



Kjeveortopedi – kriterier for stønadsberettiget behandling

FILT – Avdeling Legemiddel- og tannhelserefusjon

Publikasjonens tittel: **Kjeveortopedi – kriterier for stønadsberettiget behandling**

Utgitt: Juli/2017

Bestillingsnummer: IS-2653
Rapporten er unntatt offentlighet

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: FILT – Avdeling Legemiddel- og tannhelsefusjon
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2653

FORORD

Kjeveortopedi er den del av odontologien som omfatter diagnostikk og behandling av bitt- og tannstillingsanomalier, samt kunnskap om anomaliens årsaker, konsekvenser og forebygging.

Faget er forankret i kunnskap om kraniofacial vekst og utvikling.

Internasjonalt brukes ordet ortodonti, der "orto" (gresk) betyr rett og "odus" (gresk) betyr tenner.

Kjeveortopedi - tannregulering - innebærer at behandler ved hjelp av fastsittende og/eller avtakbar kjeveortopedisk apparatur påvirker kjevne og deres tilvekst, samt forflytter tennene med avvikende posisjon slik at tennenes stilling bedre harmoniserer med det "ideelle" eller "normale" bittet.

Helsedirektoratet har i flere rapporter kommet med forslag til endring av dagens stønadssystem fra folketrygden for kjevortoopedisk behandling.

I denne rapporten foretas det en vurdering av dagens regelverk basert på gjeldende prioriteringskriterier, det foretas vurdering av hvilke brukere som skal motta stønad til kjeveortopedisk behandling. For å foreta denne vurderingene har vi foretatt en sammeligning av de ulike systemene for kjeveortopedisk behandling som utføres med offentlig stønad i Norden.

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
INNLEDNING	5
SAMMENDRAG	6
1. KJEVEORTOPEDI	7
1.1 Kjeveortopedi i Norden	7
1.1.1 Generelt	7
1.1.2 Norge	8
1.1.3 Danmark	8
1.1.4 Finland	11
1.1.5 Sverige	13
1.1.6 Oppsummert – kjeveortopedisk behandling i Norden	14
2. BEHANDLINGSBEHOVSKRITERIER – KJEVEORTOPEDI	16
2.1 Prioriteringskriterier	16
2.1.1 Prioriteringer i helsevesenet	16
2.1.2 Prioritering kjeveortopedisk behandling	17
2.2 Indekser for kategorisering av bittavvik og prioritering av behandlingsbehov	18
2.2.1 Omfang kjeveortopedisk behandling - Norge	19
2.2.2 Sammenligning norsk behandlingsbehovindeks kjeveortopedi med øvrige nordiske indekser	21

INNHold

2.2.3	Oppsummering – sammenligning behandlingsbehovindekser Norden	29
3.	DISKUSJON	31
4.	FORSLAG	34
5.	KILDER	35
6.	VEDLEGG	38
6.1	Prioriteringsindekser – behandlingsbehov kjeveortopedi	38
6.1.1	Sverige	38
6.1.2	Danmark	45
6.1.3	Norge	56
6.1.4	Internasjonalt	58

INNLEDNING

Helsedirektoratet har i tidligere rapporter anbefalt at det foretas en vurdering av dagens regelverk angående hvilke brukere som skal motta kjeveortopedisk behandling, samt finansiering av området.

I brev 11.05.2017 (ref.nr. 17/12056) til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) anbefaler Helsedirektoratet at en fjerner ordningen med utvidet refusjon for etterfølgende søsken ved tannregulering som omfattes av bestemmelsene inntatt i HODs rundskriv I-4/2016, stønadsgruppe punkt 8 b og c, bittanomalier. Helsedirektoratets vurdering er at denne ordningen neppe er treffsikker i forhold til hele den tiltenkte målgruppen av flerbarnsfamilier. Dette kan etter vår mening føre til en skjevfordeling av finansieringsordningen og støtter ikke opp om målsettingen om likeverdige helsetjenester.

I denne rapporten, som må ses på som en oppfølging av forslagene i rapporten Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomalier (IS 2280), foretas det en vurdering av de kriterier som legges grunn for at behandlingen av et bittavvik skal være berettiget til stønad fra folketrygden.

I rapporten IS-2280 anbefaler Helsedirektoratet at man foretar en vurdering av dagens regelverk basert på gjeldende prioriteringskriterier, og vurderer hvilke brukere som skal motta stønad til kjeveortopedisk behandling. Denne vurderingen mener Helsedirektoratet må gjøres uavhengig av om man aksepterer de øvrige anbefalingene i rapporten.

På denne bakgrunn har Helsedirektoratet fått i oppdrag av HOD å gjennomføre en sammeligning av kriteriene for kjeveortopedisk behandling som gir rett til offentlig stønad i de ulike nordiske land opp mot hva som gjelder i Norge.

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet har i tidligere rapporter fremmet en rekke forslag til endringer i det regelverk som regulerer folketrygdens stønad til kjeveortopedisk behandling.

I oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet foretatt en sammenligning av behandlingssystemet og prioritering av kjeveortopedisk behandling med offentlig stønad, når det gjelder barn og ungdom i Norden.

På bakgrunn av en vurdering av de ulike systemene for kjeveortopedisk behandling i Norden har vi så foretatt en gjennomgang av gjeldende prioriteringskriterier for kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden. Vi kunne dermed foreta en vurdering av hvilke bittavvik blant barn og ungdom som skal motta stønad fra folketrygden til kjeveortopedisk behandling.

Sammenligningen av systemene for kjeveortopedisk behandling mellom de nordiske land har vært vanskelig og tidkrevende, fordi en har ulike systemer. Kulturelle og behandlingmessige tradisjoner varierer betydelig mellom landene.

Norge er det eneste landet i Norden der kjeveortopedi ikke finansieres av den offentlige tannhelsetjenesten og der behandlingen i hovedsak skjer som et separat forløp i privat spesialisttjeneste.

Ved å legge aksepterte prioriteringskriterier i helsetjenesten og våre funn fra gjennomgangen av behandlingssystemene til grunn, så foreslår vi at bittavvik i stønadsgruppe C ikke lengre skal omfattes av folketrygdens regelverk. Ved å justere på kriteriet for bittavvik kategorisert som C 6 (trangstilling i fronten), så flyttes dette opp i stønadsgruppe B.

Dette vil harmonisere prioriteringen i det norske regelverket med hva som er gjeldende i de øvrige nordiske land. Dette tyder på at en i øvrige nordiske land oppfatter denne type bittavvik som lite alvorlige.

En kan dermed unngå spesialistbehandling av mindre bittavvik, der ressursbruken neppe står i forhold til nytten av behandlingen.

1. KJEVEORTOPEDI

Norge, Danmark, Finland og Sverige

1.1 Kjeveortopedi i Norden

1.1.1 Generelt

Kjeveortopedisk behandling er ulikt organisert og finansiert i de nordiske landene, og fordelingen av arbeidsoppgaver mellom spesialist i kjeveortopedi, allmenntannleger og annet tannhelsepersonell varierer også¹. I de fleste europeiske land opptar kjeveortopedi en beskjeden del av grunnutdanningen av tannleger.

I denne gjennomgangen definerer vi Norden som landene Danmark, Finland, Norge og Sverige. Vi vil kun se på kjeveortopedisk behandling som det gis offentlig stønad til blant barn og ungdom.

På Island har en ikke en offentlig tannhelsetjeneste, og islandske tannleger er privatpraktiserende tjenesteytere der barn og ungdom får sin behandling finansiert gjennom offentlig sykeforsikring (Sjúkratryggingar Islands), også kjeveortopedi².

Færøyene og Grønland bruker samme system som Danmark, mens Åland benytter det finske systemet.

En sammenligning av omfanget av kjeveortopedisk behandling mellom de nordiske land er vanskelig, fordi en har svært ulike systemer. Måten en organiserer leveranse av tjenestene på, finansiering (privat eller offentlig) og innflytelse av kulturelle og behandlingsmessige tradisjoner varierer vesentlig mellom landene. Hovedproblemet i sammenligningene³ mellom landene, er derfor at det er ulike måter å beregne omfanget av hva som inngår i den kjeveortopediske

¹ A Stenvik; TE. Torbjørnsen Hvem gjør hva innenfor ortodontien? Nor Tannlegeforen Tid 2007; 117: 6–9

² <http://www.sjukra.is/heilbrigdisthjonusta/tannlaekningar/>

³ Department of Public Health Dentistry; University of Turku; Pietilä I: Delivery, outcome, and costs of orthodontic care in Finnish health centres,

behandlingen. Selv om f.eks. Finland og Sverige har en forholdsvis lik organisering av tjenester, så varierer den nasjonale tradisjonen for måling av omfanget av kjeveortopediske tjenester betydelig. I tillegg er regionale variasjoner internt i landene også høy i begge land, sannsynligvis høyere i Finland enn i Sverige, noe som medfører en ytterligere utfordring i å sammenligne omfanget av kjeveortopedisk behandling i de nordiske landene.

1.1.2 Norge

Når det gjelder barn og ungdom har kjeveortopedi i Norge utviklet seg siden 1950–60-tallet som en privat tjeneste utenfor den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), mens kjeveortopedi i de andre nordiske landene er en integrert del av det offentlige tannhelsetilbudet.

I Norge har derfor kjeveortopedisk behandling av barn vært den eneste tannbehandling av barn finansiert gjennom en kombinasjon av egenandeler og trygderefusjon, og der egenandelene kan bli betydelige. Både lov⁴ og forskrift⁵ hjemler for at når det gjelder kjeveortopedisk behandling og utgifter til kjeveortopedisk apparatur m.v. kan den offentlige tannhelsetjenesten kreve vederlag av barn og ungdom, som ellers vil ha rett på vederlagsfrie tannhelsetjenester. I de øvrige nordiske land vil kjeveortopedisk behandling som oppfattes som alvorlig ut fra landets behandlingsbehov indeks få vederlagsfri kjeveortopedisk behandling, uten egenandel.

Forskjellene i organisering kan være mulig årsak til at Norge skiller seg ut, både i Norden og i Europa for øvrig, ved at allmennpraktikere kun i ubetydelig grad utfører klinisk ortodontisk behandling. Det har vært enklere og mer naturlig for spesialister ansatt i samme offentlige tannhelsetjeneste å delegere behandling til allmenntannleger i samme organisasjon, enn det har vært for norske private spesialister å delegere til offentlig ansatte tannleger.

Som eneste nordiske land har vi imidlertid god oversikt over hva det offentlige bruker av penger i stønad til kjeveortopedisk behandling, og i 2016 ble det utbetalt ca. 620 millioner kr. i stønad til kjeveortopedisk behandling fra folketrygden.

I 2016 var det i alt 225 spesialister i kjeveortopedi som var registrert med refusjonskrav⁶. Av disse var 30 offentlig ansatt (fylkeskommunalt) og 202 privatpraktiserende. Det at summen er høyere enn 225 betyr at en del både privat og offentlig praksis.

1.1.3 Danmark

I Danmark består tannhelsetjenesten av en offentlig og en privat sektor.

⁴ Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 2-2; <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

⁵ Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten § 5; <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1984-05-24-1268>

⁶ KUHR – innmeldte spesialister som har sendt inn refusjonskrav

Den offentlige tannhelsetjenesten (kommunalt forankret - *den kommunale tannpleje*) tilbyr gratis tannbehandling til barn og ungdom under 18 år (0-17år), inkludert tannregulering. Tilbudet ytes enten gjennom offentlig ansatt tannhelsepersonell på kommunale tannklinikker eller av private aktører med kommunal avtale.

Ungdom i alderen 16-17 år kan fritt velge enten offentlig eller privat tannlege. De som velger å gå til privat tannlege kan måtte betale en mindre egenandel.

I tillegg har den kommunale tannpleien også ansvar for "omsorgstandplejen", som tilbyr tannbehandling til personer som pga. nedsatt førlighet eller vidtgående fysisk og/eller psykisk handicap har problemer med å benytte privat tannlege.

Den kommunale tannpleien finansieres gjennom de kommunale skattene, og i 2013 var utgiftene til denne tjenesten ca. 2.2 milliarder danske kroner⁷.

Kjeveortopedi (da.: ortodonti) er en av de to godkjente tannlegespesialiteter i Danmark, og ble godkjent spesialitet i 1978⁸. Foreningen af Specialtandlæger i Ortodonti (FSO) organiserer 99 prosent av de ca. 185 godkjente kjeveortopedene som arbeider i Danmark⁹. Ca. 125 kjeveortopedier arbeider i den kommunale tannpleien med behandling av barn og unge, mens ca. 35 arbeider i privat praksis med behandling av barn, unge og voksne. Resten arbeider på de odontologiske fakultetene eller sykehus.

Omfanget av kjeveortopedisk behandling i den kommunale tannpleien, reguleres i Danmark lovmessig¹⁰. Her påpekes det at:

§ 2. Børne- og ungdomstandplejen skal omfatte:

- 1) Almen forebyggelse, herunder opplysningsvirksomhet m.v.
- 2) Undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionens udvikling og sundhedstilstand.
- 3) Individuel forebyggelse, herunder oplysning af den enkelte samt forældre.
- 4) Behandling af anomalier, læsioner og sygdomme i tand-, mund- og kæberegionen og tandregulering i overensstemmelse med de i bilag 1 til bekendtgørelsen angivne regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer.

Mer utdypende regelverk for kjeveortopedisk behandling er så tatt inn *Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012; Bilag 1*

Målsettingen for kjeveortopedisk behandling er¹¹:

⁷ Council of European Dentists: EU Manual of Dental Practice 2015 Edition 5.1

⁸ EFOSA (European Federation of Orthodontic Specialists Associations) - European Orthodontic Guide; June 2013

⁹ <http://fsonet.dk/>

¹⁰ Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012

¹¹ Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012; Bilag 1: Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer

Målet for børne- og ungdomstandplejens ortodontiske service er at forebygge og behandle de tannstillingsfeil, der indebærer forutsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/ eller psykososiale belastninger.

Regelverket i Danmark forutsetter at det skal foretas en individuell vurdering av om vedkommendes tannstillingsfeil innebærer en forutsigbar eller eksisterende risiko for fysiske skader og /eller psykososiale belastninger dersom tannstillingsfeilen ikke behandles. Som en hjelp for å ha en viss grad av ensartet vurdering, har helsemyndighetene satt opp en liste over tannstillingsfeil¹² som bør vurderes av kjeveortoped for evt. behandling (se vedlegg 3; Danmark)

En har også i regelverket bestemmelser om at det må gjøres et skille mellom behandling som utføres på psykososial indikasjon og behandling som utføres på kosmetisk indikasjon.

Skal en behandling utføres på psykososial indikasjon, så er det fordi behandlingen vil kunne medvirke til at en persons utseende endres slik at det ikke lengre anses for å være invalidiserende. Hvis derimot behandlingen har som mål å forbedre utseendet hos en person der avviket ikke vil anses for å være invalidiserende, så anses behandlingen å være kosmetisk begrunnet¹³.

Kosmetiske behandlinger er ikke omfattet av tilbudet i barne- og ungdomstannpleien.

