

HOVEDBUDSKAP

- Begrepet «nødvendig tannbehandling» er en rettslig standard som forutsetter både tannhelsefaglig vurdering og faktisk tilgjengelighet, men kan i praksis påvirkes av kapasitetsbegrensninger.
- Utvidede rettigheter til nye pasientgrupper har aktualisert spenningen mellom rettigheter og kapasitet i den offentlige tannhelsetjenesten.
- Når pasienter med betydelige smerter ikke får tilgang til nødvendig behandling, utfordres både medisinsk-etiske prinsipper, profesjonelt ansvar og tannlegeprofesjonens samfunnskontrakt.
- Manglende realisering av lovfestede rettigheter reiser spørsmål om fordeling av økonomisk ansvar ved systemsvikt, og om hvorvidt pasientrettigheter bør knyttes til individet, uavhengig av hvor nødvendig behandling faktisk utføres.

FORFATTERE

Melody Moezzi, tannlege, Lilleaker Tannklinikk, og TOO-tannlege i tverrfaglig team, Akershus fylkeskommune
ORCID: 0000-0001-6709-4265

Korresponderende forfatter: Melody Moezzi.
E-post: post@lilleaker-tannklinikk.no, melodym@afk.no

Akseptert for publisering 24.07.2026. Artikkelen er fagfellevurdert.

Artikkelen siteres som: Moezzi M. Når nødvendig tannbehandling ikke er tilgjengelig. Nor Tannlegeforen Tid. 2026;136: 562-566
Doi: 10.56373/6a72e2beee663

Nøkkelord: tannhelsetjeneste, nødvendig tannbehandling, prioritering, profesjonsetikk, rettferdighet

Når nødvendig tannbehandling ikke er tilgjengelig

En normativ etisk analyse av rettigheter, kapasitet og profesjonelt ansvar

Melody Moezzi

Denne artikkelen er en normativ etisk analyse av begrepet «nødvendig tannbehandling» i den offentlige tannhelsetjenesten. Analysen tar utgangspunkt i et klinisk kasus der en ung voksen pasient med betydelige smerter gjentatte ganger ble avvist fra akutt behandling i offentlig tannhelsetjeneste, men fikk smertelindrende behandling i privat praksis. Ved hjelp av de fire medisinsk-etiske prinsippene – autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet – analyseres det hvordan kapasitetsbegrensninger kan føre til at rettigheter ikke realiseres i praksis. Artikkelen viser hvordan slike situasjoner kan bidra til moralsk stress hos tannleger og utfordre forståelsen av profesjonelt ansvar og profesjonens samfunnskontrakt. Analysen synliggjør også hvordan kapasitetsbegrensninger og restriktive triagepraksiser kan bidra til en forskyvning av hvordan begrepet «nødvendig tannbehandling» operasjonaliseres i praksis, og dermed undergrave lovfestede rettigheter.

Introduksjon

Begrepet «nødvendig tannbehandling» står sentralt i reguleringen av den offentlige tannhelsetjenesten og fungerer som en rettslig standard for hvilke pasienter som har krav på offentlig finansiert behandling [1][2][3].

I denne artikkelen brukes begrepet «nødvendig tannbehandling» i sin rettslige og rettighetsbaserte betydning slik det er operasjonalisert i norsk tannhelsetjeneste, og ikke som en normativ klinisk definisjon av behandlingsindikasjon. Analysen avgrenses til tannhelsetjenesten slik den er juridisk og organisatorisk strukturert i Norge. Samtidig kan denne sektorinndelingen i seg selv proble-

matiseres i lys av pågående arbeid med universell helsedekning, der oral helse i økende grad forstås som en integrert del av generell helse [4].

For enkelte pasientgrupper er retten eksplisitt lovfestet og begrunnet i hensynet til likeverd, forebygging og helse [1].

I norsk tannhelsepolitikk har begrepet «nødvendig tannbehandling» fått økt betydning i takt med utvidelsen av rettigheter for nye pasientgrupper. Unge voksne mellom 19 og 28 år har i dag rett til nødvendig tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten mot redusert egenbetaling [1][5][6].

