter var i 2019 dekket av det offentlige.¹ Satsene for tannhelsetjenester fastsettes på nasjonalt nivå (Winkelmann et al., 2022).

De fleste tannhelsetjenestene i Sverige gis på én av to måter. Den offentlige tannhelsetjenesten gir gratis tannhelsetjenester til barn og unge til og med 23 år, mens voksne over 23 år dekkes av statlig tannhelsestøtte som omfatter:

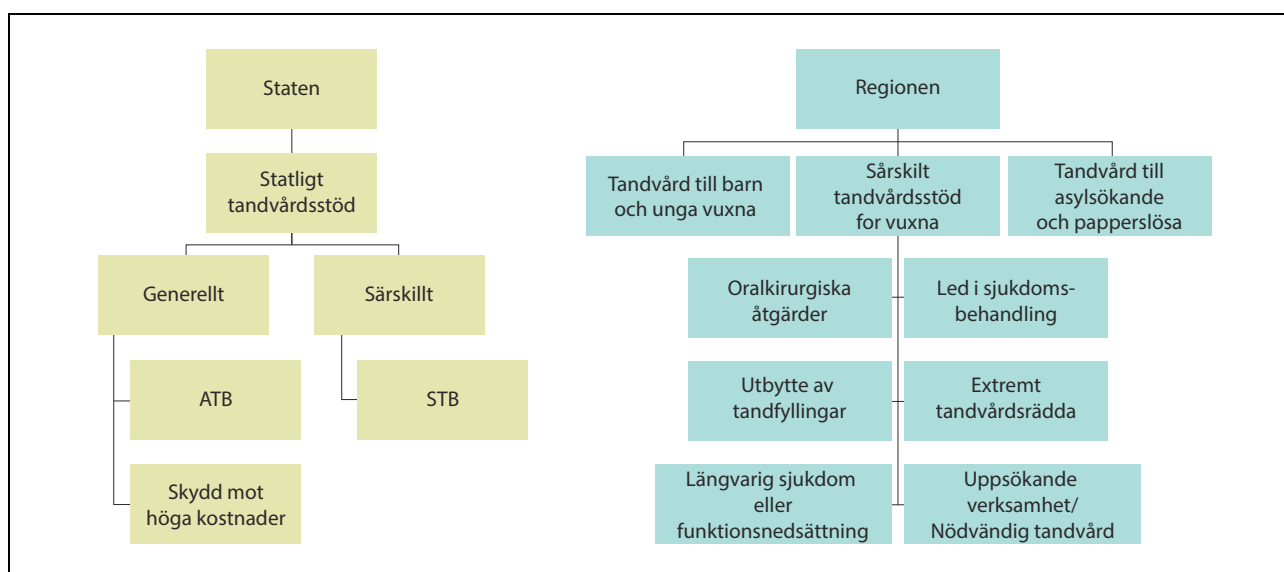
- generelt tannhelsetilskudd (*allmänt tandvårdsbidrag*)
- spesifikt tannhelsetilskudd (*särskilt tandvårdsbidrag*)
- høykostnadsbeskyttelse (*högekostnadsskydd*)

I tillegg kan voksne over 23 år som har visse sykdommer, funksjonsnedsettelse eller stort behov for pleie og omsorg få tannhelsestøtte fra sin region.

Det er totalt 21 regioner i Sverige. Tannhelsetjenesten som regionene selv driver, kalles *folk-tandvården*. Den tilsvarer den offentlige tannhelsetjenesten som i Norge er organisert inn under fylkeskommunen.

Figur 1.1 viser oversikt over det svenske tannhelsesystemet.

¹ Tilsvarende tall for Norge er i underkant av 30 prosent, jf. figur 3.2 i kapittel 3.



Figur 1.1 Det svenske tannhelsesystemet

ATB – allmänt tandvårdsbidrag, STB – särskilt tandvårdsbidrag

Kilde: SOU 2021:8 När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa

1.1 Befolkningens tannhelse og bruk av tannhelsetjenesten

I SOU 2021: 8 *Når behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* fremgår blant annet følgende om den svenske befolkningens tannhelse og bruk av tannhelsetjenesten:

- Det er tydelige sosioøkonomiske forskjeller innen tannhelse. Personer med lavere utdanning har dårligere tannhelse. Sosioøkonomi har også betydning for barns tannhelse, målt i forekomst av karies.
- Funksjonsnedsettelse påvirker både opplevd og faktisk tannhelse negativt. Andelen som opplever tannhelsen som ganske eller svært god, synker i takt med omfanget av funksjonsnedsettelse. For dem med alvorlig nedsatt funksjon, er det kun 56 prosent som vurderer tannhelsen som ganske eller svært god, mot rundt 80 prosent for dem uten nedsatt funksjon.
- På befolkningsnivå ser man en sakte synkende besøksprosent i tannhelsetjenesten. Det er betydelige regionale forskjeller. Besøksfrekvensen er generelt lavere i tynt befolkede områder og i sosioøkonomisk sårbare storbyområder. Blant personer med svært lav inntekt var det kun 52 prosent som oppsøkte tannhelsetjenesten i toårsperioden 2018–2019, noe som kan sammenliknes med en andel på 82 prosent for personer med svært høy inntekt. Akuttannlegebesøk øker, og med noen unntak er det flere akuttbesøk i spredtbebygde områder. Det er mer vanlig blant menn kun å oppsøke akutt tannhelsetjeneste. De akutte besøkende har også generelt en svakere sosioøkonomisk posisjon.
- En pasient i Sverige besøker tannlegen i gjennomsnitt to ganger i året. Én av ti voksne har ikke vært hos tannlegen på ti år. Den offentlige tannhelsetjenestens andel av utførte tannundersøkelser øker. Det er også mer vanlig blant abonnementspasienter å få tannundersøkelse som eneste behandling (kapittel 1.2.3 beskriver tannhelseabonnement). Unge kvinner går oftere til undersøkelse enn det som er forventet, gitt tannhelsen.
- Flertallet av pasientene som benytter den statlige tannhelsestøtten, har lave tannhelseutgifter, mens en liten prosentandel av pasientene har høye eller svært høye utgifter. Utforming av den statlige tannhelsestøtten gjør at tilskuddsgraden øker, jo høyere tannhelseutgifter pasienten har. En stor del av den statlige tannhelsestøtten går til de pasientene som

har de høyeste utgiftene. I 2018 mottok de 5 prosentene av pasienter som hadde tannhelseutgifter over 15 000 svenske kroner, halvparten av den statlige tannhelsestøtten (kapittel 1.2.1 beskriver den statlige tannhelsestøtten).

- Menn og eldre pasienter er de som i størst grad mottar statlig høykostnadsbeskyttelse (*högkostnadsyddet*). Mottak er lavere blant pasienter med svak økonomisk og sosioøkonomisk posisjon. På den annen side er tannhelsestøtten som utbetales til disse pasientgruppene vanligvis høyere enn for resten av befolkningen. I 2019 var gjennomsnittlig tannhelsestøtte på 2 400 svenske kroner for pasienter med svært lav inntekt sammenliknet med 1 600 svenske kroner for pasienter med svært høy inntekt.
- Grupper med dårligere tannhelse er overrepresentert blant de som ikke mottar tannhelsestøtte. Med økende alder øker også forskjellen i tannhelse og hvor mye tannbehandling de med lavest og høyest inntekt mottar. Dette kan tilsi at den sosiale helsegradienten i bruken av tannhelsetjenester øker gjennom livet, og at den langsiktige effekten av inntekt på tannhelsen er betydelig.

1.2 Tannhelsetjenester til voksne

1.2.1 Statlig tannhelsestøtte

Målet med den statlige tannhelsestøtten er todelt. Støtten skal opprettholde god tannhelse hos personer med ingen eller lite tannbehandlingsbehov, samt gjøre det mulig for personer med store tannbehandlingsbehov å motta rimelig tannbehandling.

Den statlige tannhelsestøtten administreres av Försäkringskassan (Försäkringskassan, 2024). En betydelig andel av den statlige tannhelsestøtten betales ut til pasienter som benytter private tannhelsetjenester. I alt 72 prosent av støtten går til disse, mot 28 prosent til pasienter som benytter den offentlige tannhelsetjenesten (SOU 2021:8).

1.2.1.1 Generelt tannhelsetilskudd

Hensikten med det generelle tannhelsetilskuddet (*allmänt tandvårdsbidrag*) er å oppmuntre voksne til å gå regelmessig til tannlege for kontroller og forebyggende behandling. Tilskuddet er et fast årlig tilskudd og er enten 300 eller 600 svenske kroner, avhengig av alder. Det er mulig å spare tilskuddet til neste år og så bruke to tilskudd samme år. Men tilskudd må brukes innen to år, og det er ikke mulig å ha mer enn to sparte tilskudd samtidig.

Tilskuddet må benyttes hos tannlege eller tannpleier som er tilsluttet den statlige støtteordningen, noe de fleste er. Pasienten søker ikke om tilskuddet, men opplyser til behandler at tilskuddet skal benyttes. Tilskuddet blir da trukket fra regningen.

I 2022 utgjorde generelt tannhelsetilskudd i overkant av 30 prosent av den statlige tannhelsestøtten (Prop. 2023/24:1).

1.2.1.2 Spesifikt tannhelsetilskudd

Det spesifikke tannhelsetilskuddet (*särskilt tandvårdsbidrag*) skal gi ekstra støtte til pasienter som har høyere risiko for å utvikle tannproblemer på grunn av visse sykdommer eller funksjonshemninger som innebærer en risiko for nedsatt tannhelse.

Det er tannlege eller tannpleier som vurderer om pasienten har rett til tilskuddet. Regler for hvilke underlag som kreves for vurdering, varierer avhengig av hvilken sykdom eller funksjonsnedsettelse pasienten har. Det er Sosialstyrelsen som gir regler for dette (SOSFS 2012:16 (M), 2012).

Om tannlege eller tannpleier ikke kan vurdere om pasienten har rett til tilskudd, kan pasienten få forhåndsprøvd sin rett ved at behandler sender inn en søknad til Försäkringskassan.

Der tannlege eller tannpleier har vurdert at pasienten har rett til tilskuddet, må det benyttes hos behandler som er tilsluttet den statlige støtteordningen. Det er de fleste. Pasienten søker ikke om tilskuddet, men opplyser til behandler at tilskuddet skal benyttes til betaling. Tilskuddet blir da trukket fra regningen.

Spesifikt tannhelsetilskudd er 600 svenske kroner per halvår. Pasienten får tilskuddet 1. januar og 1. juli hvert år.

Bruken av tilskuddet kan deles opp. Pasienten kan for eksempel bruke 200 kroner ved ett besøk og 400 kroner ved neste besøk. Tilskuddet kan ikke spares fra et halvår til et annet.

I 2022 utgjorde spesifikt tannhelsetilskudd knapt 1 prosent av den statlige tannhelsestøtten (Prop. 2023/24:1).

1.2.1.3 Skjermingsordning ved høye tannhelseutgifter

Høykostnadsbeskyttelsen (*högkostnadsskyddet*) skal skjerme pasienter som har høye tannhelseutgifter. Det betyr at pasienten bare må betale en del av kostnaden når den overstiger et visst beløp.

De fleste behandlinger hos tannlege eller tannpleier kan inngå i høykostnadsbeskyttelsen, men det finnes unntak. Man kan for eksempel ikke få

støtte til tannbleking, annen form for kosmetisk tannbehandling eller til behandling som inngår i et tannhelseabonnement. Tannbehandling som inngår i en sykdomsbehandling, er heller ikke inkludert i den statlige høykostnadsbeskyttelsen. For slik tannbehandling må pasienten betale regionens vanlige pasientgebyr, og regionens høykostnadsbeskyttelse for pasientgebyrer gjelder.

For hver tannbehandling som kompenseres under høykostnadsbeskyttelsen, har myndighetene beregnet en referansepris, men det er fri prissetting for tannhelsetjenester, og pasientene betaler ofte en høyere pris enn referanseprisen. Se beskrivelse av referansepriser i kapittel 1.4 *Prissetting og prisopplysning*.