De personer under 18 år som tilfredsstiller kravene gitt i regelverket, kan få vederlagsfri kjeveortopedisk behandling. Som regel gis denne av fast ansatte kjeveortopeder i den kommunale tannpleien. Det foregår et samarbeid mellom allmenntannlegen og spesialistene, og en estimerer at ca. 80 prosent av kjeveortopedisk behandling utføres av spesialistene, resten av allmennpraktikere.¹⁴

Målet i Danmark er at ca. 25 prosent av hvert årskull skal få kjeveortopedisk behandling, og at en holder seg på dette nivået.

For de personer som velger å få utført behandlingen privat, så må de betale en egenandel på 35 prosent av behandlingens kostnad, mens kommunen dekker 65 prosent. Når det gjelder kjeveortopedisk behandling utført av kommunalt ansatte kjeveortopeder, er det ingen egenandel¹⁵.

Når det gjelder personer over 18 år, så må de betale all kjeveortopedisk behandling selv. Unntak er gjort for spesielle tilfeller der en trenger kjeveortopedisk behandling i kombinasjon med

¹² Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012; Bilag 1: TABEL 2 - Visitationskriterier for udvælgelse til ortodontisk behandling

¹³ Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012; Bilag 1: Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer

¹⁴ EFOSA (European Federation of Orthodontic Specialists Associations) - European Orthodontic Guide; June 2013

¹⁵ EFOSA (European Federation of Orthodontic Specialists Associations) - European Orthodontic Guide; June 2013

implantatfiksert protetisk behandling, der den kjeveortopedisk behandlingen kan gjøres vederlagsfritt i den kommunale tannpleien.

Likedan vil personer som behøver ortognatisk kirurgi også få vederlagsfri kjeveortopedisk behandling etter 18 års alder, der behandlingen betales av sykehuseieren (region). Her kan kjeveortopedisk behandling utføres av privatpraktiserende kjeveortopeder.

Personer med tilleggsforsikringer kan også få dekket en mindre del av kjeveortopedisk behandling på nærmere vilkår.

Det er ingen statlig finansiering av kjeveortopedisk behandling i Danmark.

1.1.4 Finland

Som i de øvrige nordiske land har også Finland delt opp tannhelsetjenesten i en offentlig og en privat sektor. Den offentlige tannhelsetjenesten er som i Danmark kommunalt forankret, enten i enkeltkommuner eller ved samarbeid mellom flere kommuner.

Den offentlige tannhelsetjenesten i Finland finansieres ved en kombinasjon av nasjonal og lokal skatt, i tillegg får den inntekter fra voksent betalende klientell. I 2013 brukte en € 391,5 millioner euro (tilsvarende ca. 3,6 milliarder kroner) på den offentlige tannhelsetjenesten i Finland, inkludert kjeveortopedisk behandling¹⁶.

Tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten er hjemlet i Hälso- och sjukvårdslagen¹⁷, og kommunens rett til autonomi i organiseringen av "hälsovårdscentraler", der alle de kommunale helsetjenestene er samlet, er sterk. Den offentlige tannhelsetjenesten tilbyr gratis tannbehandling til barn og ungdom 0-17 år, inkludert tannregulering. Tilbudet ytes enten gjennom offentlig ansatt tannhelsepersonell på kommunale tannklinikker eller av private aktører med kommunal avtale. I tillegg til barn og ungdom får også f.eks. krigsveteraner gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, i tillegg får en stor del av den voksne befolkning også behandling til sterkt reduserte priser ift. privat sektor.

Kjeveortopedi ble godkjent spesialitet i 1975, og Finland er med sine ca. 150 godkjente spesialister i kjeveortopedi det landet i Norden som har lavest antall spesialister i forhold til folketall. Om lag 50-60 prosent av spesialistene er ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten, og kun ca. 20 prosent arbeider som privatpraktiserende kjeveortopeder. De resterende arbeider med undervisning og forskning ved lærestedene. Kjeveortopedisk behandling utføres i hovedsak

¹⁶ Tandlægebladet 2015; Volum 119 (9). s 702 - 711. Widström, E; Agustsdottir, H; Byrkjeflot, L I; Pälvärinne, R; Christensen, L: Systems for provision of oral health care in the Nordic countries

¹⁷ <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P26>

på barn under 18 år, som får dette gratis i den offentlige tannhelsetjenesten på nærmere gitte vilkår i nasjonale retningslinjer (behandlingsbehovindeks)¹⁸.

Det anslås at nærmere halvparten av all kjeveortopedisk behandling foretas av allmenntannleger¹⁹.

For personer over 18 år vil kjeveortopedisk behandling på offentlig tannklinikk være en mulighet, og egenbetalingen her er beskjeden. Velger en derimot å oppsøke privat kjeveortoped må en betale alt selv²⁰. I tillegg kan en få stønad fra den finske sosialforsikringen (Kansaneläkelaitos KELA/Folkpensionsanstalten FPA) ifm. kjeveortopedi som utføres som ledd i behandling av annen sykdom enn tannsykdommer. Dette vil i hovedsak dreie seg om tilstander der ortognatisk kirurgi er nødvendig²¹.

Selv om Finland har nasjonale retningslinjer for utvelgelse av pasienter for kjeveortopedisk behandling, så er det store forskjeller mellom de ulike kommunene når det gjelder hva som tilbys av kjeveortopedisk behandling. Dette fordi kommunene selv bestemmer omfanget av den kjeveortopediske behandlingen som tilbys vederlagsfritt til barn og ungdom ut fra tilgjengelige ressurser²².

I 2001 fikk 11,4 prosent av alle barn og ungdommer i alderen 0-18 år kjeveortopedisk behandling, men det var store forskjeller kommunene i mellom. Andelen barn og ungdom som fikk kjeveortopedisk behandling varierte mellom 2,4 – 43 prosent i de ulike kommuner²³. Vel halvparten av kommunene brukte den nasjonale prioriteringsveilederen for kjeveortopedisk behandling, mens de øvrige kommunene i liten grad benyttet seg av skriftlige kriterier.

I 2005 ble det innført retningslinjer som omhandler ventetidsgaranti for ikke-akutt helsehjelp, der også tannhelse er inkludert. Disse retningslinjene stadfester at barn med bittavvik har lik rett til behandling, og en har forsøkt å harmonisere kriteriene for kjeveortopedisk behandling nasjonalt.

I Finland igangsettes ofte kjeveortopedisk behandling tidligere enn i de andre nordiske land²⁴. Hensikten med tidlig intervensjon (interceptiv behandling) er enten å fjerne behovet for senere kjeveortopedisk behandling med fast apparatur, eller redusere omfanget av senere behandling. Den interceptive behandlingen gjøres som regel med avtakbar apparatur, slik at omtrent

¹⁸ EFOSA (European Federation of Orthodontic Specialists Associations) - European Orthodontic Guide; June 2013

¹⁹ Department of Public Health Dentistry; University of Turku; Pietilä I: Delivery, outcome, and costs of orthodontic care in Finnish health centres

²⁰ <http://www.efosa.eu/content/documents/countryreports/CountryReport.asp?C=8#Top>

²¹ <http://www.kela.fi/web/sv/tandreglering1>

²² European Journal of Orthodontics 31 (2009) 287–293: Orthodontic treatment practices in Finnish municipal health centres with differing timing of treatment

²³ International Journal of Dentistry Volume 2009: Trends in Finnish Public Orthodontic Care from the Professionals' Perspective

²⁴ Nor Tannlegeforen Tid 2007; 117: 10–6: Tidig ortodontisk behandling i Finland – varför, när och hur?

halvparten av behandlingene i Finland gjøres av allmenntannleger, ofte under veiledning av spesialist i kjeveortopedi.

1.1.5 Sverige

I Sverige defineres rettighetene til tannbehandling bl.a. i tandvårdslagen (1985:125)²⁵. I denne lovens § 7 pålegges Folk tandvården, som er forankret i de 21 landstingene/regionene, bl.a. ansvaret for regelmessig og fullstendig tannbehandling for barn og ungdommer til og med det året de fyller 23 år. I tillegg har Folk tandvården også ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten. I følge tandvårdslagen § 5a kan et landsting gjøre avtale med andre om å utføre de oppgaver som landstinget har ansvaret for.

Kjeveortopedi er således en integrert del av den offentlige tannhelsetjenestens tilbud, og ved behov for behandling på spesialistnivå utføres det av ansatte kjeveortopedier innen landstinget eller via behandling hos private spesialister.

Landstingene/regionene bruker ca. 4 milliarder svenske kroner på sin behandling av barn og ungdom²⁶.

I Sverige ble kjeveortopedi en godkjent spesialitet i 1965. En har ca. 270 godkjente spesialister, og omkring 80 prosent av disse arbeider i Folk tandvården. Et sted mellom 25 – 30 prosent av årskullene i Sverige får kjeveortopedisk behandling, der knapt en tredjedel (30 prosent) av disse igjen behandles av allmenntannleger²⁷.

I Sverige brukes det flere prioriteringsindekser for kjeveortopedisk behandling. Dette har sammenheng med at administrasjonen gjøres av landstingene. Over halvparten av landstingene (65 prosent) bruker Sosialstyrelsens behandlingsbehovsindex (1968)²⁸. De som har bittavvik i samsvar med indeksens grad 4 og 3 vil få kunne få vederlagsfri kjeveortopedisk behandling, men det foretas også en individuell vurdering om avviket er alvorlig nok til å få vederlagsfri behandling²⁹.

I andre landsting brukes egne indekser, som regel utarbeidet etter mal av IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need), der en krever IOTN indeks > 3 for å gi vederlagsfri behandling³⁰.

Litt avhengig av hvilket landsting en hører til vil behandling enten gis ved offentlig tannklinikk eller av privat spesialist. F.eks. i Stockholm vil de pasienter som har rett på vederlagsfri kjeveortopedisk behandling få dette hos privat spesialist, der landstinget vil dekke behandlingen

²⁵ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125

²⁶ <https://tlv.se/tandvard/Tandvardsmarknaden/>

²⁷ EFOSA (European Federation of Orthodontic Specialists Associations) - European Orthodontic Guide; June 2013

²⁸ Kjell Bjerrehorn/Övertandläkare – Tandvårdsenheten/Särskilda vårdfrågor - Stockholms läns landsting; e-post 9. mai 2017

²⁹ Kjell Bjerrehorn/Övertandläkare – Tandvårdsenheten/Särskilda vårdfrågor - Stockholms läns landsting; e-post 15. mai 2017

³⁰ EFOSA (European Federation of Orthodontic Specialists Associations) - European Orthodontic Guide; June 2013

med en "check" på inntil 20 000 svenske kroner³¹.

I Sverige er det ikke lov til å ta egenandeler av barn og ungdom som har rett på gratis tannbehandling iht. tandvårdslagen. Det betyr at de som innvilges kjeveortopedisk behandling får denne vederlagsfritt, mens de som faller utenfor kriteriene og vil ha kjeveortopedisk behandling, må betale alt selv.

Voksne over 23 år har mulighet til å få statlig refusjon til kjeveortopedisk behandling. Hvilke typer bitt avvik som det gis stønad til behandlingen av, reguleres av bestemmelsene for statlig stønad til tannbehandling. Kravet her at bittavviket må være funksjonelt eller utseendemessig betydelig forstyrrende³², og kravet oppfattes å være strengere enn hva som gjelder for barn og ungdom. I tilfelle en får statlig stønad til kjeveortopedisk behandling legges de såkalte "referensprisene" til grunn for stønaden, noe som gir en stønad på 30 – 50 prosent av behandlingens kostnad³³. I tilfelle bittavviket krever ortognatisk kirurgi er egenandelen begrenset.

1.1.6 Oppsummert – kjeveortopedisk behandling i Norden

I samtlige av de nordiske landene benytter en ulike behandlingsbehovindekser. Landene har også ulik tradisjon for behandling og finansiering av kjeveortopedisk behandling for barn og ungdom.

I Danmark, Finland og Sverige vil den offentlige tannhelsetjenesten ha en viktig rolle i denne behandlingen, enten ved at den utføres av spesialister/allmenntannleger i tjenesten, eller at den offentlige tannhelsetjenesten finansierer bruk av eksterne spesialister. I Norge utføres kjeveortopedisk behandling i hovedsak utenfor den offentlige tannhelsetjenesten, og finansieres av folketrygden og egenbetaling, ut fra de regler som gjelder for denne type stønad. Det betyr at pasientene kan avkreves egenandeler og må betale mellomlegg, noe som medfører at egenbetalingen kan bli betydelig.

I de øvrige nordiske land vil kjeveortopedisk behandling som oppfattes som alvorlig ut fra landets behandlingsbehovsindeks få vederlagsfri kjeveortopedisk behandling, uten egenandel. Det som faller utenfor det som tilbys gratis gjennom den offentlige tannhelsetjenesten må pasienten selv betale for.

I Sverige og Danmark er allmenntannleger i en viss grad involvert i kjeveortopedisk behandling (ca. 20 prosent av behandlingene), og i Finland er allmenntannlegene i stor grad involvert (opp

³¹ <https://www.folktandvardensstockholm.se/behandlingar-och-utbud/behandlingar/tandreglering/>

³² HSLF-FS 2016:49 om statligt tandvårdsstöd

³³ EFOSA (European Federation of Orthodontic Specialists Associations) - European Orthodontic Guide; June 2013

mot 50 prosent av behandlingene). I Norge gis i praksis all kjeveortopedisk behandling av spesialister.

I alle de nordiske landene prøver myndighetene gjennom ulike metoder å regulere tilgangen og omfanget av kjeveortopedisk behandling. Sverige har hatt anbefalinger i en årrekke, men har ingen nasjonale retningslinjer og de ulike länene står relativt fritt i å definere dette. Danmark og Finland har nasjonale retningslinjer, men disse er ulike og ikke lett å sammenligne. I Norge har vi en nasjonal behandlingsbehovindeks innarbeidet i reglene for folketrygdens stønad til kjeveortopedisk behandling.

2. BEHANDLINGSBEHOVSKRITERIER – KJEVEORTOPEDI

2.1 Prioriteringskriterier

2.1.1 Prioriteringer i helsevesenet

I Norge har vi en forskrift om prioritering av helsetjenester i spesialisthelsetjenesten³⁴ og tilhørende prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten³⁵.

Når det gjelder primærhelsetjenesten (kommunal helsetjeneste og tannhelsetjenesten) savnes tilsvarende forskrift og veiledere.

Imidlertid har regjeringen i 2016 lagt frem en stortingsmelding³⁶, der en har foreslått en del kriterier som bør ligge til grunn for prioriteringer i helsetjenesten.

En mener at det ikke er mulig automatisk å overføre prinsippene for prioritering fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten³⁷, fordi de to sektorene har ulike perspektiver for sine tjenester. Spesialisthelsetjenesten vil i hovedsak utrede og behandle, mens primærhelsetjenesten legger vekt på forebygging av sykdom, fremme god helse blant innbyggerne og legge til rette for at befolkningen kan ta sunne valg.

På bakgrunn av forslag i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*, satte regjeringen i april 2017 ned et utvalg som skal foreta en helhetlig drøfting av prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Utvalgets arbeid skal bidra til mer kunnskap og åpenhet om prioritering i helse- og omsorgstjenesten, og de skal foreslå mulige prinsipper for prioritering. Utvalget skal levere sin NOU innen 31. desember 2018.

De foreslåtte kriterier som bør ligge til grunn for prioriteringer i helsetjenesten er følgende:

- Hovedkriterier for prioritering:
 - Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet.