I norsk sammenheng brukes «nødvendig» som en rettslig standard knyttet til individuelle pasientrettigheter, mens «essential care» i internasjonal helsepolitikk betegner prioriterte tjenester innen universell helsedekning. Begrepene representerer ulike normative rammer. Mens «nødvendig tannbehandling» fungerer som en rettslig standard knyttet til den enkelte pasients rettigheter, beskriver «essential care» prioriteringer på systemnivå. Dette skillet er sentralt for analysen fordi jeg i artikkelen undersøker hva som skjer når individuelle rettigheter ikke kan realiseres i praksis på grunn av begrenset kapasitet [7][8][9].

Realiseringen av rettigheter forutsetter imidlertid faktisk tilgjengelighet. Det er samtidig kjent at kapasitet, organisering og tilgjengelighet varierer betydelig mellom fylkeskommunene. Jeg tar derfor ikke sikte på å beskrive praksis i Den offentlige tannhelsetjenesten generelt i analysen, men bruker et konkret kasus for å belyse prinsipielle og etiske problemstillinger knyttet til forholdet mellom rettigheter og faktisk tilgjengelighet. Når kapasiteten er begrenset, kan det oppstå misforhold mellom formelle rettigheter og faktisk tilgang, særlig i møte med pasienter med akutte smerter [4] [7]. Dette aktualiserer etiske spørsmål om prioritering, ansvar og profesjonell rolleforståelse.

Formålet med denne artikkelen er å undersøke hvordan manglende samsvar mellom rettighetsgrunnlag og faktisk kapasitet i den offentlige tannhelsetjenesten kan påvirke den praktiske operasjonaliseringen av begrepet «nødvendig tannbehandling». Gjennom en kasusbasert normativ analyse analyserer jeg hvordan rettslige standarder, kliniske vurderinger og prioriteringspraksiser samvirker i situasjoner med begrenset tilgjengelighet. I artikkelen søker jeg særlig å belyse hvordan snevre triagekriterier og kapasitetsbegrensninger kan bidra til en forskyvning i hva som i praksis anses som nødvendig tannbehandling, og hvilke etiske og profesjonelle implikasjoner dette kan ha.

Materiale og metode

Artikkelen er en normativ etisk analyse basert på et klinisk kasus fra tannhelsetjenesten. Analysen bygger på relevante rettslige ram-

mer, faglige retningslinjer og profesjonsetiske føringer [1][6] og anvender de fire medisinsk-etiske prinsippene, autonomi, ikke-skade, velgjørighet og rettferdighet, som analytisk rammeverk [10]. Kasuset brukes som illustrerende eksempel for å belyse strukturelle og etiske spenninger i praksis, og har ikke til hensikt å gi empirisk generaliserbare funn.

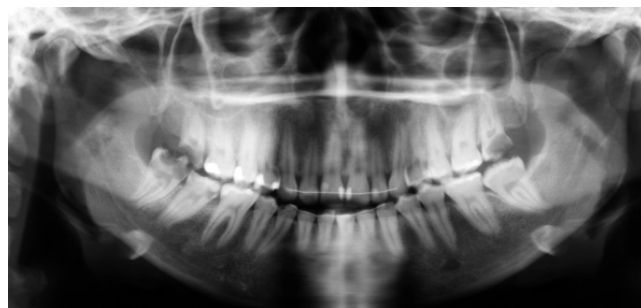
Pasienten har gitt informert samtykke til bruk av pasienthistorie og røntgenbilder i anonymisert form til faglig og vitenskapelig publisering. Opplysningene om pasientens kontakt med Den offentlige tannhelsetjenesten bygger på pasientens egen redegjørelse og er ikke verifisert av aktuell fylkeskommune. Kasuset benyttes som utgangspunkt for en normativ etisk analyse, og ikke som en evaluering av konkrete tjenestesteder eller enkeltaktører.

Kasus

En 23 år gammel pasient tok kontakt med Den offentlige tannhelsetjenesten flere ganger på grunn av sterke smerter fra flere tenner. Ved første henvendelse opplyste hen at hen hadde betydelige smerter og ikke fikk sove om natten. Hen ble spurt om hen hadde feber. Da hen svarte nei, fikk hen beskjed om at hen ikke kunne tilbys akutt time.