Behandlingskostnader opp til 3 000 svenske kroner årlig betales i sin helhet av pasienten. Kostnader beregnes da i henhold til statens referansepriser eller behandlerens priser hvis de er lavere. For behandlingskostnader over dette nivået gir høykostnadsbeskyttelsen en kompensasjon:

- 50 prosent av behandlingskostnadene med en referansepris mellom 3 000 og 15 000 svenske kroner og
- 85 prosent av behandlingskostnadene med en referansepris på over 15 000 svenske kroner

Dersom pasienten vil bruke sitt generelle eller spesifikke tannhelsetilskudd til å betale deler av behandlingskostnaden, trekkes dette fra før høykostnadsbeskyttelsen beregnes.

Høykostnadsbeskyttelsen er gyldig i en kompensasjonsperiode på tolv måneder. På forespørsel fra pasienten kan behandleren registrere starten på en ny kompensasjonsperiode før forrige periode er utløpt. Dette kan være aktuelt dersom pasienten er i ferd med å starte en omfattende behandling og ønsker at hele behandlingen dekkes innen én kompensasjonsperiode.

Totalt ble det utbetalt om lag 4,5 milliarder svenske kroner i *högkostnadsskydd* i 2019. Dette utgjorde i underkant av 70 prosent av den statlige tannhelsestøtten (SOU 2021:8). Tilsvarende andel gjelder også for 2022 (Prop. 2023/24:1).

1.2.2 Regionenes tannhelsestøtte til pasienter med enkelte sykdommer, funksjonsnedsettelse eller stort behov for pleie og omsorg

Pasienter med enkelte sykdommer, funksjonsnedsettelse eller stort behov for pleie og omsorg, kan få tannhelsestøtte fra sin region. Dette kan for eksempel gjelde for de med stort behov for sykepleie, de som trenger tannbehandling som en del

av sykdomsbehandlingen, eller personer som har en ekstrem tannbehandlingsangst.

1.2.3 Tannhelseabonnement

Et tannhelseabonnement (*abonnemangstandvård*) går ut på at pasienten inngår en avtale med sin tannlege eller tannpleier om å få tannbehandling til fast pris i tre år.

En abonnementsavtale for tannbehandling skal inneholde minst følgende:

- undersøkelser og utredninger
- helsefremmende innsats
- behandling av sykdom og smertetilstander
- reparativ behandling

Pasienten kan bruke generelt og spesifikt tannhelsetilskudd som delbetaling av kontrakt om tannhelseabonnement. Pasienten kan imidlertid ikke få kompensasjon fra *högekostnadsskydd* for tannbehandling som er inkludert i abonnementsavtalen.

Tannhelseabonnement tilbys i dag først og fremst av den offentlige tannhelsetjenesten, men selv om det er uvanlig, forekommer det også private tilbydere.

Hver tiende pasient har et tannhelseabonnement, og dette tilsvare ca. 800 000 pasienter. Tannhelseabonnements andel av markedet varierer regionalt. I enkelte regioner har den offentlige tannhelsetjenesten manglende kapasitet og dermed begrensede muligheter for å tilby abonnenter (SOU 2021:8).

Tannhelseabonnement er vanligst blant unge kvinner og generelt blant pasienter med lav sykdomsrisiko. Abonnenter er mindre vanlig i sosioøkonomisk sårbare grupper.

1.2.4 Tannregulering/kjeveortopedi for voksne

Voksne må betale for tannregulering selv. Behandlingen er i enkelte tilfeller inkludert i *högekostnadsskydd* for tannbehandling. For eksempel ved bittavvik som gjør at personen biter i ganen og får sår, eller hvis tennene stikker så mye ut at leppene ikke kan lukkes.

Dersom den kjeveortopediske behandlingen er knyttet til enkelte sykdommer eller sykdomsbehandlinger, kan den inngå i høykostnadsbeskyttelse for poliklinisk behandling (1177.se, 2024).

1.3 Tannhelsetjenester til barn og unge

Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for regelmessig og fullstendig tannbehandling for personer til og med det året de fyller 23 år. Regio-

nen kan inngå avtale med andre om å utføre de oppgavene som regionen og dens offentlige tannhelsetjeneste har ansvar for.

Spesialisert tannbehandling ved behov er også en del av tannbehandlingen som tilbys. Regionen avgjør om denne spesialistbehandlingen skal skje i regi av regionen eller om private tilbydere skal kunne inngå, og om pasienten skal kunne velge behandler eller ikke.

Tannbehandling som er nødvendig for å oppnå et funksjonelt og visuelt akseptabelt resultat ut fra et odontologifaglig synspunkt, skal være gratis for barn og unge. For annen tannbehandling kan regionen kreve betaling for behandlingen dersom pasienten ber om å få den utført. Det er opp til hver enkelt region å avgjøre i detalj hvilken tannbehandling som skal inkluderes i gratis tannbehandling for barn og unge. Det er derfor variasjoner når det gjelder hvilken tannbehandling som tilbys barn og unge, og også hvilken kompensasjon foresatte kan få (SOU 2021:8).

1.3.1 Tannregulering/kjeveortopedi for barn og unge

Barn og unge til og med 23 år kan få gratis tannregulering dersom de har bittavvik som gjør det vanskelig å bite og tygge. Det er spesialisttannlegen som avgjør om pasienten oppfyller krav til gratis tannregulering (1177.se, 2024).

Regionene fullfinansierer kjeveortopedi der for eksempel feil lukking fører til funksjonsforstyrrelser, risiko for skader på tenner og omkringliggende vev, eller innebærer alvorlig psykisk belastning. I tilfeller hvor behandlingsbehovet vurderes som mer moderat, er det opp til regionene å vurdere i hvilken grad pasienten selv skal betale for behandlingen. Hva som finansieres, kan dermed variere mellom regionene. Det finnes ingen nasjonal standard for hvilken tannbehandling som anses odontologisk nødvendig for å oppnå et funksjonelt og visuelt akseptabelt resultat (SOU 2021:8).

På landsbasis får rundt 27 prosent av barnekulene kjeveortopedisk behandling (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005). De regionale forskjellene er store. Flere regioner tilbyr gratis kjeveortopedi til en fast prosentandel av barn. For disse varierer prosentandelen fra 20 prosent i regionen med lavest andel, til 35 prosent i regionen med høyest andel (Tandläkartidningen, 2023).

1.4 Prissetting og prisopplysning

Det er fri prissetting for tannhelsetjenester i Sverige. Hver klinikk eller behandler, både privat

og offentlig, bestemmer sin egen pris for en behandling. Dette gjør at det kan være store prisforskjeller for samme behandling.

Pasienten har rett til å få prisopplysninger på forhånd. For å sammenlikne priser kan pasienter bruke nettportalen Tandpriskollen som drives av Tandvårds- og Läkemedelsförmånsverket (TLV). Prisene er basert på de prisene tannklinikkerne melder inn til Försäkringskassan for tannbehandling, utført innenfor rammen av det statlige tannhelsetilskuddet. Prisene for behandlingsspakken eller tiltaket er medianpriser for en periode på seks måneder. Tjenesten omfatter tannklinikker som er knyttet til den statlige tannhelsestøtten, det vil i praksis si så godt som alle klinikker.

TLV vedtar referansepriser for tannhelsetiltakene som inngår i den statlige tannhelsestøtten.

Referanseprisen skal være en normalpris for den aktuelle prosedyren. Den skal reflektere hva prosedyren normalt kan koste og være en sammenlikningspris for pasientene. Referanseprisene er basert på beregninger av tid som kreves for å utføre handlingen, personalkostnader, materialforbruk av et materiale av rimelig standard, direkte og indirekte kostnader inkludert avskrivninger og en viss utviklings- og investeringsmargin. Referanseprisene ligger til grunn for beregningen av hvor mye av kostnaden staten betaler innenfor høykostnadsbeskyttelsen. Referanseprisene justeres en gang i året (Tandvårds- og Läkemedelsförmånsverket, 2024).

Tannleger og tannpleiere er ikke bundet av referanseprisen. De kan sette sine egne priser, men krever de en høyere pris enn referanseprisen for en tannbehandling, må pasienten betale differansen.

Den gjennomsnittlige prisen steg med 11 prosent da den statlige tannhelsestøtten og ordningen med referansepriser ble innført i 2008 (Tandvårds- og Läkemedelsförmånsverket, 2015). Tre av fire pasienter betalte i 2019 en høyere pris for tannbehandling enn den fastsatte referanseprisen (Tandvårds- og Läkemedelsförmånsverket).

Prissettingen varierer mellom ulike deler av Sverige. I gjennomsnitt var prisene 12 prosent høyere enn referanseprisene i 2019. Offentlige klinikker hadde i gjennomsnitt 8 prosent høyere priser enn referanseprisene, noe som er lavere enn for de private klinikkene, som i gjennomsnitt lå på 14 prosent over referanseprisene (SOU 2021:8).

Avviket fra referanseprisen har økt fra 2019 til 2022 (Tandvårds- og Läkemedelsförmånsverket, 2023). Forskjellen mellom tannklinikkenes medianpris og referanseprisen varierte i 2022 fra

10 prosent under referanseprisen til 60 prosent over referanseprisen. Den offentlige tannhelsetjenesten hadde i gjennomsnitt lavere priser enn privat sektor. I den offentlige tannhelsetjenesten var medianprisen for halvparten av tiltakene med referansepris, mer enn 9 prosent over referanseprisen, mens tilsvarende tall i privat sektor var 22 prosent.

Avviket fra referanseprisene er størst for implantatbehandling, både innen den offentlige tannhelsetjenesten og innen privat sektor. Tannproteser, reparasjoner og kirurgiske inngrep ligger på mellom 29 og 31 prosent over referanseprisen i privat sektor, mens de ligger mellom 12 og 16 prosent over referanseprisen i den offentlige tannhelsetjenesten. For andre behandlingsområder har den offentlige tannhelsetjenesten relativt små avvik fra referanseprisene, mens privat sektor avviker mellom 12 og 20 prosent. Jo dyrere behandlingen er, desto større er avviket fra referanseprisene (Tandvårds- og Läkemedelsförmånsverket, 2023).

Forskjellene i prisnivå er større mellom ulike offentlige tannhelseklinikker enn innenfor private tannklinikker i ulike regioner. Bare i én region fulgte den offentlige tannhelsetjenesten referanseprisene i 2022. TLV har også undersøkt om prisvariasjonen innenfor privat sektor kan henge sammen med bedriftsstørrelse. De fant da at det er mer vanlig for store bedrifter å ha høye priser (Tandvårds- og Läkemedelsförmånsverket, 2023).

1.5 Tannhelsepersonell

SOU 2021:8 *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* beskriver status for tannhelsepersonell i Sverige. Noen viktige punkter:

- Den svenske tannhelsetjenesten opplever en generell mangel på personell. Dette til tross for at det i dag er flere behandlere per pasient enn for eksempel for ti år siden. Selv om antall tannleger er høyest i de tre storbyregionene Stockholm, Västra Götaland og Skåne, finnes det ikke et tydelig mønster for lavere antall behandlere per innbyggere i tynt befolkede regioner.
- Samtidig som tannlegene blir eldre, blir det også flere yngre tannleger. Unge, mindre erfarne tannleger produserer i gjennomsnitt 10–25 prosent mindre tannhelsetjenester enn eldre, mer erfarne tannleger, noe som betyr at for hver tannlege som går av med pensjon, trengs det mer enn én nyutdannet tannlege for

å opprettholde kapasiteten i tannhelsetjenesten.

- Halvparten av landets autoriserte tannbehandlere jobber privat og halvparten offentlig. Pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten er yngre enn pasientene til private tilbydere av tannhelsetjenester. Private tilbydere utfører mer omfattende behandlinger, noe som blant annet forklares med at de har flere eldre pasienter enn den offentlige tannhelsetjenesten.