³⁴ Forskrift om prioritering av helsetjenester, - prioriteringsforskriften <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>

³⁵ <https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten>

³⁶ Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste

³⁷ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvalg-skal-se-pa-prioritering-i-den-kommunale-helse--og-omsorgstjenesten/id2548572/>

- Nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet gis en beskrivelse til bruk på klinisk nivå og en kvantitativ form til bruk i metodevurderinger på gruppenivå.
- Kriteriene til bruk på klinisk nivå:
 - Nyttekriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket
 - Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på
 - Alvorlighetskriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden.

Det poengteres at disse prinsippene i første rekke skal gjelde for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Likevel mener Helsedirektoratet at også i drøftingene av kriteriene ifm. prioritering av hvilke bittavvik en skal gi offentlig finansiering til, kan det være nyttig å benytte disse prinsippene.

2.1.2 Prioritering kjeveortopedisk behandling

Stønadsordninger til kjeveortopedi i alle de nordiske landene bygger på prioriteringskriterier som forutsetter bruk av ulike morfologiske indekser. En morfologisk indeks, er en indeks som bygger på bittets og tannrekkenes avvik fra en konstruert vedtatt norm – normalbittet/idealbittet. Dette betyr at indeksen i detalj beskriver avvikets morfologi i forhold til idealbittet, og karakteristisk for morfologiske indekser er derfor at de gir en gradering og vurdering av det morfologiske bittavviket.

Disse indeksene bygger ikke så mye på et vitenskapelig grunnlag, men mer på et faglig grunnlag som er en blanding av ulike undersøkelser og ulike fagpersoners kliniske erfaring gjennom flere år³⁸.

Indeksene er altså slik bygget opp at de avgjør både hvem som skal få stønad, og ut fra en antatt alvorlighetsgrad gir indeksene anvisning på grad av stønad som ytes.

³⁸ SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005); Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv; En systematisk litteraturoversikt

2.2 Indekser for kategorisering av bittavvik og prioritering av behandlingsbehov

Det er utviklet flere indekser for å kategorisere bittavvik og prioritere behandlingsbehov (behandlingsbehovindekser), og som vist i kapittel 2 i denne rapport har de nordiske landene ikke en felles behandlingsbehovindeks når det gjelder hva som skal ligge til grunn for vederlagsfri kjeveortopedisk behandling.

Indeksene har stor betydning når det gjelder både å beskrive forekomst og hva som skal behandles vederlagsfritt av bittavvik.

Ved å bruke ulike indekser på ulike befolkningsgrupper, så ser en at ved ulike undersøkelser vil en få frem at det er stor variasjon i forekomst av bittavvik.

Table 1. Orthodontic treatment need in the deciduous and mixed dentition in different countries.

Authors	%	n	Age (yrs)	Index	Country
Al Nimri et al. 2000	33	2,002	9-11	IOTN ¹	England
Heikinheimo et al. 1987	20.4	184	5	FMB ²	Finland
Bassler-Zeltman 1998	32	1,020	9	SNBH ³	Germany
Karaiskos et al. 2005	28	395	6-9	IPION ⁴	Kanada
Heikinheimo 1978	23.5	200	7	FMB	Finland
Hannuksela 1977	25.6	1,200	9	SNBH	Finland
Onyeaso 2004	27	493	7-10	IOTN	Nigeria
Hosseini et al. 1999	32	174	9	SNBH	Sweden
Tausche et al. 2004	26.2	1,975	6-8	IOTN	Germany
Linder-Aronson et al. 2002	25.7	1,281	8-16	SNBH	Sweden
Mugonzibwa et al. 2004	15.9	202	3-5	IOTN	Tanzania
	21.1	166	6-8		
	22.2	180	9-11		

1. IOTN = Index of Orthodontic Treatment Need

2. FMB = Finnish Medical Board, 10-grade scale

3. SNBH = Swedish National Board of Health, 4-grade scale

4. IPION = Index for Preventive and Interceptive Orthodontic Needs

Tabell 1: Behov for kjeveortopedisk behandling³⁹

Det at det finnes få undersøkelser som beskriver forekomst av bittavvik, og at de studiene som finnes viser store variasjoner, gjør at sammenligninger mellom ulike land er vanskelig.

Variasjonen søkes forklart med ulik registreringsmetodikk, ulik alderssammensetning, ulik modning og forskjellige arvelige disposisjoner av de undersøkte gruppene⁴⁰.

Ofte vil derfor de gjennomganger som myndighetene foretar basert på utbetalte stønader være med å justere en del oppfatninger.

³⁹ Karolinska Institutet; Institutionen för Odontologi; Silkestrand, S: Master of Medical Science in Odontology; Stockholm 2007

⁴⁰ Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111:18-21: Evjen G, Grytten J, Ramstad T, Ødegaard J, Stenvik A. Malokklusjoner og søknad til folketrygden

2.2.1 Omfang kjeveortopedisk behandling - Norge

I Norge ble det i 2016 gitt ca. 620 millioner kroner i stønad til kjeveortopedisk behandling⁴¹ blant barn og ungdom som er under 20 år. Det ble påbegynt kjeveortopedisk behandling av ca. 35 000 personer, og en kan estimere at i underkant av 1/3 av hvert årskull får kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden⁴².

I tillegg utbetalte folketrygden ca. 3 millioner kroner i stønad til annen kjeveortopedisk behandling ifm. rehabilitering etter bl.a. marginal periodontitt, yrkesskader og ulike medfødte tilstander. Dette vil ikke kommenteres ytterligere i denne rapporten.

Når det gjelder NOTI's gruppe A, så er denne gruppen tallmessig og økonomisk relativt beskjeden. I 2016 var det totalt 972 personer (3 prosent) som startet med behandling i denne gruppen. Den vil således heller ikke kommenteres videre i rapporten

Kjeveortopedisk behandling går over flere år, og Helsedirektoratet har tidligere (rapport IS 2280) beskrevet vanskene med å beskrive antall personer som får kjeveortopedisk behandling, samt kostnadene og omfang forbundet med denne behandlingen. Ved å bruke takstnummer 601⁴³ (behandlingsplanlegging) kan vi estimere antall personer som starter kjeveortopedisk behandling med stønad fra folketrygden.

8b1	2 486	(8 %)	8c1	2 356	(7 %)
8b2	2 705	(9 %)	8c2	356	(1 %)
8b3	193	(1 %)	8c3	2 024	(6 %)
8b4	2 591	(8 %)	8c4	1 809	(6 %)
8b5	916	(3 %)	8c5	517	(2 %)
8b6	1 268	(4 %)	8c6	5 730	(18 %)
8b7	6 131	(19 %)			
8b8	56	(0,2 %)			
8b9	228	(1 %)			
8b10	1 461	(5 %)			
Sum gr. B	18 035	(57 %)	sum gr. C	12 792	(40 %)

Tabell 2: antall personer med oppstart kjeveortopedisk behandling (2016; KUHR)

Totalt ble det påbegynt kjeveortopedisk behandling på i underkant av 32 000 (31 799) personer i 2016, da uttrykt ved bruk av tnr. 601.

⁴¹ Regnskap Folketrygden 2016

⁴² Helsedirektoratet. IS-2280 Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomalier

⁴³ Helse- og omsorgsdepartementet: Rundskriv I-4/2016 Regelverk og takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2017

Utbetalt stønad fordeler seg som følger:

8b1	59 127 253	8c1	27 626 983
8b2	49 132 673	8c2	3 897 994
8b3	4 225 794	8c3	19 589 639
8b4	56 697 062	8c4	21 012 847
8b5	17 904 432	8c5	5 664 218
8b6	27 706 954	8c6	69 070 364
8b7	136 013 887		
8b8	893 017		
8b9	4 569 045		
8b10	31 584 217		
Sum gr. B	387 854 333	Sum gr. C	146 862 045

Tabell 3: Utbetalt stønad gruppe B og C (2016; KUHR)

Kjeveortopedisk behandlingfrekvens i Norge har vært stabil de siste 30 – 35 årene.

I Norge får mellom 30 og 40 prosent av barn i behandlingstrengende alder kjeveortopedisk behandling⁴⁴.

I 2001 ble det foretatt en undersøkelse om hvilke bittfeil som det ble søkt stønad om fra folketrygden, samt forekomst av bittavvik i ulike kombinasjoner og alvorlighetsgrad av bittavviket⁴⁵. En fant at det hyppigst forekommende enkeltavvik var plassmangel i front i over- og underkjeven (tilsvarende dagens C6). Samtidig ble det registrert økt horisontalt overbitt og dypt bitt hos vel 40 prosent av søkerne. Disse fordelte seg i denne rekkefølgen: C4, C1, B7, B1 med synkende hyppighet. Dobbelttidig saksebitt (B8) forekom sjeldent. Når det gjaldt kombinasjoner av bittavvik, så var plassmangel i front noe som forekom hyppig sammen med andre avvik i front, særlig overbitt (C1 eller B1) og dypt bitt (C4 eller B7). Søknadene viste at 1,3 prosent av barna ble plassert i gruppe A, mens tilsvarende tall for gruppe B og C var hhv 48,8 prosent og 49,9 prosent.

Søknadene som ble sendt i undersøkelsesperioden (1998) var altså ca. halvparten i hver av gruppene B og C, mens en i 2016 ser en økning både i gruppe A og B. Dermed faller andelen i gruppe C. Det synes dermed at det er "glidning" av bittavvik fra gruppe C og over mot gruppe B.

⁴⁴Universitetet i Bergen, Birkeland K. 2002, Thesis: Orthodontic Need and Concern, Treatment Decision and Assessment of treatment Outcome

⁴⁵Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111:18-21: Evjen G, Grytten J, Ramstad T, Ødegaard J, Stenvik A. Malokklusjoner og søknad til folketrygden

2.2.2 Sammenligning norsk behandlingsbehovindeks kjeveortopedi med øvrige nordiske indekser

For mer detaljert beskrivelse av de ulike behandlingsbehovindekser, henvises til rapportens vedlegg.

Den norske behandlingsbehovindeksen, som er kriteriene til kjeveortopedisk behandling som er berettiget til stønad fra folketrygden⁴⁶, betegnes i faglitteraturen som *Norwegian Orthodontic Treatment Need Index*, NOTI.

Indeksen er delt opp i 3 deler (A, B og C) med undergrupper (A 1-3, B 1-10 og C 1-6), der bittavvik i klasse A regnes som mest alvorlig og avvik i klasse C som minst alvorlig. Underklassen gir ingen prioritering av alvorlighetsgrad, men er deskriptiv mht. det morfologiske avviket. I litteraturen opererer en med gruppe D (lite behov), som det ikke gis stønad til ved behandling.

NOTI, slik vi har den i dag ble utarbeidet i 1985⁴⁷ av en "professorgruppe" som en uttalelse i forbindelse med et arbeid som omhandlet folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid. I sine kommentarer legger gruppen til grunn for sitt forslag at:

- plassering i gruppe A og B skal være basert på objektivt vurderbare kriterier uten behov for skjønnsmessig vurdering av den enkelte kjeveortoped
- i gruppe C vil kriteriene mer være utformet slik at det også må foretas en skjønnsmessig vurdering hvorvidt et kasus er innenfor regelverkets bestemmelser.

I sitt vedlegg henviser gruppen til den da gjeldende svenske behandlingsbehovsindexen. Denne hadde prinsipielt samme inndeling som den norske fikk, men hadde ikke de samme rigorøse detaljbestemmelsene, og overlot mer til behandler og individets skjønn.

I vår videre drøfting av hvilken grensedragnings vi skal ha i Norge når det gjelder hva som skal være vederlagsfri kjeveortopedisk behandling for barn og ungdom, og hva som pasient selv må betale for, er det naturlig å sammenligne den norske behandlingsbehovindeksen med de øvrige nordiske lands indekser.

Som vist er det slik i Danmark, Finland og Sverige at det er "enten – eller". Enten gis behandling vederlagsfritt uten egenandel, eller så må pasient betale alt selv. I tillegg vil det i disse landene også utføres enklere kjeveortopedi av allmenntanlegene fordi kjeveortopedisk behandling finansieres av den offentlige tannhelsetjenesten.

⁴⁶ Helse- og omsorgsdepartementet: Rundskriv I-4/2016 Regelverk og takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2017

⁴⁷ NOU 1986:25. Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid Oslo: Nasjonalbiblioteket

2.2.2.1 Sammenligning behandlingsprioriteringsindeks; Norge vs. Danmark

Danmark har nasjonale retningslinjer, og det er et mål å holde kjeveortopedisk behandling på ca. 25 prosent av hvert årskull.

	Manifestationer	Behandlingsindikation	NOTI
Forøget horisontalt maksillært overbid	Ekstremt overbid (over 9 mm)	Næsten altid	B1
	Moderat overbid (6- 9 mm), kombinert med insufficient / meget anstrengt læbelukke eller tydelig dysfunktion (læbefang, evt. kombinert med tungepres)	Efter individuell vurdering	C1
	Lille overbid (under 6 mm) kombinert med andre avvikelser	Efter individuell vurdering	D
Forøget vertikalt overbid	Lille overbid (under 6 mm) alene	Næsten aldrig	D
	Dybt bid med palatinal påbidning af min. 1-2 tænder og tydelig irritation/impression i ganen og/eller subjektive gener	Næsten altid	B7
	Dybt bid (over 75% overlap) med retroklinerede incisiver og tydeligt atypisk slid af ikke generel karakter	Næsten altid	B7
	Dybt bid med retroklinerede incisiver, usikker incisivstøtte (min. 2 tænder uden incisivstøtte) og anteriort roterende væksttype	Næsten altid	B7
	Anden palatinal berøring kombinert med andre symptomer	Efter individuell vurdering	C4
	Anden palatinal berøring alene	Næsten aldrig	D
	Åbent bid	Åbent bid med reduceret okklusionsfelt (dvs. alene kontakter på molarer)	Altid #
Åbent bid med funktionelle problemer (spise- / tygge- / bidfunktionsproblemer mm.)		Altid #	B3
Omfattende skelettalt betinget åbent bid - ekstrem, afvigende kæbevekst		Næsten altid #	A3
Mandibulært	Mandibulært overbid /	Næsten altid #	B5

overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering)	omvendt skæretandsføring / (invertering) med pladsmangel til eruption af tænder i overkæben		
	Mandibulært overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering) med tvangsføring (interceptivt)	Næsten altid	B5
	Mandibulært overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering) med tydelig bidlåsning	Næsten altid	B5
	Mindre inverteringer uden større pladsproblemer	Næsten aldrig	D
	Basale afvigelse uden akutte problemer	Observation	D
Krydsbid / Saksbid	Krydsbid / saksbid med udtalt tvangsføring (ubetinget ved 2 mm eller mere) eller bidlåsning	Næsten altid	B2
	Krydsbid / saksbid med pladsmangel til eruption af OK-tænder hvor ekstraktion ikke er indlysende	Næsten altid	B2
	Totale en- eller dobbeltsidige saksbid	Næsten altid	B2
	Saksbid af en eller flere enkeltstående tænder, herunder 7+7, alene	Næsten aldrig	D
Ektopi / placering	Store iøjnefaldende ved front og hjørnetænder	Næsten altid	B4
	Ektopi / placering, der bevirker eruptionshindring	Næsten altid	B4
	Ektopi / placering, der medfører retention	Næsten altid	B4
Ikke frembrudte tænder	Incisiver og hjørnetænder	Næsten altid	B4/B6
	Andre tænder, hvor amotio ikke er en faglig hensigtsmæssig løsning	Efter individuel vurdering	Pkt 7
Erhvervet tandtab	Nødvendig forbehandling til protetik	Efter individuel vurdering	Andre innslagspunkt
Agnesi	For- og hjørnetænder, hvor større diastemata resterer (dvs. manglende naturlig korrektion) - se endvidere spredstilling	Næsten altid *	B6