Ved neste henvendelse opplyste pasienten at smertene hadde til tatt ytterligere, og at hen verken kunne sove, spise eller gå på jobb. Også denne gangen ble hen spurt om hen hadde feber. Da hen svarte nei, ble hen avvist på nytt og informert om flere måneders ventetid.

Pasienten oppsøkte deretter en privat tannklinikk og fikk time samme dag. Klinisk og radiologisk undersøkelse viste uttalt karies og betydelig tap av tannsubstans på flere tenner (figur 1). Det ble utført begrenset smertelindrende behandling i form av ekstraksjon av tann 17, 27 og 48 ved tre separate besøk. Pasienten ble informert om sine rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten og anbefalt å ta ny kontakt for videre nødvendig behandling. Pasienten ble også



Figur 1. Ortopantomogram (OPG) som viser karies grad 5 med betydelig tap av tannsubstans på tann 17, 27 og 48. Disse tennene ble fjernet som ledd i smertelindrende behandling. Pasienten ble informert om sine rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten og anbefalt å ta ny kontakt for videre nødvendig behandling. Pasienten ble også informert om å ta kontakt ved symptomer fra tann 47, som viste sekundærkaries til pulpa mesialt, eller dersom hen fortsatt ikke fikk tilgang til nødvendig tannhelsehjelp.

informert om å ta kontakt med behandler dersom hen fortsatt ikke fikk tilgang til nødvendig tannhelsehjelp eller dersom tann 47, som viste sekundærkaries til pulpa mesialt, skulle gi symptomer.

Pasienten dekket selv kostnadene for behandlingen, selv om hen tilhørte en pasientgruppe med rett til nødvendig tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten. Retten innebærer tilgang til nødvendige tannhelsetjenester, herunder forebyggende, helsefremmende og behandlende tiltak, etter en tannhelsefaglig vurdering. For personer fra 19 til og med det året de fyller 28 år følger det av forskrift om vederlag for tannhelsetjenester at egenbetalingen ikke skal overstige 25 prosent av departementets fastsatte takster etter forskrift om vederlag for tannhelsetjenester [2][5].

Etisk analyse

Autonomi

Autonomi forutsetter reelle valgmuligheter [10]. I dette tilfellet var pasientens handlingsrom i praksis begrenset til å velge mellom langvarig ventetid med betydelige smerter eller privat behandling med økonomisk belastning. Når handlingsalternativene i praksis begrenses til fortsatt smerte eller egenfinansiert behandling, reduseres autonomiens praktiske betydning.

Ikke-skade

Gjentatte avvisninger innebar vedvarende smerte, funksjonstap og redusert arbeidsevne. Praksisen med avvisning basert på avgrensede triagekriterier, det vil si kriterier brukt for å sortere og prioritere pasienter i situasjoner med begrenset kapasitet, slik den er beskrevet i helsetjenesten for øvrig, reiser spørsmål om hvordan «akutt» og «nødvendig» forstås i praksis. Når betydelig smerte og funksjonstap ikke utløser tilgang til behandling, kan dette indikere en snever operasjonalisering av nødvendighetsbegrepet, med utilsktede etiske konsekvenser [7].

Basert på betydelig smerte, søvnmangel, redusert arbeidsevne og radiologiske funn fremstår behandlingsbehovet som klart innenfor rettslig terskel for nødvendig tannhelsehjelp [1][3].

Velgjørighet

Den begrensede smertelindrende behandlingen i privat praksis kan forstås som et forsøk på å handle til pasientens beste innenfor rammene av faglig forsvarlighet og systemansvar [6][10]. Samtidig illustrerer situasjonen hvordan tannleger i privat tannhelsetjeneste kan få en kompenserende funksjon ved begrenset offentlig kapasitet [7][8].

Rettferdighet

Når tilgang til nødvendig tannbehandling i praksis blir betinget av betalingsevne, utfordres prinsippet om likeverdig tilgang [4][7]

[10]. Kapasitet fungerer da som en implisitt prioriteringsmekanisme uten eksplisitte og transparente kriterier, noe som kan bidra til økt sosial ulikhet i tannhelse [4][7].