Det er ni godkjente odontologiske spesialiteter i Sverige: bittfysiologi, endodonti, kjevekirurgi, odontologisk radiologi, oral protetik, orofacial medisin, kjeveortopedi, periodonti, pedodonti. Spesialistutdanningen reguleres av Socialstyrelsens forskrifter og generelle råd om tannlegenes spesialiseringstjeneste (HSLF-FS 2017:77, 2017).

1.6 Marked

Det er fri etablering innen tannhelsemarkedet i Sverige. Rundt 20 prosent av tannhelseklinikkerne eies av det offentlige, de resterende har private eiere.

Det private tannhelsemarkedet består av et stort antall mindre selskap samt et fåtall større aktører. Utviklingen går mot færre og større tilbydere, og den private tannhelsetjenesten øker sin omsetning (SOU 2021:8).

I flere år har tannhelsetjenesten vært den helsetjenesten der private selskaper har hatt høyest lønnsomhet. I 2019 var driftsmarginen 12,7 prosent. Dette kan for eksempel sammenliknes med private foretak innen primærhelsetjenesten i Sverige hvor driftsmarginen var 5,6 prosent (SOU 2021:8).

Man ser nå en økt konkurranse om pasienter og behandlere i de store byene, og at private selskaper kjøper opp ansatte fra *Folk tandvården*.

1.7 Nasjonale retningslinjer og registre

1.7.1 Nasjonale retningslinjer for tannhelsetjenester

Hovedbudskapet i Sveriges nasjonale retningslinjer for tannhelsetjenester er at det må satses mer på å forebygge munnhulesykdommer, og på å veilede pasienter med usunne matvaner. Videre at pasienter med høy risiko for dårlig munnhelse bør undersøkes oftere enn pasienter med lav risiko.

Retningslinjene retter seg først og fremst mot de som tar beslutninger om ressurser i tannhelsetjenesten, men er også ment som veiledning for tannhelsepersonell (Socialstyrelsen, 2022).

1.7.2 Nasjonalt kvalitetsregister

Svensk kvalitetsregister for karies og periodontitt (SkaPa) er opprettet for å bistå i evaluering og utvikling av både forebyggende og reparativ behandling av karies og periodontitt. Registeret ble opprettet av tannhelsetjenesten for tannhelsetjenesten og er åpent for tannbehandling både i offentlig og privat regi. Deltakelse i registeret er frivillig og bestemmes av tjenesteyterne.

På sikt forventes det at et stort antall av Sveriges tannklinikker slutter seg til registeret. Per februar 2023 er status at 2 127 tannklinikker er tilsluttet registeret.

Kvalitetsregisteret er basert på en database som automatisk får overført informasjon fra pasientjournaler. Det omfatter grunnlagsdata både om pasient og behandler, blant annet kjønn, demografi, yrkestilhørighet, samt omsorgsrelaterte data om status, diagnoser og behandling av karies og periodontitt. Det registreres også annen tanninformasjon som kan knyttes til karies og periodontitt.

Som eneste nasjonale kvalitetsregister i tannhelsetjenesten er Svensk kvalitetsregister for karies og periodontitt en viktig samarbeidspartner og datakilde for tannhelseområdet i Sverige. Registeret skal også utgjøre en datakilde for oppfølging og utvikling av de nasjonale retningslinjene for tannhelsetjenester.

Registeret har informasjon fra mer enn 7,6 millioner unike pasienter, og antallet øker for hvert år (Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit SKaPa, 2022). Registeret har informasjon om antall gjenværende tenner hos pasienter over 80 år, andel pasienter med tannimplantater, fordeling av ulike tiltak og kostnader, antall pasienter i aldersgrupper over 60 år som har forflyttet seg fra ordinær voksentannhelsetjeneste til nødvendig tannhelsetjeneste (N-tandvård), pasienters subjektive oppfatning av egen munnhelse, levevaner, besøksintervall i forhold til risikonivå, forekomst av karies og periodontitt, samt oppfølging av rot- og kronebehandling over tid.

1.7.3 Tannhelseregisteret

Socialstyrelsen forvalter seks helsedateregistre, blant annet Tannhelseregisteret som ble opprettet i 2008 (Förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen, 2008). Registeret inneholder data som rapporteres inn til Försäkringskassan for all tannbehandling utført innenfor den statlige tannhelsestøtten. Fra 2013 inngår i tillegg regionfinansiert tannbehandling

for personer med store behov på grunn av langvarig sykdom eller funksjonshemming. Opplysninger som finnes i registeret:

- om pasienten: Personnummer, kjønn, alder, registreringssted, fødeland, statsborgerskap, sivil status, dato for siste immigrasjon og emigrasjon
- om tjenesteyter: Navn og adresse, organisasjonsnummer og omsorgsyrterkategori
- om konsultasjon: Besøksdato, diagnose/tilstand, prosedyre, tannnummer, tannstilling, antall gjenværende tenner, antall intakte tenner

Socialstyrelsen bruker tannhelseregisteret som grunnlag for offisiell statistikk, evalueringer, myndighetsoppdrag, indikatorer, årlige statusrapporter og eksterne statistikk- og forskerbestillinger.

1.8 Aktuelt

1.8.1 Større likhet i tannhelse

SOU 2021:8 *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* ble publisert i mars 2021. I utredningen foreslås disse tiltakene:

- Å rette tilskuddene mot pasienter med størst behov. Dempe overforbruk av undersøkelser hos friske pasienter.
- Risikovurdering og individuell tannhelseplan basert på tannhelse. Besøksfrekvens basert på risiko, fast pris 200 svenske kroner per besøk som inngår i planen.
- Fjern gratis tannbehandling for 20–23-åringer åringer – ikke ressurseffektivt.
- Et nytt system for tannbehandling for spesielle grupper. Ansvar overføres fra regionene til staten.
- Ulike alternativer for å justere høykostnadsbeskyttelsen – vil koste ytterligere mellom 1,6 og 6,5 milliarder kroner avhengig av modell.

Den svenske regjeringen 2018–2022 gikk ikke videre med forslagene. Etter valget i 2022 er det gitt nye løfter om å utrede høykostnadsbeskyttelse på nivå med resten av helsetjenesten.

1.8.2 Støtte til voldsutsatte pasienter

I SOU 2023:10 *Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter* foreslås det at tannbehandling ved skader etter vold i nære relasjoner ikke skal koste mer enn et vanlig legebeseøk. Videre at spørsmål om vold jevnlig bør stilles til alle som oppsøker tannhelsetjenesten (SOU 2023:10).

1.8.3 Økt kontroll over tannhelsesektoren

I SOU 2023:82 *Ökad kontroll över tandvårdssektorn* har man analysert og vurdert om det er hensiktsmessig å innføre konsesjonskrav for private omsorgsyttere som er tilknyttet den statlige tannhelsestøtten, og hvilke regelverksendringer og forutsetninger som i så fall kreves (SOU 2023:82).

1.8.4 Pågående utredning

Offentlig finansiering av tannhelse skal utredes ytterligere. Dette kommer som en følge av et tilleggsdirektiv til *Utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn* (S 2022:12). Utredningen skal komme med forslag for å styrke høykostnadsbeskyttelsen og gjennomgå særskilte regler om gebyrer for tannhelse for asylsøkere og enkelte utlendinger som mangler nødvendige tillatelser (Socialdepartementet, 2023).

2 Danmark

Danmarks skattefinansierte helsetjeneste har en desentralisert organisasjonsstruktur: Regjeringen har ansvaret for regulering, tilsyn, overordnet planlegging og kvalitetsovervåking. Regionene har ansvar for detaljplanlegging, definering og leveranse av helsetjenester i sykehus. Kommunene har ansvar for helsefremming, sykdomsforebygging, rehabilitering, hjemmesykepleie og ikke-spesialisert langtidspleie. En økende andel av danskene kjøper tilleggsforsikring for å betale for blant annet tannbehandling. I 2018 ble 14,2 prosent av helseutgiftene i Danmark finansiert ved egenbetaling (Winkelmann et al., 2022).

I underkant av 20 prosent av samlede tannhelseutgifter var i 2019 dekket av det offentlige (Winkelmann et al., 2022).²

Det skilles mellom tannbehandling for barn og unge og tannbehandling for voksne. Barn og unge under 22 år får gratis kommunal tannbehandling, inkludert gratis tannregulering/kjeveortopedi. Privat tannhelsetjeneste er også tilgjengelig for barn og unge, men da med 35 prosent egenbetaling for de under 16 år. Vanligvis er det ingen gratis tannbehandling for voksne. I stedet opererer Danmark med et system med subsidier, som prioriterer forebygging og grunnleggende oral helsehjelp. Stønadmottakere (f.eks. uføre, eldre

² Tilsvarende tall for Norge er i underkant av 30 prosent, jf. figur 3.2 i kapittel 3.

og de med lav inntekt) kan få dekket tannbehandlingsutgifter av kommunene, og de som ikke mottar dagpenger, som bostedsløse eller rusavhengige, får som hovedregel gratis behandling. For begge gruppene er det bostedskommunen som avgjør om personer er kvalifisert, og som bestemmer nivået på egenbetalingen. Det finnes et eget tannhelseprogram for sårbare grupper (dvs. barn og voksne med nedsatt bevegelighet eller nedsatt fysisk og psykisk funksjonsevne som ikke kan benytte den generelle tannhelsetjenesten) som dekker tannhelsetjenester for disse gruppene. Ordningene er organisert av kommunene og krever en fast maksimalsats per år, unntatt for barn (Winkelmann et al., 2022).

Det er kommunene som har ansvar for barne- og ungdomstannhelsetjenesten, omsorgstannhelsetjenester, spesialisttannhelsetjenesten samt sosialtannhelsetjenesten. Videre har kommunen ansvaret for forvaltningen av tilskudd til tannhelsetjenesten som gjelder økonomisk støtte fra kommunen til tannproteser som følge av skader ved ulykker, og skader som følge av epileptiske anfall. Det er Sundhedsstyrelsen som fastsetter retningslinjer for kommunal tannbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2023b).

Regionene har ansvar for å tilby en gratis, spesialisert tannhelsetjeneste til barn og unge under 22 år med tannplager som ubehandlet fører til varig funksjonsnedsettelse.

2.1 Tannhelsetjenester til voksne

Voksne fra 22 år eller født før 1. januar 2004 kan få tilskudd fra det offentlige til en rekke behandlinger:

- undersøkelse
- forebyggende behandling
- behandling av karies
- periodontale sykdommer
- rotfylling
- tanntrekking med lokalbedøvelse

Tilskudd fra regionene til tannhelsetjenester for pasienter i privat praksis er lovregulert ved *Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge* (BEK nr 1371 af 29/11/2023) og *Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren* (BEK nr 960 af 14/06/2022).

Tannleger kan velge å praktisere utenfor regler i *tilskudbekendtgørelsen*. Det innebærer at pasienten ikke får tilskuddet direkte fra regionen, men kan få tilskuddet utbetalt ved å sende betalte regninger til sin hjemkommune. Hvis tannlegen

jobber innenfor *tilskudbekendtgørelsen*, må tannlegen følge tilskudd og priser som er fastsatt der. Prisen på tjenester som ikke omfattes av *tilskudbekendtgørelsen*, bestemmer tannlegene selv.

De faste prisene for tannhelsetjenester gjelder ikke for tannleger som velger å praktisere utenfor *tilskudbekendtgørelsen*, og ikke er godkjent av regionen. Disse tannlegene kan sette sine egne priser på alle tjenester.

Regionene gir tilskudd til tannbehandling for pasienter over 18/22 år som behandles av tannlege eller tannpleier som yter tannhelsetjenester med godkjenning (har et ydernummer) fra regionrådet, og etter reglene i *tilskudbekendtgørelsen*.

Danske borgere kan velge om de vil tilhøre helseforsikringsgruppe 1 eller 2, og de aller fleste velger gruppe 1. For pasienter i helseforsikringsgruppe 1 gjelder tilskudd og priser fastsatt i *tilskudbekendtgørelsen*. Tilskudd til tannhelsehjelp fra regionen trekkes automatisk fra regningen før pasienten betaler. Regionen avregner pasientens tilskudd direkte med tannlegen/tannpleieren. Pasienten får tilskudd av regionen til de enkelte tjenestene slik de er fastsatt i *tilskudsbekendtgørelsen*. Tilskudd reguleres to ganger årlig.