	Præmolærer (afhængig af antal og lokalisation samt vækstmønstre)	Efter individuel vurdering *	B9 To eller flere tenner Evt B 10
	Multiple - forbehandling til protetik	Næsten altid *	B9/B10
Spredtstilling	Ekstrem spredtstilling i overkæbefront med pladsoverskud svarende til en hel tandbredde eller mere, og hvor plastrestaurering ikke er mulig / hensigtsmæssig	Efter individuel vurdering	C5
	Ekstrem spredtstilling som delelement i kombination med andre afvigelse	Efter individuel vurdering	C5
Trangstilling	Stor iøjnefaldende trangstilling med stillingsvariation af flere tænder i overkæbefronten - primært overkæbeincisiver (pladsmangel svarende til en hel tandbredde eller mere)	Efter individuel vurdering - næsten altid	C6
	I underkæbefront ved kombination med andre indikationer	Efter individuel vurdering	C6
	Total placering af enkelttand i underkæbefront alene	Aldrig	D
Funktionsafvigelser	Børn og unge med dokumenterede lidelser, der ikke kan holdes symptomfri uden korrektion af sammenbidet	Efter individuel vurdering *	
Vækstafvigelse (interceptiv ortodonti)	Asymmetri	Næsten altid #	
	Kæbeledslidelse	Næsten altid #	
	Ekstreme vækstforhold (mandibulært overbid, evt. åbne bid)	Næsten altid #	
Ekstraordinært psykosocialt behov	Børn og unge med kombination af mindre tandstillingsfejl og veldokumenterede problemer, f.eks. henvisning fra anden autoriseret behandler, hvor behandling har været uden resultat - ikke	I begrænset omfang efter individuel vurdering	Mangler i Norge

kosmetisk ortodonti

I hovedsak vil en i Danmark behandle det som i NOTI tilhører gruppe B. Mens det i Norge ofte oppfattes som en "automatikk" i at det skal behandles understrekes det i det danske regelverket at:

Grundlaget for visitationskriterierne er en risikovurdering, hvilket betyder, at der i hvert enkelt tilfælde skal foretages en individuel vurdering af, om de forskellige tandstillingsfejl indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/eller psykosociale belastninger.

For å gi behandling på psykososiale grunner kreves det at det må foreligge veldokumenterte problemer med utseende pga. tannstillingen, f.eks. ved henvisning fra psykolog/psykiater. I regelverket understrekes det også at behandling på denne indikasjon skal skje i svært begrenset omfang.

Ellers understrekes det at kosmetiske behandlinger ikke er en del av behandlingstilbudet i den offentlige tannhelsetjenesten, og en har laget følgende definisjon for å skille ut hva som er kosmetisk behandling:

Behandling utført på kosmetisk indikation er behandling, hvor det kosmetiske hensyn udgør den afgørende indikation for behandlingen, dvs. en behandling, der som hovedformål har til hensigt at forandre/forbedre udseendet, men hvor der ud fra en faglig vurdering ikke er tale om afvigelser i udseendet, der må anses for invaliderende

Trangsstillinger – som i skandinavisk sammenheng er det mest utbredte bittavviket – har en i Danmark valgt å kunne gi vederlagsfritt på noe strengere indikasjoner enn i Norge.

Dansk bestemmelse:

- *Stor iøjnefaldende trangstilling med stillingsvariation af flere tænder i overkæbefronten - primært overkæbeincisiver (pladsmangel svarende til en hel tandbredde eller mere)*

NOTI har følgende bestemmelse:

- *C6: Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm*

Kravet til plassmangel i Danmark er således betydelig høyere enn i Norge, ettersom bredden på en incisiv (fortann) vil være mer enn 4 mm.

Oppsummert: I Danmark vil kravet til vederlagsfri kjeveortopedisk behandling stort sett tilsvare NOTI's gruppe B. Det som i NOTI er klassifisert i gruppe C, faller i Danmark utenfor det som vil tilbys vederlagsfritt.

2.2.2.2 Sammenligning behandlingsprioriteringsindeks; Norge vs. Finland

Finland skiller seg en del ut fra de øvrige land i Norden.

Landet er det av de nordiske land med lavest dekning av spesialister i kjeveortopedi, og de fleste bor i de større byene. Derfor må allmenntannlegene utføre mye av den kjeveortopediske behandlingen, og variasjonen i landet er stor. Mye av prioriteringen er derfor styrt ut fra de lokale helsesentrenes ressurser⁴⁸.

Den vanligste behandlingsprioriteringsindeksen som brukes i Finland er Heikinheimo's 10-graderingsskala. På denne skalaen representerer grad 10 de alvorligste malokklusjonene/kraniofaciale misdannelser, og grad 1 er ingen malokklusjon ("normalbitt"). Det hyppigst benyttede avskjæringsnivået som er berettiget til behandling er grad 7. Imidlertid varierer avskjæringsnivået ved de ulike helsesentrene mellom grad 2 og 8, der tilgjengelige ressurser er det som bestemmer avskjæringsnivået⁴⁹.

Mangler foreløpig den nasjonale indeksen (har den kun på finsk, og den vil ettersendes når vi mottar denne...)

2.2.2.3 Sammenligning behandlingsprioriteringsindeks; Norge vs. Sverige

I Sverige har man ikke en felles nasjonal behandlingsskala for å avgjøre hvilke bittavvik som skal gis vederlagsfri kjeveortopedisk behandling. De mest benyttede indeksene er enten Socialstyrelsens behandlingsskala eller IOTN (DHC delen).

Når det gjelder forholdet mellom Socialstyrelsens behandlingsskala og NOTI, så bygger NOTI på den svenske indeksen. I og med at en i Sverige, der i de län der indeksen brukes, setter grensen for vederlagsfri kjeveortopedisk behandling ved grad 3 og 4, så vil det tilsvare NOTI's gruppe A og B. Dermed vil NOTI gruppe C (gruppe 2 i den svenske indeksen) falle utenfor det som omfattes av vederlagsfri kjeveortopedisk behandling.

En skal merke seg at interceptiv tannbehandling ikke skjer på spesialistnivå, den vil som regel utføres av allmenntannlegene i tjenesten. Denne type kjeveortopedisk behandling prioriteres høyt fordi hensikten er at den fører til at antall barn/ungdom som trenger kjeveortopedisk behandling på spesialistnivå minskes eller at alvorlighetsgraden av bittavviket minskes.

⁴⁸ E-post juni 2017: Tuula Laatikainen; Senior orthodontist City Helsinki Department of Social services and Health care, Dental care

⁴⁹ International Journal of Dentistry Volume 2009: Trends in Finnish Public Orthodontic Care from the Professionals' Perspective

Ikke alle län har ansatte kjeveortopeder, men får utført behandlingen hos eksterne leverandører til en fast pris, gjerne etter et anbudssystem. Andre steder utføres behandlingen av egne ansatte kjeveortopeder.

Videre vil det også være slik at det skjer en viss individuell bedømmelse av bittavvikene, slik at det at avviket er ført opp i indeksen ikke er det samme som at det blir behandlet.

Når det gjelder indekser utviklet av IOTN, så kan "Skåneindex" tjene som et eksempel (se vedlegg).

I denne indeksen er gruppe 1 og 2 som tilbys kostnadsfri kjeveortopedisk behandling

1. Mycket stort behov	NOTI
a. Läpp-, käk- och gomspalter	A1
b. Syndrom med käk- och/eller bettavvikelser	A2
c. Extrema pre- och postnormala bett, utseendemässigt och/eller funktionellt handikappande	A3
d. Extremt öppna bett, med stor vertikal öppning och endast kontakt i molarområdet	B3
e. Lateralt öppna bett utan molakontakter, uni- eller bilateralt	B3
f. Totalt saxbett, uni- eller bilateralt	B8
g. Agenesi, förlust eller retention av överkäkscentraler	B6/B4
h. Omfattande aplasier, ≥ 4 tänder i en käke eller ≥ 2 tänder i samma kvadrant	B9
i. Omfattande traumaskador	Andre punkt
2. Stort behov	NOTI
a. Prenormalt bett/frontal invertering med tvångsföring	B5
b. Total frontal invertering med nedsatt tuggfunksjon	B5
c. Stor horisontell överbitning: ≥ 6 mm, med funksjonell påverkan	B1 (C1)
d. Inkompetent läppslutning orsakad av proklinerade incisiver och/eller bimaxillär protrusion	B1 (C1)
e. Öppet bett omfattande mer än hörntand till hörntand	B3
f. Lateralt öppna bett > 2 tandpar på en sida	B3
g. Djup bett med gingival påbitning	B7
h. Enkelsidigt korsbett/korsbitning med tvångsföring	B2
i. Saxbett/saxbitning med tvångsföring, saxbitning första molarer eller >1 tandpar i samme kvadrant	B2
j. Agenesi/förlust av hörntänder eller lateraler i överkäken	B6
k. Retention/ektopisk eruption av hörntänder eller lateraler (alltid förtur!)	B4
l. Agenesi av > 4 premolarer eller > 1 premolar i samme kvadrant	B9
m. Starkt uttalade trång- og glesställning, rotationer, tippningar eller andra	C6

positionsavvikelser som är uppenbart funksjonelt og/eller estetisk störende	
n. Diastema mediale i det permanenta bittet (>2 mm), där kompositoppbyggnad/protetisk ersättning inte är lämplig	C5
o. Agnesi, traumaskador, retention, eruptionsstörningar eller stora medfödda defekter på enstaka tänder där ortodontisk behandling är lämplig	B10
p. Återkommande smärttillstånd i käk- ansikts- og huvudregionen med misstänk bettdysfunksjenes	NA

Det behov som ryms inom gruppen 3 erbjuds inte kostnadsfri tandregleringsbehandling.

3. Måttligt eller mindre behov	NOTI
a. Pre- og postnormala bitt utan andra anomalidrag som kan hänföras till grupperna 1 eller 2 i Skåneindex	C3
b. Horisontell överbitning < 6 mm	D
c. Djupt bitt utan gingival påbitning	D
d. Begränsade öppna bitt utan funksjonsstörning, med liten frontal öppning eller < 2 tandpar i sidoreionen	D
e. Korsbitt/korsbitning utan tvångsföring	D
f. Saxbitning enstaka premolarer eller andra molarer utan tvångsföring	D
g. Mindre uttalade trång- og glesställningar, rotationer eller tippningar, vilka ej kan hänföras till grupperna 1 eller 2 i Skåneindex	(C6)
h. Diastema mediale ≤ 2 mm, eller där kompositoppbyggnad/protetisk ersättning är lämplig	D
i. Agnesi av enstaka premolarer utan andra bittavvikelser	B10

Stort sett vil en via Skåneindex tilbys behandling som er sammenfallende med NOTI's gruppe B.

Imidlertid er det noen unntak:

Overbitt:

- Skåneindex: *Stor horisontell överbitning: ≥ 6 mm, med funksjonell påverkan*
- NOTI: *C 1: Horisontalt overbitt fra 6–9 mm*

I denne svenske indeksen – som i den danske – er det et tilleggskrav til selve størrelsen på overbittet, nemlig at det skal være en funksjonell påvirkning (vansker med tale, vansker med spising, vansker ved svelging, munnpuster). Dette er et betydelig tilleggskrav ift. NOTI punkt C1, og disse punktene kan ikke sammenlignes.

Trangstilling:

- Skåneindex: *m. Starkt uttalade trång- og glesstilling, rotationer, tippningar eller andre positionsavvikelser som är uppenbart funksjonelt og/eller estetisk störende*

- NOTI: C6: *Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm*

Her ser en at det ift. NOTI også er et krav om at avviket både skal være funksjonelt og estetisk forstyrrende. Mindre trangstillinger (3. g) får ikke vederlagsfri kjeveortopedisk behandling.

Diastema mediale:

- Skåneindex: *n. Diastema mediale i det permanenta bettet (>2 mm), där kompositupbyggnad/protetisk ersättning inte är lämplig*
- NOTI: *C5 Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm)*

Disse to punktene tilsvarer hverandre, med det unntak at i den svenske er det et tilleggskrav om at det ikke fins andre metoder å lukke luken på.

2.2.3 Oppsummering – sammenligning behandlingsbehovindekser Norden

Ved en gjennomgang av de ulike indeksene i de nordiske land vil en se at de bittavvik som i NOTI er klassifisert i gruppe B, stort sett tilsvarer det en i de andre nordiske land vil tilby som vederlagsfri kjeveortopedisk behandling.

Bittavvik i gruppe C, NOTI, vil det sjelden i Sverige, Finland og Danmark være bittavvik som får vederlagsfri kjeveortopedisk behandling på spesialistnivå.

Norge er det eneste nordiske landet, med unntak av Island, som har et system med to parallelle behandlingsløp som er skilt, både økonomisk og organisatorisk; ett hos den offentlige tannhelsetjenesten og ett hos de privatpraktiserende kjeveortopedene.

Manglende samhandling har ført til et system der i praksis all kjeveortopedisk behandling i Norge utføres av spesialister. Dagens system gir sterke insentiver for den offentlige tannhelsetjenesten til å henvise enhver pasient med bittavvik til en privatpraktiserende kjeveortoped, mens kjeveortopedene ikke har noen insentiver til å avvise pasienten.

For de øvrige nordiske land som har kjeveortopedi som en integrert del av den virksomhet som den offentlige tannhelsetjenesten utfører, kan en lettere håndtere enklere type bittavvik internt i tjenesten.

Norge er også det eneste landet i Norden der barn og ungdom må betale egenandeler og mellomlegg for kjeveortopedisk behandling. I de andre landene er det slik at behandling som er innenfor kriteriene for vederlagsfri behandling slipper å betale noen form for egenandel, også om behandlingen utføres utenfor tjenesten. Årsaken til dette er den norske organisering og

finansiering av kjeveortopedisk behandling for barn og ungdom. Ved at tjenesten er privatisert, så gjelder reglene om at tannlegene har fri prissetting og at folketrygden kun gir delvis dekning.

Som vist legger de andre nordiske landene stor vekt på interceptiv kjeveortopedisk behandling, gjerne utført av allmenntannlegen i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette for enten å unngå kjeveortopedisk behandling eller minske alvorlighetsgraden av bittavvik. I Norge gjøres dette knapt, noe som i hovedsak også må tilskrives både organisering og finansiering av den kjeveortopediske behandlingen.

3. DISKUSJON

Helsedirektoratet har tidligere (IS 2280) anbefalt man foretar en gjennomgang av dagens regelverk basert på gjeldende prioriteringskriterier, og vurderer hvilke brukere som skal motta stønad til kjeveortopedisk behandling. Dette fordi Helsedirektoratet mener at det er problematisk at folketrygden dekker behandling for så mange pasienter som det gjøres.