Diskusjon

Analysen viser at det etiske problemet ikke primært ligger i individuelle kliniske valg, men i spenningen mellom rettighetsbaserte ordninger og faktisk tilgjengelighet. Begrepet «nødvendig helsehjelp» er utviklet innenfor den øvrige helsetjenesten og operasjonaliseres der gjennom prioriteringskriterier og veiledere. Tannhelsetjenesten mangler i større grad et tilsvarende eksplisitt prioriteringsrammeverk, noe som kan bidra til variasjon i hvordan «nødvendig tannbehandling» forstås og praktiseres [7]. Denne spenningen illustrerer også forskjellen mellom den norske rettslige forståelsen av «nødvendig tannbehandling» og begrepet «essential care» i internasjonal helsepolitikk. Mens «essential care» beskriver prioriterte tjenester på systemnivå innen universell helsedekning, knytter det norske nødvendighetsbegrepet seg til individuelle pasientrettigheter. Når kapasiteten er utilstrekkelig til å realisere slike rettigheter i praksis, oppstår et normativt spenn mellom rettighet og tilgjengelighet som denne analysen søker å belyse.

Videre viser analysen at kapasitetsbetingede og snevre triagekriterier som krav om feber ved akuttvurdering, kan bidra til en forskyvning i hva som i praksis anses som nødvendig tannbehandling.

Samtidig er prioritering under ressursknapphet både legitim og nødvendig. Barn, alvorlige infeksjoner og pasienter med systemisk risiko må ofte prioriteres først. Analysen innebærer ikke en kritikk av prioritering som sådan, men synliggjør hvordan betydelig smerte og funksjonstap kan bli marginalisert når triagekriteriene blir for snevre [7][10].

Bruk av snevre triagekriterier kan bidra til at klinisk alvor, pasientopplevd smerte og funksjonstap ikke fanges opp i prioriteringsbeslutninger [7]. Når fravær av feber får avgjørende betydning for tilgang til akuttbehandling, kan dette indikere en innsnevring av hva som forstås som «akutt» og «nødvendig», med etiske konsekvenser både for pasienten og for profesjonens rolleforståelse.

Situasjonen reiser også spørsmål om profesjonelt ansvar i tannhelsetjenesten. Tannleger har et selvstendig ansvar for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, og dette ansvaret gjelder uavhengig av organisatorisk tilknytning [6][11]. Samtidig er tannlegeprofesjonen en del av et offentlig regulert helsesystem, der prioriteringsbeslutninger og ressursfordeling i stor grad ligger utenfor den enkelte klinikers kontroll.

Kasuset brukes her som illustrasjon av et bredere mønster dokumentert i offentlige utredninger, mediedekning og nyere kartlegginger, der det blant annet rapporteres om økt pasienttilstrømning

og kapasitetsutfordringer i den offentlige tannhelsetjenesten [4][7][8][9]. Samtidig varierer omfanget av kapasitetsutfordringer og tilgjengelighet betydelig mellom fylkeskommunene, og analysen tar ikke stilling til hvor utbredte slike situasjoner er nasjonalt.

Dette kan gi opphav til det som i profesjonsetisk litteratur omtales som moralsk stress, når tannleger opplever et vedvarende spenn mellom faglig vurdering av pasientens behov og systemets begrensninger [12][13]. Slike situasjoner aktualiserer også tannlegeprofesjonens samfunnskontrakt. Begrepet viser til den gjensidige forventningen mellom samfunnet og profesjonen, der samfunnet gir profesjonen tillit, autonomi og selvregulering mot at profesjonen forplikter seg til å sette pasientens beste først og ivareta sitt samfunnsansvar [14]. Når systemets rammebetingelser gjør det vanskelig å oppfylle disse forpliktelsene, kan det oppstå et spenn mellom profesjonens normative idealer og dens praktiske handlingsrom.

Når profesjonen forventes å ivareta pasientens beste også i situasjoner der offentlige rettigheter ikke realiseres, oppstår samtidig spørsmål om hvem som skal bære de økonomiske konsekvensene av denne svikten. I praksis kan dette innebære at privatpraktiserende tannleger yter nødvendig tannbehandling som følge av manglende tilgjengelighet i den offentlige tannhelsetjenesten.