Tilskudd kan variere fra 35–62 prosent, avhengig av pasientens alder og behandling. For eksempel kan voksne i alderen 18 til 25 år få et tilskudd på 62 prosent for regelmessige diagnostiske undersøkelser og statusundersøkelse (screeninger, forebyggende pleie, røntgen, tannrennig, kirurgi) (Winkelmann et al., 2022).

For pasienter i helseforsikringsgruppe 2 er det ingen faste priser. Tannhelsepersonellet setter selv prisen for behandlingen. Pasienter i helseforsikringsgruppe 2 får samme tilskudd som det en pasient i helseforsikringsgruppe 1 får til tilsvarende behandling. Dersom prisen på behandling overstiger tilskuddet fra regionen, må pasienten selv betale differansen.

Dersom en behandling vil koste mer enn 2 500 danske kroner når tilskuddet fra helseforsikringen er trukket fra, skal tannhelsepersonellet gi et skriftlig prisoverslag.

Det gis ikke regionalt tilskudd til kjeveortopedisk behandling, implantater, kroner, broer og flyttbare proteser. Tilskudd til behandling med implantater, kroner, broer og proteser i privat praksis kan derimot gis via sosiallovgivningen eller særlige tilskuddsordninger i sundhedsloven § 135 eller 166.

Borgere som mottar visse ytelser under sosiallovgivningen og pensjonslovgivningen kan søke om særlig tilskudd til tannbehandling i privat praksis fra bopelskommunen. Dette kan for

eksempel dreie seg om borgere som mottar kontanthjelp og en rekke andre ytelser på kontant-hjelpnivå, samt førtidspensjonister og pensjo-nister.

2.1.1 Tilskudd til tannbehandling ved kreft, Sjøgrens syndrom og sjeldne sykdommer

Regionrådet gir etter sundhedsloven § 166 et særskilt tilskudd til tannbehandling i privat praksis til kreftpasienter som på grunn av strålebehandling i hode-/halsregion eller cellegiftbehandling har betydelige dokumenterte tannproblemer. Det samme gjelder for personer med betydelig dokumenterte tannproblemer som følge av Sjøgrens syndrom (blant annet munntørrethet) eller medfødt sjelden sykdom.

Det er innenriks- og helseministeren som fastsetter nærmere regler for støtten til pasienter som inngår i ordningen, herunder størrelsen på pasientens maksimale egenbetaling. Per 2022 har disse pasientene en maksimal årlig egenbetaling på rundt 2 000 danske kroner.

Tilskuddsordningen er komplisert og ressurskrevende å forvalte, og den omfatter ikke alle med alvorlig sykdom. Det er fremdeles personer som opplever å få betydelige regninger for tannbehandling som følge av alvorlig sykdom.

Et nytt lovforslag om utvidelse og forenkling av sundhedslovens § 166 er under behandling (1. behandling 3. mai 2024 i Folketinget). Formålet er at flere pasientgrupper skal få tilskudd etter ordningen, og at det skal bli enklere for pasientene å få tilskudd (L 171 Forslag til lov om ændring af sundhedsloven, 2023).

2.1.2 Tannhelsetjenester til sosialt utsatte

I 2020 ble det satt av 60 millioner danske kroner årlig til ny tannhelseordning (*socialtandplejen*).

Kommunene skal tilby gratis akutt smertelindrende og funksjonsbyggende tannhelsetjeneste for sosialt vanskeligstilte innbyggere som har et konkret behov for tannbehandling, og som ikke kan benytte den ordinære tannhelsetjenesten, *omsorgstandplejen* eller *specialtandplejen*.

Målgruppen er innbyggere med spesielle sosiale problemer, som bostedsløse som bor på gaten, eller benytter herberger og liknende.

Kommunen kan velge å etablere tilbudet ved egne klinikker eller ved å inngå avtale med andre kommuner, regioner eller private klinikker. Det er avgjørende at innbyggerne i målgruppen har enkel og rask tilgang til *socialtandplejen* (Sundhedsstyrelsen, 2022).

Stadig flere bruker ordningen. Det første året (2020/2021) var det 2 321 personer som brukte den, og året etter (oktober 2021 til oktober 2022) var tallet 3 537 personer, fordelt på 96 kommuner. I 2021 var det i gjennomsnitt 28 personer per kommune som benyttet ordningen, mens tallet i 2022 var 37 personer per kommune (KL, 2023).

Målgruppen er beregnet til å være 4 000–6 000 personer. Det har vært utfordringer med å skaffe nødvendig personell, og det er til en viss grad utfordringer med pasientoppmøte til planlagte konsultasjoner.

2.1.3 Omsorgstandpleie ved nedsatt bevegelsesevne eller fysisk og psykisk funksjonshemming

Kommunen tilbyr forebyggende og behandlende tannhelsetjenester (*omsorgstandpleje*) til personer som på grunn av nedsatt bevegelsesevne eller omfattende fysisk eller psykisk funksjonshemming kun med vanskeligheter kan benytte seg av den ordinære tannhelsetjenesten (Sundhedsloven § 131).

Innmelding til ordningen for *omsorgstandpleje* skjer ved et besøk fra kommunen. De foretar en konkret individuell vurdering etter samme prinsipper som vurdering av behov for personlig pleie eller praktisk hjelp. Det er i hovedsak eldre som vurderes for ordningen, og det er frivillig å være med.

Kommunene kan tilby *omsorgstandpleje* både ved offentlige klinikker og i privat tannlegepraksis. Kommunen kan også inngå avtale med regionen eller andre kommuner om å yte hele eller deler av tannhelsetjenesten målgruppen.

Det er et fritt valgsystem i *omsorgstandplejen*. Det betyr at innbyggere som får tilbud om tannbehandling ved offentlig klinikk, i stedet kan velge å motta tannbehandling som tilbys av privatpraktiserende tannlege. Dersom en person velger fritt, må kommunen kontaktes før behandling starter.

Kommunen kan kreve egenbetaling fra innbyggere som har mottatt *omsorgstandpleje*. Egenbetalingen prisreguleres hvert år og utgjør maksimalt 570 danske kroner i 2023 (Sundhedsstyrelsen, 2023c).

Personer som mottar *omsorgstandpleje*, er oftest rundt 80 år eller eldre, og de har behov for hjelp til vanlige daglige aktiviteter og stell. Størstedelen bor i pleie- eller aldersbolig. I 2021 var det rundt 25 000 personer som mottok *omsorgstandpleje*. Målgruppen er estimert til å bestå av rundt 49 000 personer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at det utarbeides en individuell munnpleieplan for alle personer som mottar *omsorgstandpleje*, i tett samarbeid med ledelse og ansatte i eldre- og sykehjem og hjemmesykepleie (Sundhedsstyrelsen, 2016a).

2.2 Spesialiserte tannhelsetjenester

Kommunene tilbyr spesialiserte tannhelsetjenester (*specialtandpleje*) til innbyggere med omfattende behov for sykepleie eller pedagogisk bistand. Det kan være psykisk sykdom, utviklingshemming, cerebral parese, autisme eller sklerose. Pasienten må ha betydelig og varig nedsatt funksjonsevne, som gjør at det ikke er mulig å benytte barne- og ungdomstannhelsetjenesten, tjenester i private klinikker eller *omsorgstandplejen*.

Personer som er innlagt på psykiatrisk sykehus, tilknyttet det distriktspsykiatriske systemet, oppholder seg i kommunale eller regionale boliger, eller i kommunale eller regionale alminnelige eldreboliger kan henvises direkte til denne tannhelsetjenesten. Dette sikrer at personer som er tilknyttet disse boformene, har direkte tilgang til akutt tannbehandling.

Barne- og ungdomstannhelsetjenesten kan også henvise direkte til *specialtandplejen*. *Specialtandpleje* gjennomfører da et tannlegebesøk for å avgjøre om tannbehandling kan utføres i *omsorgstandplejen* eller privat klinikk eller om personen må inn i *specialtandplejen*.

Kommunen kan velge å etablere behandlingstilbud i egne klinikker eller å overlate utførelsen av *specialtandplejen* til andre kommuner, regioner eller private klinikker.

Kommunen kan kreve egenbetaling fra innbyggere som har mottatt tannhelsetjenester i *specialtandplejen*. Egenbetalingen prisreguleres hvert år og var i 2023 maksimalt 2 130 danske kroner (Sundhedsstyrelsen, 2023d).

2.3 Tannhelsetjenester til barn og unge

Barn og unge under 22 år har tilgang til gratis tannbehandling.

Ordningen er gradvis utvidet fra 18-åringer til og med 21-åringer. De som er født før 1. januar 2004 har gratis tannbehandling kun til 18 år. Utvidelse av ordningen med gratis tannbehandling til og med 21 år skal være fullt implementert i 2025. Den skal blant annet sikre at den gode tannhelsen til barn og unge fortsetter i voksen alder.

I de fleste kommuner foregår barne- og ungdomstannhelsetjenesten i kommunale tannkli-

nikker. I enkelte kommuner er oppgaven overlatt til privatpraktiserende tannleger. Barne- og ungdomstannhelsetjenesten omfatter:

- generell forebygging, herunder informasjon mv.
- undersøkelser av utvikling og helsetilstand i tann-, munn- og kjeve-regionen
- behandling i tann-, munn- og kjeve-regionen og kjeveortopedi

Barn og unge som ønsker å benytte en annen tannhelsetjeneste enn det kommunen tilbyr gratis, kan velge å motta tannhelsetjenester hos privatpraktiserende tannlege etter eget valg, eller ved annen kommunes tannklinikk. Valget gjelder hele tannhelsetilbudet, det vil si både det generelle tannhelsetilbudet og tilbudet om kjeveortopedi. De som velger fritt, må kontakte kommunen før behandlingen starter. Kommunen kan kreve en egenbetaling på 35 prosent fra foreldre til barn og unge under 16 år som velger fritt. Foreldre til 16–17-åringer og ungdom på 18 år eller eldre vil derimot ikke bli belastet med tilsvarende egenbetaling (Sundhedsstyrelsen, 2024a).

2.3.1 Regionale, spesialiserte tannhelsetjenester

Regionene har ansvar for å tilby en gratis spesialisert tannhelsetjeneste til barn og unge under 22 år med tannplager som ubehandlet fører til varig funksjonsnedsettelse.

Målgruppen for den regionale tannhelsetjenesten er i hovedsak barn og unge med manglende tenner (agenesis), tanndannelsesforstyrrelser (mineraliseringsforstyrrelser), utilsiktet tanntap eller andre tannlidelser hvor manglende behandling vil føre til varig funksjonsnedsettelse. Det er anslått at ca. 1 500 barn og unge per årskull har behov for en regional tannhelsetjeneste i form av besøk, behandlingsplanlegging og behandling.

Regionene har ansvar for at spesialisttannhelsetjenesten skal tilby spesialistbehandling (for eksempel med implantater, tannkroner) etter at ungdommene slutter i barne- og ungdomstannhelsetjenesten, når fysisk modenhet gjør at behandlingen kan gjennomføres.

Det regionale tannhelsetilbudet er organisert i tett samarbeid med barne- og ungdomstannhelsetjenesten, som kan gjennomføre deler av den samlede behandlingen, som for eksempel kjeveortopedi.

Det er barne- og ungdomstannhelsetjenestens ansvar å henvise til den regionale tannhelsetjenesten. Pasientene må henvises til den regio-

nale tannhelsetjenesten før de fyller 22 år. Behandlingsforløpet til pasientene som omfattes av denne ordningen varer ofte 10–15 år.