Legger en forslåtte prioriteringskriterier i helsevesenet til grunn for vurdering av offentlig stønad til kjeveortopedisk behandling, så kan sette noen spørsmåltegn ved ressursbruken for denne type behandling.

- **Nyttekriteriet:**
Vi har tidligere påpekt at hovedandelen av de som mottar kjeveortopedisk behandling i Norge har et bittavvik som ligger innenfor det som kalles «normalbittet», og har derfor liten eller ingen helsegevinst av behandlingen
- **Ressurskriteriet:**
Kjeveortopedisk behandling er omfattende og tidkrevende. I tillegg utføres nærmest all behandling på spesialistnivå, med relativt store ressurser
- **Alvorlighetskriteriet:**
Ubehandlete bittavvik medfører ingen form for økt frekvens av somatisk sykdom, og hovedbegrunnelsen for kjeveortopedisk behandling vil være estetiske grunner

Kjeveortopedisk behandling vil derfor ut fra en slik vurdering neppe være høyt prioritert.

Som vist i denne gjennomgangen så vil de andre nordiske landene stort sett tilby vederlagsfri kjeveortopedisk behandling tilsvarende det som i NOTI betegnes som gruppe B.

Et bittavvik listet opp i NOTI oppfattes ofte som et avvik som skal behandles, mens en i de andre nordiske land påpeker at det i tillegg til kriteriet også må foretas en individuell vurdering om hvorvidt kjeveortopedisk behandling vil bedre pasientens situasjon.

Det som i NOTI av bittavvik er klassifisert i gruppe C, vil i de andre nordiske land ikke bli behandlet vederlagsfritt. Det eneste unntaket av betydning gjelder trangstillinger (punkt C6).

Trangstillinger er det bittavvik som er hyppigst forekommende, og i 2016 var C6 det nest hyppigste punktet det ble gitt stønad til for kjeveortopedisk behandling (tabell 2), og stønaden utgjorde i underkant av 70 mill. kroner.

Det er også vist at mange av de som har trangstilling, i tillegg også har andre bittavvik. Ofte vil det være bittavvik i NOTI gruppe C og B, særlig C1 (overbitt 6-9 mm) og B1 (overbitt over 9 mm). Også kombinasjon med dypt bitt C4 (dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater) og B7 (dypt bitt som er 6 mm eller mer) forekommer en del.

En måte å håndtere gruppen av trangstillinger på er at en benytter kravet som både gjelder i Danmark og Sverige, nemlig at trangstillingen må være på minimum en tannbredde (sentral incisiv) og at det både funksjonelt og estetisk gir et problem. Dermed kan en flytte punktet opp i gruppe B. Deretter kan en fjerne stønadsgruppe C, og således være på linje med resten av de nordiske land når det gjelder hva en gir stønad til for kjeveortopedisk behandling.

Den norske organiseringen av og finansieringsmodellen for kjeveortopedisk behandling er imidlertid en utfordring når det gjelder å fjerne gruppe C fra folketrygdens stønadsordning. Mens almenntannlegene i de andre landene kan behandle mindre bittavvik, er dette vanskelig i den norske modellen. I Norge vil derfor også bittavvik som faller utenfor stønadsordningen ofte bli henvist til privat spesialist, og må i så fall betales av den enkelte, selv uten noen form for stønad.

Dagens stønadsordning har gjort at offentlig tannhelsetjeneste i liten grad har egen kjeveortopedisk behandlingskompetanse. En har "bortsatt" kjeveortopedisk behandling til private aktører som en konsekvens av finansieringsordningen, og behandlerne i offentlig sektor utfører liten eller ingen kjeveortopedisk behandling. Ved å fjerne gruppe C fra folketrygdens stønadsordning vil offentlig sektor i større grad få et incentiv til å utføre mere kjeveortopedisk behandling selv. Dette vil ikke medføre noen ekstra økonomiske forpliktelser for den offentlige tannhelsetjenesten.

Etter norsk lovgivning kan den offentlige tannhelsetjenesten kreve vederlag for kjeveortopedisk behandling når det gjelder barn og ungdom. Det gjelder selv om behandlingen ikke utføres av spesialister. Det betyr at i de tilfeller der bittavviket ikke er prioritert i behandlingsbehovindeksen, men der bruker ønsker behandling, kan den offentlige tannhelsetjenesten f.eks. utføre behandlingen selv mot vederlag, og ha en avtale om rettleiding fra en privat kjeveortoped. Det vil være på linje med hva som er praksis i de andre nordiske landene.

I 2016 startet knapt 13 000 brukere behandling gruppe C, og det ble det utbetalt i underkant av 147 mill. kroner i stønad fra folketrygden. Når det gjelder punkt C6 (trangstillinger) ble det brukt

ca. 70 mill. kroner på dette, og ca. 5 700 personer startet behandling i denne gruppen. De som startet behandling i denne gruppen har ikke andre alvorlige bittavvik som tilhører gruppe B. En kan anta at dersom C6, med et endret krav om plassmangel på minimum en tannbredde (incisiv) og at det er funksjonsmessig/estetisk nødvendig med kjeveortopedisk behandling, flyttes opp til stønadsgruppe B, vil en kunne spare minimum 70 millioner kroner (se tabell 3).

Hvor mange som vil ha et bittavvik tilsvarende et evt. nytt krav vet vi ikke, men det er grunn til å tro at det er relativt få i forhold til de som i dag har rettigheter etter punkt C6. Imidlertid vil de som eventuelt flyttes opp i gruppe B få betydelig bedre stønad fra folketrygden, slik at å estimere den totale besparelsen ikke er mulig.

Ved å ta bort gruppe C fra folketrygdens stønad til kjeveortopedisk behandling, er det ca. 10 000 barn og ungdom pr. år som ikke lenger får stønad fra folketrygden (se tabell 2). Dette er det som i øvrige land i Norden oppfattes som lite alvorlige bittfeil, og ut fra anerkjente prioriteringsprinsipper er det vanskelig å se at dette skal være en behandling som omfattes av offentlig stønad i Norge. Pga. høy egenbetaling, i form av egenandel og mellomlegg, vil offentlig stønad for gruppe C med stor sannsynlighet virke prisdrivende, noe som Helsedirektoratet har drøftet inngående tidligere⁵⁰.

Når det gjelder hvilke inntekstgrupper i befolkningen som benytter seg av eksisterende stønadsordning, har vi ikke noe kunnskap om dette. SSB har gitt en sosioøkonomisk omtale av personer over 21 år som i 2014 mottok stønad fra folketrygden (SSB rapport 2015/40). Barn og ungdom under 21 år, samt deres foresatte, er ikke med i denne undersøkelsen.

Vår vurdering er derfor at en kan spare betydelige beløp i folketrygden ved å harmonisere den norske behandlingsbehovsindeksen for kjeveortopedisk behandling med de øvrige nordiske lands indekser, uten at dette medfører store konsekvenser, hverken når det gjelder behandling eller utgifter for den enkelte pasient.

⁵⁰ Helsedirektoratet. IS-2280 Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8 Bittanomalier

4. FORSLAG

Vi har i de foregående kapitler gjennomgått systemet for kjeveortopedisk behandling i de nordiske landene.

Det norske systemet er i nordisk sammenheng spesielt.

Vi har i rapporten *Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av forskriftens punkt 8; Bittanomalier* kommet med en rekke forslag innen følgende områder når det gjelder kjeveortopedi:

- Prioritering
- Finansiering
- Endre organisering av kjeveortopedi
- Prisfastsetting og synliggjøring av priser
- Henvisninger
- IKT

I denne omgang har vi foretatt en vurdering av dagens regelverk basert på gjeldende prioriteringskriterier i helsevesenet, samt sett på hva som er praksis i øvrige nordiske land.

Vi foreslår følgende:

- stønadsgruppe C (1-6) gis ikke lengre stønad fra folketrygden når det gjelder kjeveortopedisk behandling
- Punkt C 6; trangstilling i front; omformuleres med strengere krav, som innebærer økning av kravet til plassmangel på minimum en tannbredde (incisiv) og at det er funksjonsmessig/estetisk nødvendig med kjeveortopedisk behandling.

5. KILDER

Birkeland, K. (2002). Orthodontic need and concern, treatment decision and assessment of treatment outcome. University of Bergen, Department of Orthodontics and Facial Orthopedics, Bergen.

Council of European Dentists. (2015). MANUAL OF DENTAL PRACTICE 2015 (Edition 5.1). <https://www.ond.pt/europa/cedmanual/2015/ced-manual-2015-completo.pdf>

European Federation of Orthodontic Specialists Associations EFOSA. (2013). The EFOSA European Orthodontic Guide <http://www.orthodont-cz.cz/data/files/European%20Orthodontic%20Guide%202013.pdf>

Evjen, G., Grytten, J., Ramstad, T., Ødegaard, J., & Stenvik, A. (2001). Malokklusjoner og søknad til folketrygden. Den norske tannlegeforenings tidende, 111(1), 18-21.

Foreningen af Specialtandlæger i Ortodonti (FSO). (2017). FSO's hjemmeside. <http://fsonet.dk/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Regelverk og takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2017. (Rundskriv I-4/2016). Oslo <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-42016-regelverk-og-takster-vedrorende-stonad-til-dekning-av-utgifter-til-tannbehandling-for-2017/id2525607/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Utvalg skal se på prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvalg-skal-se-pa-prioritering-i-den-kommunale-helse--og-omsorgstjenesten/id2548572/>

Helsedirektoratet. (2014). Analyse av stønadsutbetalingene til tannbehandling ved tilstander som omfattes av «forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom» punkt 8- Bittanomali IS-2280 <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/799/Analyse-av-stonadsutbetalingene-til-tannbehandling-Bittanomali-IS-2280.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). Prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten. <https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten>

Hälso- och sjukvårdslag. (2017). Terveidenhuoltolaki (Hälso- och sjukvårdslag). <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>

KELA/Folkpensionsanstalten (FPA). (2017). Tandreglering. <http://www.kela.fi/web/sv/tandreglering1>

Meld. St. 34 (2015–2016). (2016). Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

NOU 1986:25. (1986). Folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid. Oslo: Universitetsforlaget.

- Pietila, I., Pietila, T., Svedstrom-Oristo, A. L., Varrela, J., & Alanen, P. (2009). Orthodontic treatment practices in Finnish municipal health centres with differing timing of treatment. *Eur J Orthod*, 31(3), 287-293. doi:10.1093/ejo/cjn109
- Pietila, I., Pietila, T., Varrela, J., Pirttiniemi, P., & Alanen, P. (2009). Trends in Finnish public orthodontic care from the professionals' perspective. *Int J Dent*, 2009. doi:10.1155/2009/945074
- Pietilä, I. (2010). Delivery, Outcome, and Costs of Orthodontic Care in Finnish Health Centres. (Doctoral thesis; University of Turku), University of Turku. <http://www.doria.fi/handle/10024/63989>
- Pietilä, T., Pirttiniemi, P., & Varrela, J. (2007). Tidig ortodontisk behandling i Finland - varför, när och hur? *Den norske tannlegeforenings tidende*, 117(1), 10-16.
- Prioriteringsforskriften. (2017). Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>
- Silkestrand, S. (2007). Interceptiv ortodonti i Uppsala län En retrospektiv studie av frekvensen interceptiv behandling, behandlingsmetod och behandlare (Karolinska Institutet Odontologi, magisteruppsats) Karolinska Institutet Institutionen för odontologi
- Sjúkratryggingar Islands (SÍ). Tannlækningar. <http://www.sjukra.is/heilbrigdisthjonusta/tannlaekningar/>
- Socialstyrelsen. (2017). HSLF-FS 2016:49 Föreskrifter om ändring i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd; https://tlv.se/Upload/Lagar_och_foreskrifter/HSLF-FS_2016_49.pdf.
- Stenvik, A., & Torbjørnsen, T. E. (2007). Hvem gjør hva innenfor ortodontien? *Den norske tannlegeforenings tidende*, 117(1), 6-9.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2005). Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv: en systematisk litteraturoversikt (Vol. nr 176). Stockholm: SBU.
- Tandplejebekendtgørelsen. (2017). Bekendtgørelse om tandpleje; BEK nr 179 af 28/02/2012 Gældende. <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=140647>
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). (2017). Tandvårdsmarknaden. <https://tlv.se/tandvard/Tandvardsmarknaden/>
- Tandvårdslag. (2017). Tandvårdslag (1985:125) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125
- Tannhelsetjenesteloven. (2017). Lov om tannhelsetjenesten <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>.
- The European Federation of Orthodontic Specialists Associations (EFOSA). (2017). Country Report 2017 Finland. <http://www.efosa.eu/content/documents/countryreports/CountryReport.asp?C=8#Top>
- Vederlagsforskriften. (2017). Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1984-05-24-1268>.

Widström, E., Agustsdottir, H., Byrkjeflot, L. I., Pälvärinne, R., & Christensen, L. (2015). Systems for provision of oral health care in the Nordic countries. *Tandlægebladet*, 119(9), 702-711.

6. VEDLEGG

6.1 Prioriteringsindexer – behandlingsbehov kjeveortopedi

6.1.1 Sverige

1D – Socialstyrelsens behandlingsbehovsindex

Behandlingsbehovet värderas med ledning av det behandlingsbehovsindex för objektivt behandlingsbehov, som angivits av Socialstyrelsen 1966. Detta index har modifierats något (Linder-Aronson, Fridh och Jensen 1976) och används enligt följande: Index 4-0 anger undersökarens uppskattning av det objektiva behandlingsbehovet.

1.1.1.1 4. Mycket stort behov

Utseendemässigt och/eller funktionellt handikappande anomalier, t ex läpp-, käk- och gomdefekter, extrema post- och prenatala bitt, retinerade incisiver i överkäken, omfattande aplasier i fronten enbart eller i både front och sidopartier.

1.1.1.2 3. Stort behov

Utseendemässigt och/eller funktionellt starkt störande anomalier t ex prenatala tvångsbitt, djupbitt med gingival kontakt, extrema öppna bitt (ej kontakt 16...26), tvångsförande och artikulationsstörande korsbitt och saxbitt, uttalade frontala trång- eller glesställningar, funktionellt störande postnormala bitt, kraftigt proklinerade incisiver med traumarisk⁵¹, retinerade hörntänder, estetiskt och/eller funktionell störande rotationer, omfattande aplasier i enbart sidopartier.

1.1.1.3 2. Måttligt behov

Utseendemässigt och/eller funktionellt störande anomalier t ex proklinerade eller retroklinerade incisiver, öppna bitt (stor frontal bittöppning), uttalade trång- eller glesställningar i sidopartierna, infraocclusion, måttliga frontala rotationer.

1.1.1.4 1. Ringa behov

Smärre avvikelser från s.k. normalbitt (idealbitt), t ex prenatala bitt med liten negativ horisontell överbitning, postnormala bitt utan andra anomalidrag, djupbitt utan gingival kontakt, (öppet bitt med liten frontal bittöppning), icke tvångsförande eller artikulationsstörande korsbitt och saxbitt, mindre uttalade trång- och glesställningar, inverteringar av enstaka tänder utan tvångsföring, svaga rotationer av ringa estetisk och/eller funktionell betydelse.

1.1.1.5 0. Inget behandlingsbehov

Ingen avvikelse från normalbitt.

