

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

Bakgrunn

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

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

Vurderinger som blant annet må gjøres er:

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

Helsedirektoratets prosess for utredning og vurdering av personell- og kompetansebehov¹:

Utgangspunkt

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

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

Nei, ikke med dagens tilgjengelige tannhelsepersonell i offentlig tannhelsetjeneste.

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

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

tannhelsetjeneste grunnet dagens organisering og finansiering av tannhelsetjenester i Norge.

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

Tabell 1: Tannhelsepersonell Avtalte årsverk i pasient- og brukerrettet tjeneste²

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

*Tallet viser autoriserte tannhelsesekretærer.

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

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

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

Nødvendig tannhelsehjelp

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

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

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

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

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

har inngått avtaler med private tannleger.

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

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

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

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

Nødvendig tannregulering

Per. 31.12.2024 var det totalt 190 avtalte årsverk for spesialister i kjeveortopedi som jobbet pasient- og brukerrettet (14 i offentlig og 176 i privat sektor). Tabell⁶.

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

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

2. Hvis nei, finnes kompenserende tiltak for å unngå økt personellbehov?

3. Hvis nei, hva vil konsekvensene være?

Nødvendig tannhelsehjelp

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

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

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

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

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

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

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

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

Et eksempel er Trøndelag fylkeskommune som har inngått avtaler med de fleste private tannklinikker for pasienter 25-28 år⁷:

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

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

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

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

Nødvendig tannregulering

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

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

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

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

⁷ [Dine rettigheter - Trøndelag fylkeskommune](#)

Forskrift om stønad til dekning til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom §3 Tannlegens eller tannpleierens kompetanse, som sier at behandlingen må utføres av kjeveortoped eller av tannlege under spesialistutdanning i kjeveortopedi⁸.

b) Masterutdanningen for tannleger har mindre omfang av undervisning i kjeveortopedi og andre kunnskaps- og ferdighetsmål i dette faget enn tidligere. Eksempelvis forholder studieplanen seg til følgende ved UiO⁹, som også samsvarer med beskrivelse av læringsutbytte i emnet kjeveortopedi ved UiB¹⁰:

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

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

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

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

Prioritering

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

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

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

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

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

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

¹⁰ [Kjeveortopedi | UiB](#)

[tannhelseteneste 2024-2036.](#)

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

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

Nødvendig tannhelsehjelp

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

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

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

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

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

Nødvendig tannregulering

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

Helsedirektoratet har tidligere blant annet vist til at:

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

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

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

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