I februar 2026 leverte Den norske tannlegeforening et formelt innspill til Helsedirektoratet om begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» og tannregulering [15]. Innspillet inngår i pågående arbeid med å konkretisere hvilke tjenester som bør omfattes av rettighetsbaserte ordninger og hvordan prioriteringskriterier bør utformes [15]. Dette understreker at begrepet «nødvendig tannbehandling» fortsatt er under faglig og juridisk utvikling [3][15], og at det per i dag mangler en entydig operasjonalisering av hvordan nødvendighet skal forstås og anvendes i klinisk praksis [3][7]. Spenningen mellom individuelle rettigheter og begrensede ressurser illustrerer at det norske nødvendighetsbegrepet og internasjonale modeller for «essential care» bygger på ulike normative forutsetninger, men begge aktualiserer spørsmålet om hvordan begrensede ressurser bør fordeles på en rettferdig måte.

Med systemsvikt menes her vedvarende manglende evne til å realisere lovfestede rettigheter i praksis. Manglende kapasitet innebærer prioriteringer og alternative kostnader, ettersom ressurser som brukes til én pasientgruppe eller ett behandlingstilbud samtidig kan begrense muligheten til å tilby behandling andre steder i tjenesten [7].

Analysen kan ses som en konkretisering av NTFs anbefaling om at pasientens rettigheter bør følge pasienten, uavhengig av om nødvendig behandling utføres offentlig eller privat [15]. Dette kan, i lys av målsettinger om universell helsedekning, forstås som en systemisk utfordring knyttet til sammenhengen mellom rettigheter,

prioritering og faktisk tilgjengelighet. Artikkelen viser hvordan en slik innsnevret forståelse av nødvendighetsbegrepet kan få konsekvenser, ikke bare for den enkelte pasient, men også på samfunnsnivå, gjennom økt risiko for sykefravær, redusert yrkesdeltakelse og forskyvning av kostnader fra system til individ [4][8].

Konklusjon

Når nødvendig tannbehandling ikke er tilgjengelig i praksis, til tross for lovfestede rettigheter, synliggjøres et strukturelt etisk problem i tannhelsetjenesten. Manglende kapasitet og utilgjengelighet innebærer at konsekvensene av systemsvikt forskyves fra myndighetsnivå til pasient og behandler, og at lovfestede rettigheter kan miste noe av sin betydning i praksis. Analysen viser at kapasitetsbegrensninger og snevre prioriterings- og triagekriterier kan føre til en innsnevring av hva som forstås som «akutt» og «nødvendig», med betydelige konsekvenser for pasienter med smerter, funksjonstap og redusert arbeidsevne. Når pasienter med rettigheter i praksis er henvist til privat behandling, utfordres prinsippene om likeverdig tilgang og rettferdig fordeling.

Profesjonelt ansvar i tannhelsetjenesten kan ikke forstås som et individuelt ansvar for å kompensere for strukturelle mangler. Tannlegeprofesjonens samfunnskontrakt innebærer en forpliktelse til å ivareta pasientens beste uavhengig av organisatorisk tilknytning, men forutsetter samtidig at myndighetene sikrer rammebetingelser som gjør dette mulig. Når dette ikke skjer, risikerer både pasienten å bli skadelidende og tannleger å utsettes for moralsk stress.

For at begrepet «nødvendig tannbehandling» skal fungere som en meningsfull rettslig og etisk standard, må det være samsvar mellom rettighetsgrunnlag, prioriteringskriterier og faktisk kapasitet. Dersom den offentlige tannhelsetjenesten ikke kan realisere et lovpålagt tilbud, indikerer dette behov for ordninger som hindrer at den økonomiske belastningen ensidig overføres til pasienten. Dette forutsetter en tydelig avklaring av hva som er profesjonelt ansvar, og hva som er systemansvar.

Analysen aktualiserer også et mer grunnleggende spørsmål om hva det innebærer å gi pasienter lovfestede rettigheter dersom tjenesten i praksis ikke har kapasitet til å realisere dem. Dersom det oppstår et vedvarende misforhold mellom rettighetsgrunnlag og faktisk tilgjengelighet, kan dette utfordre både den normative betydningen av pasientrettigheter og tilliten til tannhelsetjenestens evne til å oppfylle sitt samfunnsoppdrag. En rettighet som ikke kan realiseres i praksis, risikerer å få redusert både sin praktiske og normative betydning. Dette aktualiserer behovet for en tydeligere avklaring av forholdet mellom rettigheter, kapasitet og ansvar i fremtidens tannhelsetjeneste.