Vid behandlingsbehovsgraderingen ska hänsyn tas till det aktuella behandlingsbehovet. I de fall behandlingsbehovsgraderingen är oklar tillämpas den lägre graderingen.

⁵¹ Komplettering till SoS-index

Skåneindex

1.1 Kostnadsfri tandreglering

Region Skåne har det yttersta ansvaret för barn och ungdomar, folkbokförda i Skåne, som är berättigade till fri tandreglering till och med det år man fyller 19 år. Barn och ungdomar huvudsakligen mellan 7-16 år som har behov av tandreglering ska ha möjlighet att få behovet bedömt av en av Region Skåne upphandlad urvalsansvarig tandregleringsspecialist, som avgör om behovet är så stort att det berättigar till fortsatt utredning och eventuell kostnadsfri tandregleringsvård.

1.2 Skåneindex

Ortodonturval sker med hjälp av ett behovsindex, det så kallade Skåneindex. Skåneindex delar in bettavvikelserna i tre olika behovsgrupper.

Patienter som klassas till grupp 1 (mycket stort behov) eller grupp 2 (stort behov) är antingen kvalificerade för tandregleringsvård utförd i allmäntandvården eller för ett erbjudande om en kostnadsfri specialistutredning och en eventuell följande specialistbehandling

1.7 Egenfinansierad tandregleringsbehandling

Urvalsproceduren ska identifiera och fånga upp de tandregleringsfall som är berättigade till behandling inom allmäntandvården eller alternativt är berättigade till en specialistutredning och en eventuell framtida specialistbehandling. Det förutsätts att patient/vårdnadshavare eller myndig person, vid urvalstillfället, får en adekvat, objektiv och saklig information om behovsindex och behandlingsmöjligheter.

Patient/vårdnadshavare eller myndig person bör informeras om att de kan välja att själv finansiera tandreglering i de fall där patientens behovsindex inte medger en kostnadsfri behandling. Skriftlig information angående egenfinansierad tandregleringsvård tillhandahålls av Enheten för tandvårdsstyrning och ska finnas tillgänglig vid visningstillfället.

Den patientansvarige tandläkarens fortsatta deltagande i en egenfinansierad tandregleringsvård får ske i mån av tillgång och efterfrågan.

All behandling relaterad till en egenfinansierad tandreglering (exempelvis indicerade extraktioner, akuta besök med mera) debiteras patient/vårdnadshavare eller myndig person enligt överenskommelse mellan vårdtagare och vårdgivare och ingår inte i den tandvård som ersätts av Region Skåne.

Prioriteringsindex avseende ortodontisk behandling inom Region Skåne.

Det behov som ryms inom grupperna 1 och 2 erbjuds kostnadsfri tandregleringsbehandling.

1. Mycket stort behov

- a. Läpp-, käk- och gomspalter
- b. Syndrom med käk- och/eller bettavvikelser
- c. Extrema pre- och postnormala bett, utseendemässigt och/eller funktionellt handikappande
- d. Extremt öppna bett, med stor vertikal öppning och endast kontakt i molarområdet

- e. Lateralt öppna bett utan molakontakter, uni- eller bilateralt
- f. Totalt saxbett, uni- eller bilateralt
- g. Agnesi, förlust eller retention av överkäkscentraler
- h. Omfattande aplasier, ≥ 4 tänder i en käke eller ≥ 2 tänder i samma kvadrant
- i. Omfattande traumaskador

2. Stort behov

- a. Prenormalt bett/frontal invertering med tvångsföring
- b. Total frontal invertering med nedsatt tuggfunktion
- c. Stor horisontell överbitning: ≥ 6 mm, med funktionell påverkan
- d. Inkompetent läppslutning orsakad av proklinerade incisiver och/eller bimaxillär protrusion
- e. Öppet bett omfattande mer än hörntand till hörntand
- f. Lateralt öppna bett > 2 tandpar på en sida
- g. Djup bett med gingival påbitning
- h. Enkelsidigt korsbett/korsbitning med tvångsföring
- i. Saxbett/saxbitning med tvångsföring, saxbitning första molarer eller > 1 tandpar i samma kvadrant
- j. Agnesi/förlust av hörntänder eller lateraler i överkäken
- k. Retention/ektotisk eruption av hörntänder eller lateraler (alltid förtur!)
- l. Agnesi av > 4 premolarer eller > 1 premolar i samma kvadrant
- m. Starkt uttalade trång- och glesställning, rotationer, tippningar eller andra positionsavvikelser som är uppenbart funktionellt och/eller estetiskt störande
- n. Diastema mediale i det permanenta bettet (> 2 mm), där komposituppbyggnad/protetisk ersättning inte är lämplig
- o. Agnesi, traumaskador, retention, eruptionsstörningar eller stora medfödda defekter på enstaka tänder där ortodontisk behandling är lämplig
- p. Återkommande smärttillstånd i käk- ansikts- och huvudregionen med misstänkt bettdysfunktionsgenes

Det behov som ryms inom gruppen 3 erbjuds inte kostnadsfri tandregleringsbehandling.

3. Måttligt eller mindre behov

- a. Pre- och postnormala bett utan andra anomalidrag som kan hänföras till grupperna 1 eller 2 i Skåneindex
- b. Horisontell överbitning < 6 mm
- c. Djupt bett utan gingival påbitning
- d. Begränsade öppna bett utan funktionsstörning, med liten frontal öppning eller < 2 tandpar i sidoreionen
- e. Korsbett/korsbitning utan tvångsföring
- f. Saxbitning enstaka premolarer eller andra molarer utan tvångsföring
- g. Mindre uttalade trång- och glesställningar, rotationer eller tippningar, vilka ej kan hänföras till grupperna 1 eller 2 i Skåneindex
- h. Diastema mediale ≤ 2 mm, eller där komposituppbyggnad/protetisk ersättning är lämplig
- i. Agnesi av enstaka premolarer utan andra bettavvikelser

Interceptiv ortodonti

Tidig behandling med interceptiva åtgärder som syftar till att avbryta en ogynnsam bettutveckling ska genomföras.

Interceptiv ortodonti ingår i den allmänna barn- och ungdomstandvården enligt det som anges i *Förutsättningar för godkännande/ackreditering för vårdgivare och avtal för tandvårdsenhet i vårdval för allmän barn- och ungdomstandvård 0-19 år i Region Skåne gällande år 2015* under punkt 5.3.2.

Tidigt insatta åtgärder inom tandreglering får inte leda till att kvarstående bettavvikelse efter genomförd interceptiv ortodonti omöjliggör en färdigbehandling vid ett senare tillfälle. Därför ska en patient som erhållit interceptiv ortodonti diagnostiseras efter den diagnos som ger högst prioritering i en urvalssituation vid en jämförelse mellan diagnoserna i de olika urvalssituationerna.

Målsättningen med den interceptiva ortodontin måste alltid vara att den ska kunna leda till att antalet barn med behov av tandreglering kan minskas eller svårighetsgraden kan bli lägre hos dem som behandlas.

Behovsgradering tandregleringsbehandling

Denna behovsgradering är gemensam för landstingen i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtlands län. Den anger vilka behandlingsbehov som berättigar till vård inom barn- och ungdomstandvård.

De behov som ryms i grupperna 1 och 2 skall ges företräde till vården.

Behov som ryms under gruppen 3 skall inte behandlas i den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Undantag utgör interceptiva åtgärder som är en självklar del av all barn- och ungdomstandvård.

Grupp 1: Mycket stort behov

- 1 Läpp-, käk-, och gomspaltor.
- 2 Syndrom som medför ansiktsdeformiteter.
- 3 Utseendemässigt och/eller funktionellt handikappande anomalier t ex extrema post- eller prenatala bett, extremt öppna bett
- 4 Multipla aplasier.

Grupp 2: Stort behov

- 1 Stor horisontell överbitning med inkompetent läppslutning och traumarisk ².
- 2 Prenormalt tvångsbett.
- 3 Djupbett med gingival påbitning.
- 4 Enkelsidigt korsbett med tvångsförning ³.
- 5 Saxbett eller artikulationsstörande saxbitning.
- 6 Aplasi eller tandförlust i fronten med estetiskt störande glesställningar och asymmetrier.
- 7 Aplasi av två eller flera tänder i samma kvadrant (8-orna undantagna).
- 8 Aplasi av enstaka tänder i sidosegmenten vid risk för påtaglig bettpåverkan ⁴.
- 9 Invertering med tvångsförning ³.
- 10 Ektopiskt erumperande eller retinerade incisiver eller hörntänder
- 11 Starkt uttalade trång- och glesställningar, rotationer och tippningar som är uppenbart estetiskt eller funktionellt störande.
- 12 Infraokklusion av temporära molarer eller permanenta tänder med risk för påtaglig bettpåverkan.

Grupp 3: Mindre behov ⁶.

- 1 Prenormala bett med liten negativ horisontell överbitning.
- 2 Postnormala bett utan andra anomalidrag.
- 3 Djupbett utan gingival påbitning.
- 4 Öppna bett utan funktionsstörning och med liten frontal bettöppning.
- 5 Icke tvångsförande korsbett eller korsbitningar.
- 6 Invertering av enstaka tänder utan tvångsförning.
- 7 Mindre uttalade trång- och glesställningar, rotationer och tippningar av ringa estetisk och funktionell betydelse.
- 8 Infraokklusion av temporära molarer eller permanenta tänder.
- 9 Enstaka aplasier utan andra bettavvikelser.

Vid svårbedömda gränsdragningar mellan gruppen 2 och 3 kommer konsulterande ortodontist att använda ICON-index för bedömning.

Notiser:

- 1 Begreppet ”multipla aplasier” används vanligen när patienten saknar 6 tänder eller fler.
- 2 Med stor horisontell överbitning avses horisontell överbitning mer än 6 mm.
- 3 Med ”tvångsförning” avses en tydlig förskjutning av underkäken från retruderad kontaktposition till

interkuspitation, anteriort eller lateralt.

4 Risk för påtaglig bettpåverkan kan vara stor vid aplasi i underkäken i kombination med postnormalt djupbett.

5 Retinerade tänder vid avslutad bettutveckling kan ofta lämnas utan åtgärd.

6 Normalt ges denna grupp inte ortodontisk behandling.

Undantag skall göras för interceptiva åtgärder i syfte att avbryta en ogynnsam bettutveckling.

Dessa åtgärder utgör en självklar del av den organiserade barn- och ungdomstandvården.

En god ortodontisk interceptivvård kan leda till att antalet barn med behov av ortodontisk behandling kan minskas eller svårighetsgraden hos dem som behandlas kan bli lägre.

Öppna bett med parafunktioner, korsbett i kombination med platsbrist, prenatala bett, inverteringar och enstaka aplasier är exempel på tillstånd där tidiga, och enkla åtgärder har god effekt.

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer 17316049HSLF Utgivare: Rättschef Pär Ödman, Socialstyrelsen

HSLF-FS

2016:49

Föreskrifter om ändring i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd;

15 januari 2017

E.10 Tandreglering

För tandreglering gäller att avvikelsen ska vara funktionellt eller utseendemässigt tydligt störande och av en omfattning som svarar mot följande behandlingsbehov:

– stort behov:

utseendemässigt eller funktionellt starkt störande anomalier, innefattande prenatala tvångsbett, djupbett med gingivalt trauma, extrema öppna bett, tvångsförande och artikulationsstörande kors- och saxbett, uttalade frontala trång- eller glesställningar, postnormala bett med stort horisontellt överbett, retinerade hörntänder, estetiskt eller funktionellt störande rotationer eller omfattande aplasier i sidosegment

– mycket stort behov:

utseendemässigt eller funktionellt handikappande anomalier, innefattande LKG-defekter, extrema post- och prenatala bett, retinerade incisiver i överkäken eller omfattande aplasier.

6.1.2 Danmark

Regler for Ortodontivisitation og Ortodontiindikationer

(Reglerne i dette bilag er fastsat i henhold til bekendtgørelsens § 2, stk. 1, nr. 4)

Målsætning

Målet for børne- og ungdomstandplejens ortodontiske service er at forebygge og behandle de tandstillingsfejl, der indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/eller psykosociale belastninger.

Tandstillingsfejl dækker et stort spektrum, lige fra f.eks. tænder der ikke er anlagt, eller bryder forkert frem, over fejlstillinger i den enkelte kæbe, til forkert sammenbid af kæberne som følge af en ugunstig vækstform.

Tandstillingsfejl kan udvikle sig, indtil barnets vækst og fysiske modning er afsluttet.

Ortodontisk visitation

Udvælgelse til ortodontisk behandling finder sted på grundlag af en biologisk risikovurdering, idet formålet er at diagnosticere de tandstillingsfejl, der indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/eller psykosociale belastninger. Udvælgelsen finder sted dels ved de regelmæssige, generelle undersøgelser, dels ved systematisk screening.

Når der er diagnosticeret tandstillingsfejl med tandlægefaglig behandlingsindikation, dvs. betydelige afvigelser i tandbuerne eller i kæbernes sammenbid, må der foretages en afvejning af denne i forhold til det udtrykte behandlingsønske hos barnet og dets forældre.

Ortodontisk undersøgelse ved de regelmæssige undersøgelser hos barnets sædvanlige tandlæge

Ortodontisk undersøgelse er en integreret del af de regelmæssige, generelle undersøgelser i børne- og ungdomstandplejen. Formålet hermed er at sikre en rettidig udvælgelse af børn, der bør behandles tidligt, dvs. før screening hos specialtandlæge. Dette sikres ved et snævert samarbejde mellem den tandlæge, der er ansvarlig for barnets generelle tandpleje, og specialtandlæge. Se endvidere nedenfor under "Forebyggelse og behandling - interseptiv og korrektiv behandling".

Ortodontisk screening hos specialtandlæge

Ud over de ortodontiske undersøgelser, der foretages i forbindelse med de regelmæssige, generelle undersøgelser, bør det sikres, at alle børn med moderate eller større tandstillingsfejl visiteres af specialtandlæge. Formålet hermed er at sikre en ensartet og rettidig udvælgelse af de børn, der har indikation for behandling. Det skønnes ikke nødvendigt at lade børn, der enten ikke eller kun i mindre grad har afvigelser i tandstillingen, deltage i denne screening. Barnets sædvanlige tandlæge forventes at kunne foretage og journalføre denne vurdering. Ved ovenstående undersøgelser journalføres diagnoser og indikationsstilling efter gældende regler.

Forebyggelse og behandling - intercektiv og korrektiv behandling

For ortodontiske behandlinger som for alle andre typer af sygdomme og behandlinger gælder, at sygdomsforløb, reaktionsmønstre og psykiske komplikationer ikke kan graderes i niveauer, men er individuelt forskellige.

Visse tandstillingsfejl skal behandles tidligt, for at et tilfredsstillende resultat kan opnås. Det vil således ikke være hensigtsmæssigt hverken fra et behandlings- eller ressourcemæssigt synspunkt at udsætte behandlingen.

Individuelle faktorer kan ikke altid i børneårene erkendes i fuldt omfang. Intercektiv / forebyggende ortodontisk behandling kan imidlertid ofte spare et barn for en senere større behandling. Forebyggelse består derfor primært i tidlig indgriben (intercektiv behandling) over for en udvikling, der vil medføre alvorlige tandstillingsfejl senere.