2.3.2 Odontologiske kunnskapssentre

Danmark har to regionale odontologiske kunnskapssentre som tilbyr høyspesialisert rådgivning og/eller behandling til barn og unge med odontologiske lidelser som ubehandlet fører til varig funksjonsnedsettelse, og som tilbudet i den regionale tannhelsetjenesten ikke er tilstrekkelig spesialisert for (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Det ene er ved Rigshospitalet og det andre ved Århus universitetssykehus. Det er anslått at målgruppen utgjør ca. 4 300 personer (Sundhedsstyrelsen, 2012).

Henvisning kan gjennomføres uten forutgående utredning i regional tannhelsetjeneste. Hensikten er at også barne- og ungdomstannhelsetjenesten og privatpraktiserende tannleger skal kunne henvide denne pasientgruppen. Det må presiseres i henvisningen at pasienten har et klart og entydig behov for utredning, behandling eller liknende på et høyt spesialisert nivå. Dersom dette ikke fremgår tydelig, blir henvisningen returnert. Det er ingen aldersgrense knyttet til når henvisning kan skje.

De to odontologiske region- og kunnskapssentrene samarbeider nært med de to tannlegeskolene og oral- og kjevekirurgi ved Rigshospitalet og Århus universitetssykehus.

Det er etablert en felles referansegruppe som drøfter sentrenes funksjoner og faglige prioriteringer. Et flerfaglig team, odontologiske skoler, relevant medisinsk ekspertise, pasientforeninger, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen er med i referansegruppen.

2.4 Tann-, munn- og kjevekirurgi på sykehus

Tann-, munn- og kjevekirurgi (TMK) på sykehus planlegges etter samme regler og prinsipper som annen sykehusbehandling. Sundhedsstyrelsen avgjør hvilke offentlige og private sykehus som skal ivareta spesialisert behandling. Spesialfunksjonene inndeles i regionfunksjoner, som det er én eller få av i hver region, og høyt spesialiserte funksjoner som er samlet ett eller få steder i landet. Sundhedsstyrelsens *Spesialevejledning for Tand-, mund- og kæbekirurgi* beskriver hvilke seks sykehus som er godkjent for å ivareta spesialiserte regionfunksjoner og høyt spesialiserte funksjoner i tann-, munn- og kjevekirurgi (Sundhedsstyrelsen, 2024b).

2.5 Prissetting og prisopplysning

Det er fastsatte priser for behandling som er omfattet av regionenes tilskudd til tannbehandling (*Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge* (BEK nr 1371 af 29/11/2023)). For behandling utover dette er det fri prissetting. Dersom en behandling vil koste mer enn 2 500 danske kroner når tilskuddet fra helseforsikringen er trukket fra, skal tannlegen gi et skriftlig prisoverslag.

For å sammenlikne priser mellom behandlere kan pasienter bruke nettportalen *Tandlægepriser* på sundhed.dk. Her vises priser for et utvalg behandlinger som ikke inngår i *Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge*. Prisene som vises i nettportalen, er de prisene tannklinikene selv melder inn. Det er staten, regionene og kommunene som står bak nettsiden sundhed.dk.

2.6 Digital tannlegevelger

Som en del av avtalen om å tilby gratis tannbehandling for 18–21-åringene ble det bestemt at en ny digital tannlegevelger skulle utvikles. Denne er under utvikling. Unge i overgangen til tannhelsetjenesten for voksne skal få brev i digital postkasse der de får informasjon om muligheten for å velge tannlege. Alle innbyggere skal få informasjon om at de kan velge en ny tannlege i forbindelse med flytting. Tannlegevelgeren skal ha informasjon om tannlegenes priser slik at det skal være lettere å basere sine valg på grunnlag av en prissammenlikning. Løsningen skal styrke priskonkurransen mellom tannleger til beste for alle innbyggere (Sundhedsministeriet, 2021).

2.7 Tannhelsepersonell

Sundhedsstyrelsen publiserte i mars 2024 *Tandplejeprognose 2023–2045* (Sundhedsstyrelsen, 2024c). Prognosen tar for seg tilførselen av personell i tannhelsetjenesten i Danmark og viser blant annet:

- Antall aktive tannleger falt fra 4 829 i 2012 til 4 535 i 2022. På landsbasis er det 77,3 tannleger per 100 000 innbyggere (2021-tall). Det forventes et fall på 90 personer med tannlegeautorisasjon frem mot 2030, etterfulgt av en stigning frem mot 2045. Antall personer med tannlegeautorisasjon forventes samlet å stige med 347 i perioden 2023–2045, dette tilsvarer en stigning på 7,4 prosent.

- I 2021 var 18 prosent av tannlegene ansatt i den kommunale tannhelsetjenesten, mens 66 prosent var ansatt i privat praksis.
- I perioden 2012–2021 var det en stigning i antall aktive spesialisttannleger. Antall spesialister i ortodonti steg fra 145 til 159 i perioden. Antall spesialister i tann-, munn- og kjevekirurgi steg fra 58 til 77 i samme periode. På landsbasis var det 1,3 spesialisttannleger i tann-, munn og kjevekirurgi og 2,7 spesialisttannleger i ortodonti per 100 000 innbyggere (2021-tall). Fra 2023 frem mot 2045 forventes antall spesialisttannleger å stige innen begge spesialiteter. Antall spesialister i ortodonti forventes å stige med 27,6 prosent og antall spesialister i tann-, munn- og kjevekirurgi med 76,2 prosent.
- I perioden 2012–2021 steg antall aktive tannpleiere med 31 prosent fra 1 976 til 2 598. Omkring 80 prosent av de med tannpleierautorisasjon jobber innen tannpleie, mens opp mot 20 prosent jobber i andre sektorer. Det ventes en stigning i antall tannpleiere med 686 i perioden 2023 til 2045, dette tilsvarer en vekst på 22,7 prosent.
- I 2021 var ca. 17 prosent av tannpleierne ansatt i den kommunale tannhelsetjenesten, mens ca. 55 prosent var ansatt i privat praksis.
- I perioden 2012–2021 falt antall aktive kliniske tannteknikere fra 348 til 326. Antall kliniske tannteknikere forventes å stige med 104 i perioden 2023–2045, dette tilsvarer en vekst 30,1 prosent.

2.8 Marked

Regler om tannhelseklinikk som virksomhet reguleres i henhold til *Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge* bilag 3 (BEK nr 1371 af 29/11/2023).

2.9 Nasjonale retningslinjer, anbefalinger og registre

Sundhedsstyrelsen utarbeider nasjonale veiledere og nasjonale kliniske anbefalinger som skal medvirke til ensartede behandlingstilbud av høy faglig kvalitet i hele landet.

2.9.1 Sundhedsstyrelsens veiledere for den regionale og den kommunale tannhelsetjenesten

Den regionale tannhelsetjenesten (*regionstandpleje, odontologisk landsdels- og videnscenter, til-*

skudd til tannbehandling ved kreft, Sjøgrens syndrom og sjeldne sykdommer) og den kommunale tannhelsetjenesten (*børne- og ungdomstandpleje, omsorgstandpleje, specialtandpleje, socialtandpleje og tilskud til tandbehandling ved ulykkesbetingt tandskade efter skade som følge af epileptisk anfald*) reguleres av sundhedsloven og *bekendtgørelse om tandpleje*. Sundhedsstyrelsen lager retningslinjer for den kommunale og regionale tannhelsetjenesten. Sundhedsstyrelsens veiledninger danner bakgrunnen for kommunenes og regionenes forvaltning og kvalitetsutvikling av tannhelsetjenester i Danmark og behandling av saker i Styrelsen for Patientklager (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023; Sundhedsstyrelsen, 2023b).

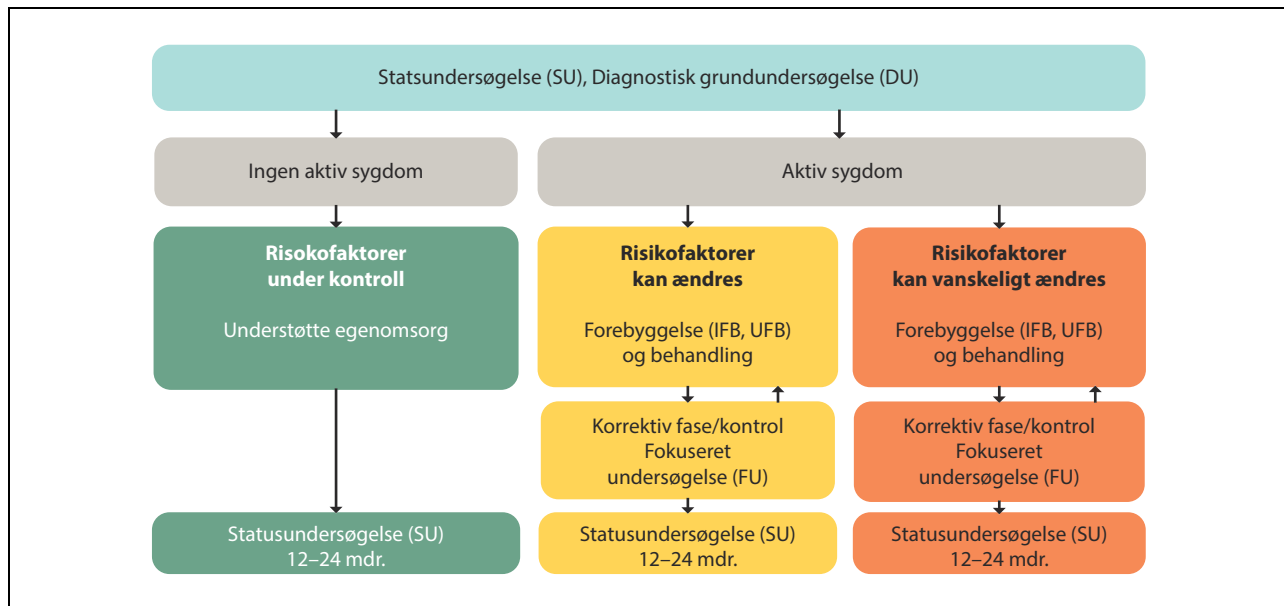
2.9.2 Fastsettelse av intervaller mellom diagnostiske undersøkelser

I 2013 publiserte Sundhedsstyrelsen en nasjonal klinisk retningslinje for fastsettelse av intervaller mellom diagnostiske undersøkelser. Formålet med retningslinjen er å veilede tannhelsetjenesten i å organisere diagnostiske undersøkelser etter individuelle behov. Intervaller mellom undersøkelser skal baseres på tannlegens vurdering av pasientens sykdomsnivå og risikofaktorer. Retningslinjen ble implementert via et forløpsdiagram, hvor friske pasienter kategoriseres som grønne, mens syke pasienter kategoriseres som gule eller røde, jf. figur 1.2 (Sundhedsstyrelsen, 2016b).

I 2015 viste en studie fra Danske Regioner at kun 12 prosent av ca. 2 millioner undersøkte innbyggere ble plassert i grønn kategori. Flertallet av innbyggerne ble plassert i gul eller rød kategori, noe som betyr at de ble vurdert til å ha aktiv tannsykdom. At så mange ble plassert i gul eller rød kategori, er verdt å merke seg siden befolkningen i Danmark generelt har god tannhelse.

I 2017 ble det gjennomført en evaluering av ordningen med følgende hovedkonklusjoner (Sundhedsstyrelsen, 2017):

- Nasjonal klinisk retningslinje for fastsettelse av intervaller mellom diagnostiske undersøkelser i odontologien oppleves som faglig meningsfylte og anvendelig av tannleger og tannpleiere.
- Tannlegene plasserer en svært høy andel voksne pasienter i gul pasientkategori, inkludert pasienter som ikke har en aktiv tannsykdom.
- Det er vesentlige problemer med implementeringen av retningslinjen, dels på grunn av betydelige tekniske systemfeil, og dels fordi retningslinjen, på noen områder, ikke har blitt omsatt til praksis på den måten som var tiltenkt.



Figur 1.2 Forløpsdiagram for fastsettelse av individuelle undersøkelsesintervaller i tannhelsetjenesten

Kilde: Sundhedsstyrelsen

2.9.3 Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register

Kommunene har siden 1972 årlig innberettet statistikk om tannhelse for barn og unge til Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR-registeret), som administreres av Sundhedsdatastyrelsen. De seneste opplysningene kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (Sundhedsstyrelsen, 2024a).