ENGLISH SUMMARY

Moezzi M

When Necessary Dental Treatment Is Not Accessible

– A Normative Ethical Analysis of Rights, Capacity and Professional Responsibility

Nor Tannlegeforen Tid. 2026; 136: 562-566

The concept of necessary dental treatment represents a legal standard with important ethical implications within the Norwegian public dental service. For young adults aged 19–28 years, this includes access to professionally assessed necessary treatment with reduced co-payment, but realization of these rights depends on sufficient capacity and availability.

This article presents a normative ethical analysis based on a clinical case involving a 23-year-old patient with severe dental pain who was repeatedly denied access to acute care in the public dental service but received pain-relieving treatment in private practice. The case is analyzed using the four principles of biomedical ethics: autonomy, non-maleficence, beneficence and justice.

The analysis shows how limited capacity and narrow triage criteria contribute to a shift in how the concept of “necessary” dental

treatment is operationalized in practice. As a result, patients with formal entitlements may be forced to seek private care at full cost, raising concerns related to justice, autonomy and professional responsibility. Such situations may also contribute to moral distress among dentists and challenge the profession’s social contract.

The analysis further highlights how unclear operationalization of the concept of necessary care, combined with limited capacity, may shift both clinical and financial burdens from the system to individual patients. To preserve its normative meaning, legal rights, prioritization criteria and actual capacity must be aligned.

Keywords: dental health service, necessary dental treatment, prioritization, professional ethics, justice

REFERANSER

1. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). LOV-1983-06-03-54. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>
2. Helsedirektoratet. Tannbehandling til unge voksne mellom 19 og 28 år. [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/tannhelse>
3. Blix CC. Nødvendig tannbehandling – hva er det? Nor Tannlegeforen Tid. 2024;134:1110–1. Tilgjengelig fra: <https://www.tannlegetidende.no/article/2024/12/Nodvendig-tannbehandling-hva-er-det-/>
4. Jokstad A. Universell helsedekning for munn- og tannhelse. Nor Tannlegeforen Tid. 2026;136:181–3. Tilgjengelig fra: <https://www.tannlegetidende.no/article/2026/03/Universell-helsedekning-for-munn-og-tannhelse>
5. Helsenorge.no. Hvem betaler tannlegeregningen din? [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/hvem-betaler-tannlegeregningen-din>
6. Helsedirektoratet. God klinisk praksis i tannhelsetjenesten. [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten>
7. NOU 2024:18. En universell tannhelsetjeneste – harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024. [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2024-18/id3054538/>
8. Dyvi EB. Lovfestet rett til alle – tilbudet varierer mye. Nor Tannlegeforen Tid. 2026;136:290–6. Tilgjengelig fra: [https://www.tannlegetidende.no/article/2026/03/Lovfestet-rett-til-alle-tilbudet-varierer-mye%20\(1\)](https://www.tannlegetidende.no/article/2026/03/Lovfestet-rett-til-alle-tilbudet-varierer-mye%20(1))
9. Bergens Tidende. Flere unge får billigere tannlege – men køene øker. [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.bt.no/helse/i/nyoqOa/billigere-tannlege-for-flere-unge-voksne>
10. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8. utg. Oxford: Oxford University Press; 2019.
11. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonell-loven). LOV-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
12. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.
13. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. Bioethics. 2015;29(2):91–97. <https://doi.org/10.1111/bioe.12108>
14. Moezzi M, Hofmann B. Helsepersonell eller selger? En analyse av tannlegeyrkets rolle i lys av kontraktteori og normativ etikk. Nor Tannlegeforen Tid. 2023;133:192–200. <https://doi.org/10.56373/2023-3-3>
15. Den norske tannlegeforening. NTF leverer innspill til Helsedirektoratet om nødvendig tannhelsehjelp og tannregulering. 13.02.2026. [Hentet 1. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.tannlegeforeningen.no/arkiv/nyhetsarkiv/nyheter/2026-02-13-ntf-leverer-innspill-til-helsedirektoratet-om-nodvendig-tannhelsehjelp-og-tannregulering.html>