På tidspunktet for igangsættelsen af den interceptive behandling kan det ikke altid forudses, hvor alvorligt malokklusionen vil udvikle sig uden intercektiv behandling. Alligevel bør der lægges øget vægt på anvendelse af tidlige, interceptive behandlinger, hvor dette er muligt, i stedet for de senere - langt mere ressourcekrævende - korrektive behandlinger.

Intercektiv behandling kan som regel udføres med relativt enkle midler, og behandlingens forebyggende aspekt ligger i, at den træder i stedet for mere ressourcekrævende, komplicerede og biologisk set mindre hensigtsmæssige behandlinger. Eksempelvis anbefaler Sundhedsstyrelsen pladslukning (sammenføring af de resterende tænder) hos børn og unge med manglende tandanlæg, idet denne biologiske løsning i mange tilfælde kan være et meget hensigtsmæssigt alternativ til bekostelige protetiske rekonstruktioner, f.eks. implantater. Tilsvarende bør barnets sædvanlige tandlæge ved de regelmæssige undersøgelser allerede fra ca. 9-års alderen udvise særligt agtpågivenhed omkring lejring og frembrud af hjørnetænder med henblik på tidlig diagnostik og intercektiv behandling i relation til ektopi af disse.

Det bør tilstræbes, at ortodontiske behandlinger forestås af specialtandlæger, men at andre personalegrupper inden for tandplejen inddrages i udstrakt grad. Ansvarsfordelingen i forhold til den konkrete behandling skal være klar (journalført), når flere behandlere (tandlæger /

tandplejere / klinikassistenter) er inddraget i samme behandling.

Inden den kommunale tandplejes ophør bør ekstreme vækstbetingede kæbedeformiteter med så alvorlige afvigelser i kæbevæksten, at såvel ortodontiske som kirurgiske indgreb er nødvendige, være diagnosticerede og fornødne henvisninger være foretaget. Det skal tilføjes, at behandlingsindikation indiskutabelt er til stede i tilfælde af alvorlige ansigtsmisdannelser (f.eks. læbe-ganespalte) og medfødte eller erhvervede kraniofaciale misdannelser (f.eks. visse syndromer).

Kalibrering, teamsammensætning og enhedernes størrelse

Almindeligvis vil der i forbindelse med visitering til ortodontisk behandling i en given børnepopulation være en gruppe af patienter, for hvem det gælder, at det kan være vanskeligt at afgøre, hvorvidt der skal udføres behandling eller ej.

Udvælgelse til tandregulering baseres for den enkelte specialtandlæge på en faglig vurdering i henhold til de visitationskriterier, som er fastlagt af Sundhedsstyrelsen. Der er blandt de fleste specialtandlæger enighed om, hvilke børn / unge der ubetinget bør tilbydes behandling. Visitationskriterierne, der er baseret på vurdering af risiko, kan i imidlertid i et vist omfang give anledning til tolkningsmuligheder, og dermed til en variation i tilbudet (gråzoneintervallet), idet behandlingsbehovet vurderes forskelligt blandt specialtandlægerne. Hertil kommer, at en mærkbar forventning hos brugerne kan få afgørelser i grænsetilfælde til at falde forskelligt ud.

Med henblik på at sikre et ensartet tilbud og reducere den tidligere konstaterede store variation i behandlingstilbudet, må kalibreringsøvelser derfor indgå som en nødvendig del af den ortodontiske service. Når specialtandlæger arbejder i små enheder vil mulighederne for kalibrering imidlertid ikke være til stede. Arbejder specialtandlæger derimod i større tandplejeenheder, hvor det interkollegiale samarbejde kan danne grundlag for en løbende erfaringsudveksling og kalibrering specialtandlægerne imellem, vil variationen i visitationen blive mindsket. Herigennem vil screeningen ved specialtandlæge medvirke til at sikre et ensartet vurderingsniveau som grundlag for en hensigtsmæssig, faglig og ressourcemæssig styring af området.

Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at kommunerne samarbejder i større tandreguleringsenheder ¹⁾. Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at der på tandreguleringsområdet ideelt set bør være følgende teamsammensætning (et minimumsteam): 1 specialtandlæge: 1 tandplejer: 3 klinikassistenter. Afhængig af befolkningsunderlaget og andre lokale forhold - kan det være nødvendigt at udvide antallet af kliniske medarbejdere (tandplejere og klinikassistenter under ét) fra 4 til 5 personer. Tandplejen må tilrettelægges med henblik på hensigtsmæssig og maksimal udnyttelse af de til opgaverne allokerede ressourcer, både personalemæssige, lokalemæssige og økonomiske, og der må skabes rammer for den fornødne fleksibilitet, afhængigt af blandt andet lokale forhold. Med henblik på at sikre den fornødne enhedsstørrelse på tandreguleringsområdet, bør der

være mindst 1,2, men gerne 2 minimumsteams pr. organisatorisk enhed. Under optimale forhold vil dette være ensbetydende med, at en organisatorisk enhed på tandreguleringsområdet bør dække tandreguleringsbehovet for et befolkningsunderlag på 55.000 - 100.000 personer, dvs. ca. 11.000 - 20.000 børn og unge.

Risikovurdering

Grundlaget for visitationskriterierne er en risikovurdering, hvilket betyder, at der i hvert enkelt tilfælde skal foretages en individuel vurdering af, om de forskellige tandstillingsfejl indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/eller psykosociale belastninger.

Det kan forventes at nogle børn selv med udpræget ortodontisk behandlingsindikation ikke ønsker behandling. Omvendt vil andre børn med mindre alvorlige tandstillingsfejl kunne udtrykke et meget stærkt ønske om behandling (se endvidere "Behandling udført på psykosocial indikation vs. kosmetisk behandling").

Endvidere kan tandstillingsfejl på visitationstidspunktet være uden gener for barnet selv, men kan af visitator vurderes til at ville udvikle sig i en sådan grad, at den senere vil forvolde skader.

Tabel 1 indeholder en oversigt over de risici, der kan sættes i relation til tandstillingsfejl.

Behandling udført på psykosocial indikation vs. kosmetisk behandling

For så vidt angår risikofaktoren "psykosocial belastning", skal det erindres, at børne- og ungdomstandplejen skal tilbyde ortodontisk behandling til de børn og unge, der har veldefineret indikation. Det skal således være faglige forhold, der taler for iværksættelse af behandling hos det enkelte barn. Det er velkendt, at grænserne for normal variation har sammenhæng med sociale normer i referencegrupper og det omgivende samfund.

Udgangspunktet er imidlertid, at tilbudet på landsplan skal være ensartet, og at den kommunale tandpleje ikke skal tilbyde kosmetisk tandpleje.

Med henblik på at skelne mellem behandling udført på psykosocial indikation og kosmetisk behandling kan opstilles følgende definitioner:

Behandling udført på psykosocial indikation (risikofaktor IV) er behandling, hvor den afgørende indikation for indgrebet er en korrektion af personens udseende, således at dette ikke afviger i en sådan grad, at det må anses for invaliderende.

Behandling udført på kosmetisk indikation er behandling, hvor det kosmetiske hensyn udgør den afgørende indikation for behandlingen, dvs. en behandling, der som hovedformål

har til hensigt at forandre/forbedre udseendet, men hvor der ud fra en faglig vurdering ikke er tale om afvigelse i udseendet, der må anses for invaliderende. Kosmetiske behandlinger er ikke omfattet af tilbudet i børne- og ungdomstandplejen.

Visitationskriterier for udvælgelse til ortodontisk behandling

Det er ikke muligt i alle detaljer at beskrive de forskellige faktorerers indvirkning på den samlede individuelle vurdering. Kombinationer af flere mindre malokklusionstræk kan således samlet set medføre, at der ud fra en faglig vurdering er så stor indikation, at en ortodontisk behandling alligevel bør tilrådes/tilbydes.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at anvendelse af de nævnte kriterier vil medvirke til at reducere variationen i behandlingstilbuddet.

Tabel 2 angiver visitationskriterierne for udvælgelse til ortodontisk behandling.

Gennemførelse af ortodontisk behandling

Sundhedsstyrelsen skal henlede opmærksomheden på, at ortodontiske behandlinger - også de tidlige interceptive behandlinger - er langvarige behandlinger, der kræver en god Kooperation fra såvel barnet / den unge som hjemmet.

Ved manglende Kooperation, herunder svigtende mundhygiejne - til trods for den fornødne motivation, instruktion og information af barn / ung og forældre - bør tandplejen nøje overveje, om det er i barnets / den unges tarv at fortsætte behandlingen, eller om den bør afbrydes. Børne- og ungdomstandplejen bør informere om disse forhold, inden behandling iværksættes.

TABEL 1 - Risici, der kan sættes i relation til tandstillingsfejl		
Risiko kode	Type	Beskrivelse
I	Skader på tænder og omgivende væv	<u>Parodontale skader</u> : v. ekstremt dybt bid, der beskadiger parodontiet bag overkæbens fortænder eller foran underkæbens fortænder.

		<p><u>Ulykkesskader på tænder:</u> v. ekstremt overbid , især når tænderne ikke beskyttes af læberne.</p> <p><u>Rodresorption af (overkæbefor-)tænder:</u> eks. v. ikke-frembrudte, fejllejrede hjørnetænder.</p>
II	Funktionelle risici	<p><u>Funktionsforstyrrelser</u> i form af forlænget tyggeaktivitet og lavere maksimal bidkraft, muskelømhed, ændrede funktionsmønstre for hvileholdning, synkning og tale, øget og uhensigtsmæssig belastning af tyggemuskler og kæbeled, udvikling af temporomandibulære funktionsforstyrrelser, kæbeledslyde, muskel- og kapselømhed og asymmetrisk gabebevægelse er beskrevet i varierende omfang ved følgende malokklusioner: horisontalt maksillært overbid, åbent bid, dybt bid, mandibulært overbid og unilateralt krydsbid.</p>
III	Senskader	<p><u>Fremadvandringer af overkæbefortænderne:</u> v. ekstremt overbid, hvis underlæben ligger bag fortænderne og presser disse frem.</p> <p><u>Sen udvikling af ekstremt dybt bid:</u> v. ekstrem kæbevækst i forbindelse med manglende kontakt mellem fortænderne. Afvigelsen kan føre til så alvorlige fejl i sammenbiddet, at ortodontisk/kirurgisk behandling bliver nødvendig.</p> <p><u>Skæv kæbeudvikling:</u> v. udpræget krydsbid eller saksbid med tvangsføring af underkæben.</p>
IV	Psykosociale risici	<p><u>Risiko for psykosocial belastning:</u> v. tandstillingsfejl, der ligger langt ud over den normale variation, således at personens udseende afviger i en sådan grad at det må anses for</p>

	invaliderende.
--	----------------

TABEL 2 - Visitationskriterier for udvælgelse til ortodontisk behandling

	Potentielle risici	Manifestationer	Behandlingsindikation
Forøget horisontalt maksillært overbid	I, II, III, IV	Ekstremt overbid (over 9 mm)	Næsten altid
		Moderat overbid (6- 9 mm), kombineret med insufficient / meget anstrengt læbelukke eller tydelig dysfunktion (læbefang, evt. kombineret med tungepres)	Efter individuel vurdering
		Lille overbid (under 6 mm) kombineret med andre afvigelser	Efter individuel vurdering
		Lille overbid (under 6 mm) alene	Næsten aldrig
Forøget vertikalt overbid	I, II, III	Dybt bid med palatinal påbidning af min. 1-2 tænder og tydelig irritation/impression i ganen og/eller subjektive gener	Næsten altid
		Dybt bid (over 75% overlap) med retroklinerede incisiver og tydeligt atypisk slid af ikke generel karakter	Næsten altid
		Dybt bid med retroklinerede incisiver, usikker incisivstøtte (min. 2 tænder uden	Næsten altid

		incisivstøtte) og anteriort roterende væksttype	
		Anden palatinal berøring kombineret med andre symptomer	Efter individuel vurdering
		Anden palatinal berøring alene	Næsten aldrig
Åbent bid	II (IV)	Åbent bid med reduceret okklusionsfelt (dvs. alene kontakter på molarer)	Altid #
		Åbent bid med funktionelle problemer (spise- / tygge- / bidfunktionsproblemer mm.)	Altid #
		Omfattende skelettalt betinget åbent bid - ekstrem, afvigende kæbevækst	Næsten altid #
Mandibulært overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering)	I, II, III, IV	Mandibulært overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering) med pladsmangel til eruption af tænder i overkæben	Næsten altid #
		Mandibulært overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering) med tvangsføring (interceptivt)	Næsten altid
		Mandibulært overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering) med tydelig bidlåsning	Næsten altid

		Mindre inverteringer uden større pladsproblemer	Næsten aldrig
		Basale afvigelser uden akutte problemer	Observation
Krydsbid / Saksbid	II, III	Krydsbid / saksbid med udtalt tvangsføring (ubetinget ved 2 mm eller mere) eller bidlåsning	Næsten altid
		Krydsbid / saksbid med pladsmangel til eruption af OK-tænder hvor ekstraktion ikke er indlysende	Næsten altid
		Totale en- eller dobbeltsidige saksbid	Næsten altid
		Saksbid af en eller flere enkeltstående tænder, herunder 7+7, alene	Næsten aldrig
Ektopi / displacering	I, III, (IV) (hvor ekstraktion / amotio ikke er en hensigtsmæssig løsning)	Store iøjnefaldende ved front og hjørnetænder	Næsten altid
		Ektopi / displacering, der bevirker eruptionshindring	Næsten altid
		Ektopi / displacering, der medfører retention	Næsten altid
Ikke frembrudte tænder	I, IV	Incisiver og hjørnetænder	Næsten altid
		Andre tænder, hvor amotio ikke er en faglig hensigtsmæssig løsning	Efter individuel vurdering
Erhvervet tandtab	IV	Nødvendig forbehandling til protetik	Efter individuel vurdering

Agenesesi	I, II, III, IV	For- og hjørnetænder, hvor større diastemata resterer (dvs. manglende naturlig korrektion) - se endvidere spredtstilling	Næsten altid *
		Præmolarer (afhængig af antal og lokalisation samt vækstmønster)	Efter individuel vurdering *
		Multiple - forbehandling til protetik	Næsten altid *
Spredtstilling	IV	Ekstrem spredtstilling i overkæbefront med pladsoverskud svarende til en hel tandbredde eller mere, og hvor plastrestauration ikke er mulig / hensigtsmæssig	Efter individuel vurdering
		Ekstrem spredtstilling som delement i kombination med andre afvigelser	Efter individuel vurdering
Trangstilling	(I), IV	Stor iøjnefaldende trangstilling med stillingsvariation af flere tænder i overkæbefronten - primært overkæbeincisiver (pladsmangel svarende til en hel tandbredde eller mere)	Efter individuel vurdering - næsten altid
		I underkæbefront ved kombination med andre indikationer	Efter individuel vurdering
		Total placering af enkelttand i underkæbefront alene	Aldrig

Funktionsafvigelser	II	Børn og unge med dokumenterede lidelser, der ikke kan holdes symptomfri uden korrektion af sammenbidet	Efter individuel vurdering *
Vækstafvigelse (interceptiv ortodonti)	II, IV	Asymmetri	Næsten altid #
		Kæbeledslidelse	Næsten altid #
		Ekstreme vækstforhold (mandibulært overbid, evt. åbne bid)	Næsten altid #
Ekstraordinært psykosocialt behov	IV	Børn og unge med kombination af mindre tandstillingsfejl og veldokumenterede problemer, f.eks. henvisning fra anden autoriseret behandler, hvor behandling har været uden resultat - ikke kosmetisk ortodonti	I begrænset omfang efter individuel vurdering

I samarbejde med eller henvisning til ortodontisk-kirurgisk behandling jf. Sundhedsstyrelsens Specialevejledning ²⁾

* I samarbejde med eller i regionstandplejen, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning ³⁾

1) Tandplejens struktur og organisation. Tabel 5. Sundhedsstyrelsen 2004.