2.9.4 Data om tannhelsetjenester for voksne i privat praksis

Regionene innberetter løpende data om forbruk av ytelser for tannleger og tannpleiere som inngår i *bekendtgørelser om tilskud til tandpleje*, jf. kapittel 2.1 *Tannhelsetjenester til voksne*. Sundhedsdatastyrelsens statistikk og data er tilgjengelig i en

interaktiv database på eSundhed (Sundhedsdatastyrelsen).

2.9.5 Innberetning om kommunale tannhelsetjenester

Kommunene innberetter hvert år statistikk om struktur og deltakelse i den kommunale tannhelsetjenesten til Danmarks Statistik. Data er tilgjengelig på Danmark Statistiks hjemmeside (Danmarks Statistik).

2.10 Aktuelt

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har gjenopptatt arbeidet med å etablere nye rammer for voksen-tannpleien (Kommissorium for arbejde om nye rammer for voksentandplejen, 2018; Politisk aftale om nye rammer for voksentandplejen, 2018).

Vedlegg 2

Kostnadsanslag for vederlagsfri tannregulering

I forslag 5 vil utvalget gi den offentlige tannhelsetjenesten ansvar for å vederlagsfritt tilby nødvendig tannregulering til barn og unge.

For å kunne gi et anslag for hva dette vil koste har utvalget tatt utgangspunkt i hva som ble utbetalt i folketrygdstønad til tannregulering i 2023, og hva dette vil tilsvare om alle pasientene fullt ut får dekket behandlingen etter takstene fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. I dag får de fleste pasienter 40–90 prosent stønad, kun gruppe a mottar 100 prosent stønad, jf. kap. 6.3.8.

Beregninger er basert på at antall pasienter er konstant, men slik vil det sannsynligvis ikke være. Utvalget mener at tiltaket potensielt både kan redusere og øke omfanget av tannregulering blant barn og unge. For å gjøre beregning mulig, legger utvalget likevel til grunn et konstant antall pasienter. Tall fra Helsedirektoratet (regnskap og KUHR) viser at det i 2023 ble utbetalt i underkant av 526 millioner kroner til tannregulering gjennom folketrygdens stønad til tannbehandling.

Tabell 2.1 viser utbetalt stønad fordelt på de ulike pasientgruppene (a, b og c) innenfor stønads punkt 8. Videre viser tabellen antall unike pasienter i de ulike gruppene som startet opp behandling i 2023 (takst 601) og antall som mottok stønad til behandling. Fordi enkelte pasienter ikke blir plassert i gruppe a, b eller c ved forundersøkelse (takst 600), har tabellen også en rad

for kun stønads punkt 8 med tall for disse pasientene.

Ved å legge utbetalt stønad fra 2023 som vist i tabell 2.1 til grunn, og sette som kriterium at alle pasienter fullt ut skal få dekket behandlingen etter folketrygdens takster (honorartakst), får vi et utgangspunkt for anslag for hva et vederlagsfritt tilbud vil koste, jf. tabell 2.2. Dette anslaget er kun et minimumsanslag og er ikke realistisk. Det er sannsynlig at et prispåslag må dekkes i tillegg.

Tabell 2.2 viser at dersom all stønad, også for pasientene i stønadsgruppe 8b og 8c, skulle utbetales med 100 prosent av honorartakst, ville kostnaden bli knapt 775 millioner kroner. Som det også kommer frem av tabellen, ville dette ha medført en merkostnad på knappe 250 millioner kroner.

Anslaget i tabell 2.2 er ikke dekkende. De fleste kjeveortopeder tar mer betalt enn det som er folketrygdens takster, og dermed er det vanlig at pasientene betaler et mellomlegg/prispåslag. Hvis ansvaret for tannregulering skal overføres til den offentlige tannhelsetjenesten, og være vederlagsfri, er det sannsynlig at et prispåslag også må dekkes. Overføringen vil altså innebære større kostnader enn det som nå inngår i folketrygdens takster.

Ettersom det ikke finnes sikker kunnskap om hva vanlige nivåer på prispåslag er, har utvalget

Tabell 2.1 Tannregulering. Utbetalt stønad (kroner) og antall unike pasienter som har mottatt stønad i 2023

Stønadsgruppe	Antall pasienter med oppstart av behandling (takst 601)	Antall pasienter mottatt stønad til behandling	Kroner utbetalt stønad
8 (takst 600)		16 796	11 882 740
8a	947	5 440	25 919 822
8b	15 142	106 295	355 663 038
8c	11 211	61 920	132 213 561
<i>Sum</i>	<i>27 300</i>	<i>183 1631</i>	<i>525 679 161</i>

1 Sum er unike pasienter. At antallet avviker fra summering av rader over, skyldes at av de 16 796 pasientene som er registrert med forundersøkelse i gruppe 8, har 7 288 fått videre behandling i en av gruppene 8a-c i samme år.

Kilde: Helsedirektoratet (regnskap og KUHR)

Tabell 2.2 Tannregulering. Utbetalt stønad i 2023, beregning av kostnad dersom alle får 100 prosent stønad. Kroner.

Stønadsgruppe	Utbetalt stønad 2023	100 prosent stønad
8 (takst 600)		
honorartakst	1 159 130	1 159 130
refusjonstakst	10 723 610	20 785 979
8 totalt	11 882 740	21 945 109
8a totalt	25 919 822	25 919 822
8b		
stønad 90 prosent	129 438 154	143 820 171
stønad 75 prosent	226 224 884	301 633 179
8b totalt	355 663 038	445 453 350
8c		
stønad 60 prosent	60 769 128	101 281 880
stønad 40 prosent	71 444 433	178 611 083
8c totalt	132 213 561	279 892 963
<i>Sum alle grupper</i>	<i>525 679 161</i>	<i>773 211 243</i>
<i>Differanse/merkostnad</i>		<i>247 532 082</i>

Kilde: Helsedirektoratet (regnskap og KUHR)

ikke grunnlag for å si noe sikkert om hva den totale kostnaden vil være for å vederlagsfritt tilby nødvendig tannregulering til barn og unge. Utvalget kan kun angi usikre anslag.

Utvalget har sett på hva den totale kostnaden kan være gitt et prosentvis prispåslag på 10 eller 20 prosent. Påslag er da beregnet ut ifra at all stønad først er hevet til 100 prosent av honorartakst som vist i tabell 2.2.

Tabell 2.3 viser at ved et prispåslag på 10–20 prosent vil den totale kostnaden være på anslagsvis fra 850 millioner kroner til i underkant av 930 millioner kroner. Merutgiften for det offentlige vil anslagsvis være på 325–402 millioner kroner.

Hva som er rett nivå å legge til grunn ved en overføring til den offentlige tannhelsetjenesten må utredes nærmere.

Tabell 2.3 Tannregulering. Anslag totale kostnader og merutgifter. Kroner.

Prispåslag	10 prosent	20 prosent
<i>Anslag total kostnad</i>	<i>850 532 367</i>	<i>927 853 492</i>
Anslag merutgift ift. utbetaling 2023	324 853 206	402 174 331

I rapporten *Organisering og finansiering av kjeveortopedi Del 2: Forslag til organisering og finansiering av stønadsgruppe a* anslår Helsedirektoratet at egenbetalingen/prispåslaget, ved 100 prosent stønad, er om lag 20 prosent. Dette anslaget er basert på den delen av gruppe-a-pasienter

som behandles i spesialisthelsetjenesten. Disse pasientene får i en del tilfeller utført deler av den kjeveortopediske behandlingen hos private kjeveortopeder, og da påløper det ofte egenbetaling for pasientene som helseforetakene dekker.

Vedlegg 3

Kostnadsanslag for utvidelse av offentlig finansiering ved en universell tannhelseordning med frikort for tannhelsetjenester

I tiltak 10 foreslår utvalget å utvide dagens frikort for helsetjenester til å omfatte egenandeler for nødvendige tannhelsetjenester. Som en overgangsordning foreslås å opprette et eget frikort for tannhelsetjenester.

Å anslå kostnadene for det offentlige ved å innføre en universell tannhelseordning er vanskelig av flere grunner. For det første mangler gode data for omfanget av private tannhelsetjenester i dag. I tillegg er det grunn til å tro at endringer i tannhelsetjenestene, som foreslått i kapittel 13, vil påvirke både tilbuds- og etterspørselssiden av tannhelsetjenesten, og konsekvensene av dette er vanskelig å vurdere. For likevel å få et inntrykk av kostnadene, har utvalget gjort noen beregninger av hva det ville ha kostet offentlig sektor å innføre hypotetiske egenandeler og egenandelstak i 2023. Utgangspunktet er tannhelsetjenester for voksne som i dag dekker dette selv. En tolkning av resultatene er at beregningene illustrerer hva det ville kostet å innføre endringer uten at de er kjent for aktørene i markedet, det vil si at etterspørsel, tilbud og priser ikke blir påvirket. Endringene vil da være at det offentlige vil ta en større andel av kostnadene for tannbehandling.

Framgangsmåte

Utvalget presenterer noen eksempler med varierende egenandeler og egenandelstak. For å kunne beregne hva dette ville kostet, trengs det et anslag på samlet privat egenbetaling i 2023 og en antakelse om hvordan fordelingen av utgifter ser ut. For eksempel vil det påvirke antall brukere som når et gitt egenandelstak, dersom mange har lave utgifter eller få har svært høye utgifter. Her benyttes resultatene fra Vista Analyseres undersøkelse av befolkningens utgifter til tannbehandling (Holden & Øye, 2023) der et utvalg i aldersgruppen 20–70 år ble spurt om utgiftene til tannbehandling de siste 12 månedene. Tabell 3.1 er hentet fra Vistas rapport og viser fordelingen av respondenter på ulike utgiftsintervaller. Tabellen

viser at vel 53 prosent av respondentene oppgir utgifter til tannbehandling på mellom 750 og 3 000 kroner. 90 prosent oppgir utgifter under 6 000 kroner, og noen har svært høye utgifter.

Et anslag på befolkningens egenbetaling til tannbehandling får vi ved å ta medianverdien i hvert utgiftsintervall multiplisert med estimert antall brukere i samme intervall. Dette summeres for alle de 19 gruppene i tabellen. I Vistas analyse er prosentvis fordeling av respondentene i gruppene oppgitt i den andre kolonnen i tabell 3.1. For å anslå antall brukere i hver gruppe behøves et anslag på samlet antall brukere av tannhelsetjenester, og det antas videre at det er 3,5 millioner brukere som dekker utgiftene ved tannbehandling selv. Dette anslaget er tidligere brukt av Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023), og det er basert på at folketall fratrukket antall med rett til tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven er fire millioner. I tillegg anslås det at en halv million innbyggere ikke oppsøker tannhelsetjenesten, fordi de ikke har behov for det, eller av andre grunner. Dette betyr at 1 prosent i tabell 3.1 antas å utgjøre 35 000 personer.