2) Meddelelse vedr. behandlingen af patienter med ekstreme vækstbetingede kæbeanomalier og kraniofaciale misdannelser. Sundhedsstyrelsen 1987.

3) Retningslinier for omfang af og krav til kommunal og regional tandpleje. Sundhedsstyrelsen 2006.

6.1.3 Norge

Bittanomalier

I dette punktet omhandles kun bittanomalier som kan behandles kjeveortopedisk. De bittanomalier som er stønadsberettiget, er delt opp i tre grupper. Oppstillingen i gruppene gir en uttømmende oversikt over de tilfeller der det ytes stønad til kjeveortopedisk behandling ved bittanomalier. Avhengig av diagnose vil hver enkelt bruker bli definert å tilhøre henholdsvis gruppe a, b eller c. Gruppen er bestemmende for prosentatsen det ytes stønad i henhold til.

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

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

a) Svært stort behov

1) Leppe-kjeve-ganespalte

2) Medfødt og ervervet craniofacial lidelse

3) Bittavvik som er så alvorlig at bruker må ha ortognatisk-kirurgisk behandling

Det er en forutsetning at tilfredsstillende behandlingsresultat kun kan oppnås gjennom kombinasjonsbehandling. Nødvendig bittrehabilitering for å stabilisere behandlingsresultatet ved ortognatisk kirurgi kan også dekkes når tenner mangler, uavhengig av årsaken til tanntapet. Utgiftene dekkes med 100 prosent etter honorartakstene.

b) Stort behov

1) Horisontalt overbitt som er 9 mm eller mer Det horisontale overbitt måles fra incisalkanten på den mest prominente overkjeveincisiv langs okklusjonsplanet til labialflaten av motsvarende underkjeveincisiv.

2) Enkelttidig kryss- eller saksebitt som omfatter tre eller flere tannpar og medfører tvangsføring og/eller asymmetrier I blandingstannsett kan denne gruppeplassering benyttes selv om ikke mange nok permanente tenner er frembrutt til at det kan registreres kryss- eller saksebitt på tre tannpar. Det må imidlertid være overveiende sannsynlig at tre eller flere permanente tenner vil eruptere i kryss-/saksebitt uten tidligbehandling. Kravet til tvangsføring opprettholdes.

3) Åpent bitt hvor det kun er okklusjonskontakt på molarene Dersom premolarene ikke er fullt frembrutt, forutsettes det at disse overveiende sannsynlig ikke vil kunne nå okklusjonskontakt uten behandling. Utgangspunktet er okklusjon bare på de permanente molarer. Dersom det er kontakt mellom melkemolarer kvalifiserer dette ikke til gruppe b.

4) Retinerte fortenner, hjørnetenner og premolarer hvor det er nødvendig med aktiv fremføring Dette gjelder tenner som ikke bryter frem til normal frembruddstid og som trenger aktiv fremføring.

5) Underbitt som omfatter alle fire incisiver med eller uten tvangsføring Inverterte sentraler, der en må regne det som sikkert at også laterale vil bli invertert, anses som likeverdig avvik. Det samme gjelder kant-i-kantbitt av alle fire incisiver.

6) Ageneser eller tanntap i fronten (fortenner og hjørnetenner) En tann i fronten som ikke kan trekkes frem, anses likeverdig med tanntap i fronten.

7) Dypt bitt som er 6 mm eller mer, eller med buccal eller palatinal påbiting av slimhinnen med to tenner eller flere Påbitingen må være palatinal for antagonistens anatomiske kroner (slik at det senere ikke blir kontakt med cingulum). Påbiting av gingiva som dekker cingulum, eller kontakt med papilla incisiva alene, kvalifiserer ikke for gruppering under dette punkt.

8) Dobbelttidig saksebitt som omfatter to eller flere tannpar på hver side

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

10) Ageneser av enkelttenner i sidesegmentene (dersom luker lukkes) og hypoplastisk molar

Utgiftene dekkes med 75 prosent etter honorartakstene.

c) Klart behov

1) Horisontalt overbitt fra 6–9 mm

2) Åpent bitt som omfatter tre eller flere tannpar

Er det åpne bittet lokalisert i fronten, skal det vertikale overbittet være negativt. For laterale åpne bitt gjelder samme regler som for punkt b-3.

3) Inverteringer i fronten (fortenner og hjørnetenner)

4) Dypt bitt uten tannkontakt, eller med påbiting av den gingivale ¼ av overkjevens lingualflater

5) Diastema mediale som er 3 mm eller større eller markert generelt plassoverskudd i fronten (angis i mm) Med markert plassoverskudd for stønadsberettiget ytelse forstås minst 6 mm.

6) Stor plassmangel i fronten som er 4 mm eller mer og kontaktbrudd mellom enkelttenner på minst 2 mm Med fronten menes fortenner og hjørnetenner.

Utgiftene dekkes med 40 prosent etter honorartakstene.

Generelle merknader

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

Henvvisning til kjeveortoped

Det er en forutsetning for stønad at det foreligger fyldestgjørende henvvisning fra tannpleier eller fra annen tannlege. En henvvisning for brukere omfattet av gruppene b) og c), gjelder 24 måneder fra henvisningsdato. I de tilfeller det er behov for en ny vurdering av behandlingsbehovet, må det foreligge ny henvvisning, jf. forskriften § 3 andre ledd.

Utvidet stønad av utgifter til kjeveortopedisk behandling

Ordningen med utvidet stønad til utgifter til kjeveortopedisk behandling gjelder familier der flere barn enn ett barn har behov for slik behandling. Moderasjonen gjelder fra det neste barnet (med behov for tannregulering) og de påfølgende søsken.

I familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedisk behandling av bittavvik under gruppe b eller c, økes stønaden i gruppe b fra 75 prosent til 90 prosent og i gruppe c fra 40 prosent til 60 prosent fra og med det andre barnet. For at utvidet stønad fra og med det neste barnet skal gjelde, er det et vilkår at det kan dokumenteres at behandlingen av det første barnet har påført familien faktiske utgifter.

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

Ved samlivsbrudd omfattes den av foreldrene som har retten til barnetrygden for de aktuelle søsken av ordningen om søskenmoderasjon. Der de aktuelle søsken har halvsøsken, er det et vilkår at barnetrygden for de aktuelle søsken utbetales til søsknenes felles mor/far.

Der ett/flere søsken er adoptert, omfattes barnet/barna av ordningen fra tidspunktet for adopsjonsbevillingen.

Som dokumentasjon på bosted godtas blant annet utskrift fra folkeregisteret. Ved avtale om delt bosted, jf.

barnelova § 36, vil avtalen mellom foreldrene være nødvendig tilleggsdokumentasjon for å oppnå søskenmoderasjon.

6.1.4 Internasjonalt

IOTN, Index of Orthodontic Treatment Need består av to deler⁵²

- Dental Health Component, DHC og Aesthetic Component, AC

DHC: består av en skala fra gruppe 1 til gruppe 5

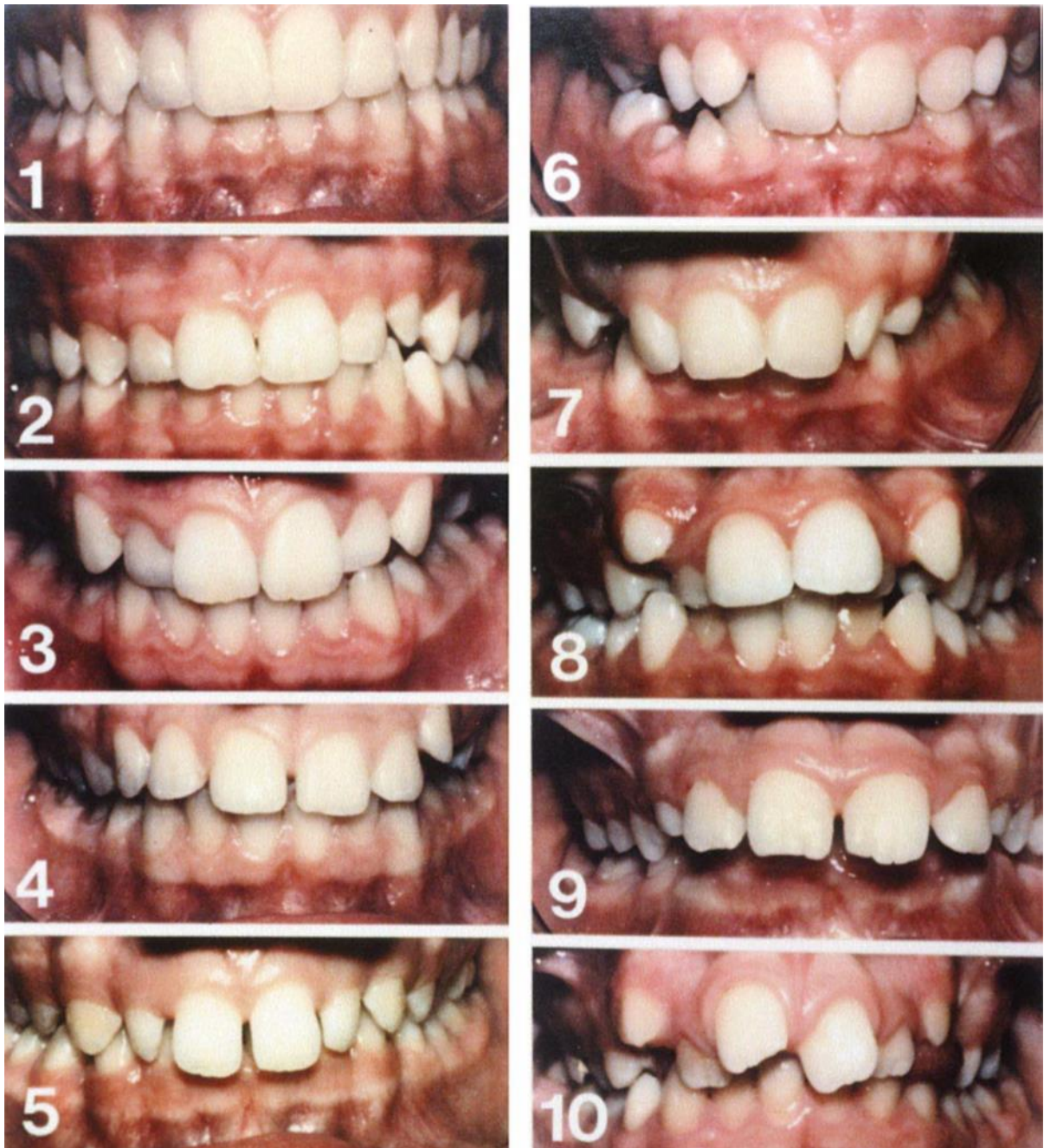
- gruppe 1: ingen behov - gruppe 5: veldig stort behov
- hver gruppe deles igjen i klasser svarende til type malokklusjon

<p>GRAD 5 Behandlingsbehov</p> <p><input type="checkbox"/> 5.i Forhindret tannfrembrudd (unntatt 3.molar) forårsaket av plassmangel, posisjonsavvik, overtallige tenner eller annen patologisk tilstand.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.h Multiple agenesier som krever protetiske erstatning (mer enn en manglende tann i samme kvadrant).</p> <p><input type="checkbox"/> 5.a Overbitt større enn 9 mm.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.m Underbitt større enn 3.5 mm som medfører tygge og tale vansker.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.p Defekter med leppe-gane spalter og andre kraniofaciale lidelser.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.s Sekundært retinerte temporære tenner.</p>	<p>GRAD 3 (Grensekasus)</p> <p><input type="checkbox"/> 3.a Overbitt større enn 3.5mm men mindre eller lik 6mm og med inkompetente lepper.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.b Underbitt større enn 1mm men mindre enn 3.5 mm.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.c Anteriore eller posteriore kryssbitt som medfører større enn 1mm, men mindre enn 2mm tvangsføring.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.d Kontaktpunkt avvik (plassmangel) større enn 2mm men mindre eller lik 4mm.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.e Laterale eller anteriore åpne bitt større enn 2mm men mindre eller lik 4mm.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.f Dypt bitt fullstendig til gingivalt eller palatinalt vev, men ingen traume.</p>
<p>Grad 4 Behandlingsbehov</p> <p><input type="checkbox"/> 4.h Mindre uttalt agenesier (Max 1 tann i hver kvadrant), med behov for kjeveortopedisk lukelukkning eller kjeveortopedi førprotetisk arbeid.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.a Overbitt større enn 6mm men mindre enn 9mm.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.b Underbitt større enn 3.5mm, uten tygge eller tale vansker.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.m Underbitt større enn 1mm og mindre enn 3.5mm som medfører tygge og/eller tale vansker.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.c Anteriore eller posteriore kryssbitt som medfører mer enn 2mm tvangsføring.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.l Posteriorelinguale kryssbitt (saksebitt) uten funksjonelle okklusale kontaktpunkt i ene eller begge segment.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.d Alvorlige kontaktpunkt avvik større enn 4 mm.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.e Ekstreme laterale eller anteriore åpne bitt større enn 4mm.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.f Dypt bitt med gingival eller palatinal påbitning.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.t Partielt eruptert tann, tippet eller impaktert mot motstående tann.</p> <p><input type="checkbox"/> 4.x Frembrutt overtallig-tann.</p>	<p>Grad 2 (Lite)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.a Overbitt større enn 3.5mm men mindre eller lik 6 mm og med kompetente lepper.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.b Underbitt større enn 0 mm, men mindre eller lik 1 mm.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.c Anteriore eller posteriore kryssbitt med mindre eller lik 1mm diskrepans mellom retruderte kontaktposisjon og interkuspidasjon.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.d Kontaktpunkt avvik større enn 1 men mindre eller lik 2mm.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.e Anteriore eller posteriore åpne bitt større enn 1mm men mindre eller lik 2 mm</p> <p><input type="checkbox"/> 2.f Dypt bitt større eller lik 3.5 mm uten gingival kontakt.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.g Pre eller postnormal okklusjon men ingen andre anomalier (inkluderer opp til en halv tann-enhet diskrepans).</p>
	<p>Grad 1 (Ingen)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Meget små malokklusjoner inkludert kontaktpunkt avvik mindre enn 1mm.</p>

⁵² Eur J Orthod 1998;11; 309-20; Brook PH. Shaw WC: The development of an index of orthodontic treatment priority

AC av IOTN viser 10 fotografier av tannsett som spenner fra normalokklusjon til alvorlig malokklusjon

- Fotografi 1 mest attraktive tannsettet og fotografi 10 er det minst attraktive tannsettet.





Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no