Anslaget på samlet egenbetaling til tannbehandling ved denne beregningsmåten er 12,4 milliarder kroner. Til sammenlikning er anslaget på husholdningenes egenbetaling i Statistisk sentralbyrås helseregnskap på 15,9 milliarder kroner (Statistisk sentralbyrå). Dette anslaget kommer fra forbruksundersøkelsen der et utvalg på om lag 12 000 personer svarer på husholdningens utgifter til ulike varer og tjenester. Anslaget til Statistisk sentralbyrå er 3,5 milliarder kroner, eller 28 prosent høyere enn det beregnede anslaget basert på resultatene fra Vista Analyse. Forskjellen mellom de to undersøkelsene er at Statistisk sentralbyrå-undersøkelsen har flere respondenter, men den er samtidig en bred undersøkelse av husholdningenes utgifter der tannbehandling utgjør en liten del. Det betyr også at utgiftene inkluderer egenbetaling til tannregulering hos unge, noe som trekker i retning av at anslaget overestimerer

Tabell 3.1 Tannbehandlingsutgifter blant de som har vært hos tannlege/tannpleier. 2023

Utgifter tannbehandling ilt siste 12 måneder	Prosentandel	Kumulativ prosent
0 kr	2,4	2,4
1–250 kr	1,4	3,8
251–500 kr	2,3	6,1
501–750 kr	3,7	9,8
751–1 000 kr	11,2	21,0
1 001–1 500 kr	24,9	45,9
1 501–2 000 kr	14,4	60,3
2 001–3 000 kr	13,7	74,0
3 001–4 000 kr	7,0	81,0
4 001–5 000 kr	4,6	85,6
5 001–6 000 kr	3,6	89,1
6 001–8 000 kr	2,6	91,7
8 001–10 000 kr	2,6	94,3
10 001–15 000 kr	2,8	97,0
15 001–30 000 kr	2,0	99,0
30 001–50 000 kr	0,6	99,6
50 001–75 000 kr	0,3	99,9
75 001–100 000 kr	0,1	99,9
>100 000 kr	0,1	100,0

N=2487 etter at 7 ekstremobservasjoner er ekskludert

Kilde: Holden & Øye, 2023.

samlede utgifter til tannbehandling for de som i dag dekker dette selv. Vistas analyse omhandler kun utgifter til tannbehandling hos den voksne befolkningen i aldersgruppen 20–70 år, men har betydelig færre respondenter. Utvalget har ikke grunnlag for å vurdere hvilket av de to anslagene som er mest troverdig, men tallene som presenteres, er basert på utgiftsanslaget i Vistas analyse, og det kan være noe lavt. Derfor presenteres også tall der fordelingen av utgifter antas å være som i Vistas funn, mens samlede utgifter antas å samsvare med anslaget til Statistisk sentralbyrå.

Kostnadsberegninger

Vi starter med å anslå hva det ville kostet offentlig sektor å innføre et tak på egenbetaling i 2023. For enkelhets skyld antas 100 prosent egenbetaling opp til taket og ingen egenbetaling over taket. Det

betyr at ved et årlig tak på 3 000 kroner betales markedsprisen for behandling som koster 3 000 kroner eller mindre. For behandling som koster mer enn 3 000 kroner, betaler mottaker av tannbehandling en egenbetaling på 3 000 kroner, mens det offentlige dekker det overskytende. I tabell 3.2 er merkostnaden for offentlig sektor beregnet for egenandelstak fra 3 000 til 6 000 kroner. Den andre kolonnen i tabellen viser hvor stor andel av innbyggerne som ville hatt utgifter over de ulike egenandelstakene, og dermed mottatt offentlig støtte. Den tredje kolonnen viser offentlig sektors utgifter ved å refundere utgifter over taket, mens den fjerde kolonnen viser hvor stor andel av privat egenbetaling i 2023 som ville bli dekket av offentlig sektor, ved en innføring av egenandelstak. Den siste kolonnen tar høyde for at anslaget på samlet egenbetaling er som anslaget til Statistisk sentralbyrå, det vil si 28 prosent høyere.

Tabell 3.2 Offentlige utgifter ved statlig egenandelstak. Mrd. kroner. 2024

Egenandelstak beløp i kroner	Andel personer som når taket, %	Offentlige utgifter per år (mrd. kr.)	% av samlede utgifter	Offentlige utgifter, gitt egenbetaling er 15,9 mrd.
3 000	26	6 mrd.	48,5	7,7 mrd.
4 000	19	5,2	42	6,7
5 000	14,4	4,6	37	5,9
6 000	10,9	4,2	34	5,4

Ved det laveste egenandelstaket på 3 000 kroner ville 26 prosent av innbyggerne hatt utgifter over taket og dermed mottatt offentlig støtte. I kroner anslås denne støtten til å utgjøre 6 milliarder eller vel 48 prosent av samlet privat egenbetaling i 2023. Å doble egenandelstaket til 6 000 kroner vil redusere kostnadene for offentlig sektor med 1,8 milliarder kroner, men fortsatt vil kostnaden per år være over 4 milliarder kroner. Grunnen er at de 11 prosent av innbyggerne som når dette taket, oppgir at de har svært høye utgifter til tannbehandling. Oppsummert viser beregningene at kostnadene for offentlig sektor ved et egenandelstak som definert her, vil ligge mellom 4 og 8 milliarder kroner.

I tabell 3.3 har utvalget anslått statens utgifter ved en modell for tannbehandling som likner primærhelsetjenesten, der det er en egenandel for behandling samt et tak for egenbetalingen. Egenbetaling antas å variere med utgiften ved behandling, og vi har sett på to situasjoner der det antas 25 eller 50 prosent egenandel for tannbehandling. I tillegg kombineres dette med tak på egenbetaling der det antas at staten dekker 100 prosent av behandlingsutgiftene over taket. Ved 25 prosent egenbetaling og et tak på 3 000 kroner, betyr dette at staten vil dekke 75 prosent av kostnaden ved behandling opp til 12 000 kroner, og markedspris minus 3 000 kroner for behandling som koster mer enn 12 000 kroner. Det er tatt

utgangspunkt i et egenbetalingsvolum på 12,4 mrd. 2024-kroner.

Som i tabell 3.2 presenteres anslag på kostnader for offentlig sektor i kroner samt hva de utgjør i prosent av anslått samlet privat egenbetaling i 2023. Tallene viser at offentlig sektors kostnader i hovedsak avhenger av størrelsen på privat egenbetaling. Med en egenbetaling på 25 prosent, anslås kostnaden for det offentlige å være mellom 9 og 10 milliarder kroner, avhengig av om det settes et tak på egenbetalingen eller ikke. Få vil imidlertid nå egenandelstaket, og størrelsen på dette har derfor mindre betydning. Med 50 prosent privat egenandel faller naturlig nok kostnadene for det offentlige, og flere vil nå egenandels-takene på 3 000 og 5 000 kroner som er antatt her. I kroner anslås denne modellen å koste det offentlige mellom fra 6,2 og 8,3 milliarder kroner mer per år enn dagens organisering.

Oppsummert

En utvidelse av det offentliges ansvar for tannbehandling vil rimeligvis medføre økte kostnader. I tankeeksperimentet med innføring av redusert egenbetaling og tak på denne ex post for 2023, anslås denne merkostnaden til å være mellom 4,2 og 9,9 milliarder kroner. Med anslaget på samlet privat egenbetaling fra Statistisk sentralbyrå vil tilsvarende variasjon være fra 5,4 til 12,7 milliarder

Tabell 3.3 Offentlige utgifter ved statlig egenandelstak kombinert med 25 pst. eller 50 pst. egenbetaling på all tannbehandling før taket nås. Mrd. kroner. 2024.

Egenandelstak beløp i kroner	Offentlige utgifter (mrd. kr) med egenbetaling 25 %	% av samlede utgifter	Offentlige utgifter (mrd. kr) med egenbetaling 50 %	% av samlede utgifter
Ingen	9,3	75	6,2	50
3 000	9,9	80	8,3	67
5 000	9,7	78	7,7	62

kroner. Det må understrekes at anslaget bygger på sterke forutsetninger. Blant annet må det forventes at økt statlig støtte til tannbehandling vil påvirke tilbuds- og etterspørselssiden og markedspriser. For eksempel oppgir halvparten av de med et udekket behov for tannhelsetjenester at økonomi er årsaken, og økt offentlig støtte vil sannsynligvis redusere denne andelen og dermed øke antall brukere. Dette trekker i retning av at kostnadene for staten er underestimert her. Samtidig ligger det i forslag 1 at offentlig

støtte kun gis til nødvendig tannhelsehjelp, mens tallene for 2023 som danner grunnlaget for beregningene her, omfatter all tannbehandling. Dette betyr at en del av utgiftene som er oppgitt i undersøkelsen fra 2023, inkluderer behandling som vil falle utenfor definisjonen av nødvendig tannhelsehjelp, for eksempel kosmetisk behandling. Dette trekker i retning av at kostnaden vil være lavere enn anslått her. I sum er det vanskelig å si hvordan disse endringene vil påvirke kostnadene.

Vedlegg 4

Samarbeidsavtale mellom offentlig tannhelsetjeneste og kommune

Tannhelsetjenesten har samarbeidsavtaler med den enkelte kommune i sitt fylke, og har møter med kommuneledelsen om oppfølging. Nedenfor gis et eksempel hentet fra Buskerud fylkeskommune:

«Informasjon om samarbeid mellom kommunen og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Xxx Tannhelse ønsker å møte ledere i kommunen for å diskutere hvordan vi samarbeider om de lovpålagte oppgavene.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har et lovpålagt ansvar for at fylkets ca.xxxxx innbyggere har tilgjengelige tannhelsetjenester. I tillegg skal tannhelsetjenesten organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig, oppsøkende tilbud til:

- Barn og unge 0–18 år
- Psykisk utviklingshemmede
- Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og med sykepleie i hjemmet
- Ungdom 19–20 år (betaler 25 % av fastsatte takster)

Staten har også bevilget midler for at personer som er under kommunal rusomsorg, har legemiddelassistert rehabilitering eller er i fengsel kan få dekket utgifter til nødvendig tannbehandling.

I tillegg har fylkestinget i xxxxx vedtatt at hvis du har en spesiell sykdom, eller har pleiebehov tilsvarende de som har sykepleie i hjemmet, kan få tilbud om undersøkelse, veiledning og tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenesten i xxxxx samarbeider med xx kommuner for at befolkningen skal få en best mulig helse- og tannhelse og bidra til å utjevne helseforskjeller. Vi er avhengig av et godt og forpliktende samarbeid i kommunene for å samordne helsebudskap, informere om rettigheter, samt å gi opplæring og veiledning.

I xxxxx kommune har vi samarbeid med:

Gruppe	Samarbeidspartner	Fast samarbeid	Ad hoc samarbeid
a	Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	Årlige samarbeidsmøter	
	Barneverntjenesten	Årlige samarbeidsmøter	
	xxxx skole, 3. klasse		Tannhelseundervisning
b	Psykisk utviklingshemmede	Årlige samarbeidsmøter	
c1	xxxx helsetun	Samarbeidsmøter 2 ganger årlig	
c2	Hjemmesykepleien	Samarbeidsmøter 2 ganger årlig	
e	Psykisk helse og rus	Samarbeidsmøter 2 ganger årlig	
Annet	Kommunemøte	Årlige møter	
	Voksenopplæringen	Undervisning årlig	
	Fastleger på xxxx		Informasjon om rettigheter
	Krisesenteret		Akutt tannbehandling

Til vårt samarbeidsmøte ønsker vi tilbakemelding på hvordan ledelsen i kommunen og samarbeidspartnerne opplever at samarbeidet med tannhelsetjenesten fungerer:

Får de ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste nok informasjon, veiledning og opplæring for at brukere og beboere skal kunne opprettholde en akseptabel tann- og munnhelse?

Er det greit å få timeavtale på tannklinikken for brukere og beboere ved behov for tannbehandling?

Har ansatte i kommunen tilstrekkelig kunnskap om hvilke brukere som har lovfestet rettighet til tannhelsetjenester?

Samhandler vi på de rette arenaene for å bidra til å utjevne ulikhet i helse?

Er tannhelsesresultater for barn og unge, tobakksregistrering på ungdom og kartlegging av munnhygiene på institusjoner nyttig dokumentasjon for kommunen?

Vi håper dere vil se nærmere på disse spørsmålene før vi møtes. Fra tannhelsetjenesten møter klinikkleder og ledende tannpleier

Med vennlig hilsen
Xx»

Kilde: Buskerud fylkeskommune

Vedlegg 5

Kommentarer til brev fra leder av Tannhelseutvalget til Helse- og omsorgsdepartementet om utfordringer med å fremskaffe statistikk fra den private tannhelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet v/Statssekretær Ellen Rønning Arnesen, 28. mai 2024

Det vises til brev av 21. mars d.å. fra leder av Tannhelseutvalget Evy-Anni Arnesen til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ved statssekretær Ellen Rønning-Arnesen. Den norske tannlegeforening (NTF) har ikke mottatt informasjon om eller gjenpart av brevet verken fra utvalgsleder eller fra HOD, noe vi mener er kritikkverdig innholdet tatt i betraktning. Vi har imidlertid fått tilsendt en kopi av brevet som svar på vår innsynsbegjæring etter at det ble registrert i HODs postjournal. Vi ønsker med dette å adressere noen av de påstandene som fremkommer i brevet.

NTF har gjennom flere år bedt om en helhetlig utredning om organisering og finansiering av tannhelsetjenesten i Norge. Vi var derfor svært fornøyde da regjeringen i august 2022 nedsatte et eget utvalg for å utrede hele tannhelsefeltet. Til dette arbeidet har NTF hele tiden ment at det er stort behov for å fremskaffe data om tannhelse og tannhelsetjenesten, fra både privat og offentlig sektor. Foreningen har ønsket å bidra, og har også bidratt, til dette formålet på ulike områder og innenfor gjeldende lovverk. Vi tar derfor avstand fra det inntrykket som vi oppfatter at brevet fra Tannhelseutvalgets leder søker å etterlate, nemlig at NTF har motarbeidet både utvalgets og helsemyndighetenes forsøk på å få til slik informasjonsinnhenting.

Vedrørende Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

NTF anbefalte tidlig at det burde opprettes et eget tannhelseregister med hjemmel i helseregisterloven for å kunne fremskaffe statistikk om tannhelse fra både privat og offentlig sektor. Dette ble grundig utdypet og begrunnet i vårt svar på høring om utvidelse av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) allerede i 2021. Ved å opp-

rette et eget register med hjemmel i lov ville man sikre at demokratiske prosesser ville bli ivaretatt ved at Stortinget faktisk hadde fått ta stilling til om det skulle opprettes enda et helseregister. Det ble den gang stilt spørsmål fra både Advokatforeningen, Datatilsynet og NTF ved lovligheten av å pålegge den helprivate delen av tannhelsetjenesten en plikt til å levere sensitive personopplysninger uten reservasjonsrett til et register som skal inneholde data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter NTFs syn var forslaget til endringer svært mangelfullt utredet.

NTF har i etterkant av høringen dette vært i løpende dialog med myndighetene og også bidratt i deres arbeid med tannhelsetjenesten og KPR, på tross av våre innsigelser til hvordan dette har vært håndtert. Dette har vi gjort nettopp fordi vi er opp-tatt av at det skal kunne hentes inn gode data i fremtiden, også fra tannhelsetjenesten, og da helst i et eget tannhelseregister.

NTF ble høsten 2023 gjort kjent med at de tre største tannlegekjedene i Norge var blitt pålagt å melde inn sine pasienters helseopplysninger til KPR som et engangsuttrekk som Helsedirektoratet skulle foreta, slik at Tannhelseutvalget skulle få en oversikt over kjedenes mest utførte behandlinger og finansieringen av disse. NTF mente, og mener fortsatt, at dette uttrekket ikke har noe med KPR å gjøre. Uttrekket skulle være et engangsuttrekk som det etter NTFs oppfatning ikke er hjemmel for i KPR-forskriften. Helsedirektoratet fortalte også i møter med NTF og representanter fra tannlegekjedene at dataene og analyser at disse skulle håndteres av Helsedirektoratet selv, og at dataene skulle slettes etter bruk. Det vil si at det ikke ville være mulig å ettergå de analyser som ble gjort. Helsedirektoratet tilbød seg også å betale for dette engangsuttrekket. Alt dette viser med tydelighet at dette uttrekket ikke hadde

noe med KPR å gjøre. I denne prosessen har vi derfor bistått våre medlemmer i kjedene med å søke å få en avklaring fra Datatilsynet om de lovlig kunne utlevere sine pasienters journalopplysninger til Helsedirektoratet. Et slikt pålegg ville på sikt kunne komme til å omfatte alle NTFs privatpraktiserende medlemmer og gripe inn i deres pasienters rett til personvern og det er derfor avgjørende at hjemmelsgrunnlaget er korrekt.

Selv om utvalget hadde hatt tilgang til denne oversikten over et begrenset antall tannlegers utførte behandlinger og finansieringen av disse, må det legges til grunn at det uansett ikke hadde vært mulig å lage noen fullstendig oversikt over de administrative og økonomiske konsekvensene av forslagene som det må forventes at utvalget vil drøfte. Dette fordi uttrekket ville ha vært hentet fra en del av tjenesten som hovedsakelig har virksomheter i sentrale strøk og derfor ikke gjenspeiler hele den private tannhelsetjenesten.

Det er dessuten svært uklart hvilke data man ville fått ut i et slikt engangsuttrekk og antagelig svært begrenset hvilke analyser man kunne utført, fordi det mangler et godt kodeverk i tannhelsetjenesten som kan benyttes til datainnhenting. Dette jobbes det nå med i Helsedirektoratet, nettopp for å berede grunnen for å kunne hente inn data fra tannhelsetjenesten til KPR.

Vedrørende utvalgsundersøkelse på oppdrag fra Tannhelseutvalget

Representanter fra konsulentselskapet Vista Analyse (VA) var i kontakt med NTF i forkant av at de leverte tilbudet på oppdraget med å gjennomføre utvalgsundersøkelsen om private tannhelsetjenester for Tannhelseutvalget. Formålet var å høre om de kunne få tilgang til kontaktinformasjon til foreningens medlemmer dersom de skulle få dette oppdraget. Vi var tydelige på dette ikke var mulig, også skriftlig i en e-post i etterkant av møtet, fordi det å dele opplysninger om våre medlemmer med en tredjepart ville ha vært et lovbrudd etter personvernforordningen artikkel 9 nr. 1. Til tross for at NTF ikke mottok noen form for kompensasjon fra VA, valgte vi likevel å gi VA betydelig bistand underveis, dels gjennom å bidra med kvalitetssikring og testing av spørreundersøkelsen, dels ved å informere og oppfordre våre medlemmer til å besvare undersøkelsen og dels ved å delta i prosjektets referansegruppe.

Da VA fikk problemer med lav oppslutning og rettet ny forespørsel til NTF om å sende ut undersøkelsen til medlemmene, var vår begrunnelse for å opprettholde avslaget fortsatt forholdet til per-

sonvernreglene, men nå også til konkurranselovgevingen. Dette ble tydelig formidlet til VA i e-post av 25. april 2023:

Ad personvern

NTF tar personvernet for våre medlemmer på største alvor. Vi kan ikke sende ut e-post til medlemmene på andres vegne. Som fagforening har vi bare rett til å behandle personopplysninger om medlemmer – dvs de opplysningene som er registrert i vårt medlemsregister – i nødvendig omfang, for egne, berettigede aktiviteter. Å behandle de samme opplysningene på vegne av andre faller utenfor dette formålet.

Ad innsamling av prisopplysninger

Siden undersøkelsen går ut på å samle inn opplysninger om pris, er konkurranselovgevingen til hinder for at NTF skal kunne bidra aktivt med å gi medlemmene tilgang til spørreundersøkelsen. NTF ville stå i fare for å bli identifisert med avsender av undersøkelsen på konkurranserettslig grunnlag. Vi må også av denne grunn avstå fra å formidle undersøkelsen direkte til medlemmene. Den eneste muligheten vi ser til å kunne bidra noe mer enn nøytral informasjon, vil være dersom Vista Analyse kan fremlegge dokumentasjon fra Konkurransetilsynet på at de godkjenner at NTF tar en mer aktiv rolle i distribusjonen av prisundersøkelsen.

VA ble altså oppfordret til å selv å avklare denne problemstillingen med Konkurransetilsynet. NTF mottok ingen tilbakemelding fra VA på dette.

Det er vanskelig å forså kritikken mot at NTF i samme tidsperiode bidro noe mer aktivt i forbindelse med en annen undersøkelse, som gjaldt evaluering av tannhelsetjenestens kompetansesentre. Denne undersøkelsen inneholdt ingen konkurransemessige problemstillinger. Undersøkelsen ble ikke sendt ut til NTFs medlemmer, men lenke ble gjort tilgjengelig på foreningens nettsted. For øvrig var informasjonsopplegget rundt det samme som for VA-undersøkelsen.

Oppsummering

NTF ønsker mer data om tannhelsetjenesten, både fra privat og offentlig sektor. Dette må etter vårt syn gjøres i form av et eget tannhelseregister vedtatt av Stortinget, hvor de nødvendige vurderinger av hvilke data som skal samles inn, hvorfor, tilgangsstyring og omfanget av pasientenes reser-

vasjonsrett er gjort i forkant. Som fagforening kan NTF verken dele opplysninger om medlemmene med tredjeparter eller undersøke forhold blant egne medlemmer som kan ha pris- eller annen konkurransenormerende virkning.

NTF mener det er kritikkverdig at Tannhelseutvalgets leder velger å oversende sitt brev til Helse- og omsorgsdepartementet uten at NTF blir varslet eller gitt anledning til å imøtegå de påstandene som fremsettes. Det er uklart for oss hvorvidt hele eller deler av brevet tenkes inkludert i utvalgets rapport, noe vi uansett vil anse som både upassende og lite konstruktivt. Om så likevel mot

formodning skulle skje, må vi insistere på at vårt tilsvaret får tilsvarende plass og oppmerksomhet.

Vi møter gjerne statssekretæren for videre drøfting av utfordringene som knytter seg til innhenting av data fra den helprivate delen av tannhelsetjenesten.

Med vennlig hilsen
Den norske tannlegeforening

Morten Harry Rolstad
Generalsekretær

Norges offentlige utredninger

2023

Arbeids- og inkluderingsdepartementet:

NOU 2023: 11 Raskt og riktig
NOU 2023: 12 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2023

Barne- og familiedepartementet:

NOU 2023: 7 Trygg barndom, sikker fremtid
NOU 2023: 24 Med barnet hele veien

Finansdepartementet:

NOU 2023: 6 Finanstilsynet i en ny tid – ny lov om
Finanstilsynet
NOU 2023: 15 Bærekraftsrapportering
NOU 2023: 30 Utfordringer for lønnsdannelsen
og norsk økonomi

Forsvarsdepartementet:

NOU 2023: 14 Forsvarskommissjonen av 2021

Helse- og omsorgsdepartementet:

NOU 2023: 2 Fremtidens apotek – fleksibelt og
forsvarlig
NOU 2023: 4 Tid for handling
NOU 2023: 5 Den store forskjellen
NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus
NOU 2023: 29 Abort i Norge

Justis- og beredskapsdepartementet:

NOU 2023: 17 Nå er det alvor

Klima- og miljødepartementet:

NOU 2023: 18 Genteknologi i en bærekraftig fremtid
NOU 2023: 25 Omstilling til lavutslipp

Kommunal- og distriktsdepartementet:

NOU 2023: 9 Generalistkommunesystemet
NOU 2023: 21 Embetsordningen – i takt med tiden

Kultur- og likestillingsdepartementet:

NOU 2023: 13 På høy tid
NOU 2023: 20 Tegnspråk for livet

Kunnskapsdepartementet:

NOU 2023: 1 Kvalitetsvurdering og kvalitetsutvikling
i skolen
NOU 2023: 19 Læring, hvor ble det av deg i alt
mylderet?
NOU 2023: 27 Et nytt system for kvalitetsutvikling

Nærings- og fiskeridepartementet:

NOU 2023: 10 Leve og oppleve
NOU 2023: 23 Helhetlig forvaltning av
akvakultur for bærekraftig verdiskaping
NOU 2023: 26 Ny lov om offentlige anskaffelser
– Første delutredning
NOU 2023: 28 Investeringskontroll

Olje- og energidepartementet:

NOU 2023: 3 Mer av alt – raskere

Samferdselsdepartementet:

NOU 2023: 22 På vei mot en bedre regulert
drosjenæring

Statsministerens kontor:

NOU 2023: 16 Evaluering av pandemihåndteringen

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslags- og delillustrasjoner:
Melkeveien designkontor AS

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 09/2024