

Tannhelsetjenester i Norge

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



Innhold

Innhold	1
1. Innledning og sammendrag	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Data og metode	3
1.3 Resultater	4
1.4 Forbehold, konsistens og representativitet	7
2. Pasienter i offentlig tannhelsetjeneste 2017 – 2022	9
2.1. Data og metode	9
2.2. Resultater	10
2.3. Forbehold, konsistens og representativitet	18
3. Betalende pasienter i offentlig tannhelsetjeneste 2017-2022	19
3.1. Data og metode	19
3.2. Resultater	20
4. Tannhelsetjeneste til brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester	25
4.1. Data og metode	25
4.2. Resultater	27
4.3 Forbehold, konsistens og representativitet	36
5. Tannhelsetjenester til pasienter i spesialisthelsetjenesten 2017-2022	38
5.1. Data og metode	38
5.2. Resultater	40
5.3. Forbehold, konsistens og representativitet	48
6. Tannhelsetilstand	50
6.1. Data og metode	50
6.2. Resultater	51
6.3. Forbehold, konsistens og representativitet	57
7. Vurderinger av behov for tannhelsetjenester.	58
7.1. Data og metode	58
7.2. Funn	62

7.3.	Karieserfaring blant voksne; Skandinavia	67
7.4.	Diskusjon (forbehold, konsistens og representativitet)	73
8.	Fremtidige behov for data og statistikk fra tannhelsetjenesten	79
8.1.	Tilgjengelige data med innmelding fra EPJ	79
8.2.	Behovet for flere opplysninger fra tannhelsetjenesten i KPR	81
8.3.	Opplysninger fra privat tannhelsetjeneste	83
8.4.	Hvordan sikre at tannhelsesdata blir analysert og brukt til videre utvikling av tannhelsetjenesten	85
9.	Avsluttende betraktninger	87
9.1.	Erfaringer med innmelding av data fra tannhelsetjenesten til KPR	87
9.2.	Muligheter for videre analyser	87
9.3.	Videre arbeid med permanent innmelding av data fra tannhelsetjenesten til KPR	87
	Vedlegg	89
1.	Vedlegg A: Dagens kommuners KOSTRA-grupper	89
2.	Vedlegg B: NCSP- og DRG-koder for tannbehandling i spesialisthelsetjenesten	100
3.	Vedlegg C: Komplette tabell 4.3. Hoveddiagnosegrupper ved psykisk helsevern/TSB, totalt og fordelt på kjønn. Antall og andeler for 2022.	103
4.	Vedlegg D – Brev fra Den norske tannlegeforening til Datatilsynet	105
5.	Vedlegg E: Tabell med antall unike personer fordelt på de fengslene inkludert i uttrekk av data, tall er total for perioden 2017-2022.	109

1. Innledning og sammendrag

1.1 Bakgrunn

Denne rapporten er levert fra Helsedirektoratet til Tannhelseutvalget som ble oppnevnt 12. august 2022. Utvalget skal foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket inkludert regulering og rettigheter. Formålet er å legge frem ulike modeller for en tannhelsetjeneste som skal bidra til bedre tilgjengelighet i hele landet.

I tildelingsbrevet for 2023 fikk Helsedirektoratet et eget oppdrag om å levere datagrunnlag fra et mest mulig representativt utvalg av pasienter behandlet i tannhelsetjenesten.

Helsedirektoratet har utført oppdraget gjennom en ekstraordinær datafangst til Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) fra den offentlige tannhelsetjenesten i Norge for perioden 2017 – 2022. Datagrunnlaget er levert i form av statistikk som er levert ut fra KPR og NPR, inklusive opplysninger fra offentlig tannhelsetjeneste. Dette er første gang det er samlet inn individbaserte registerdata fra offentlig tannhelsetjeneste i hele Norge.

Det var en målsetning å også levere ut statistikk fra KPR om privat tannhelsetjenester. Helsedirektoratet har pålagt deler av privat tannhelse å rapportere til KPR. Rapporteringsenhetene mener Helsedirektoratet ikke har hjemmel til å behandle opplysninger fra privat tannhelsetjeneste. Vi har derfor ikke kunnet levere statistikk fra privat tannhelsetjeneste som planlagt.

1.2 Data og metode

Denne rapporten er utarbeidet med utgangspunkt i data innmeldt fra offentlig tannhelsetjeneste for perioden 2017 til 2022. Det er i rapporten redegjort for omfang av offentlig tannhelsetjeneste i Norge.

Det er benyttet data fra Personregisteret (helse- og omsorgssektorens kopi av Folkeregisteret) slik at det kan vises hvor stor andel av befolkningen etter kjønn, alder og bosted som er behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten.

Det er benyttet data fra KPR om brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester for å se om disse brukerne behandles i offentlig tannhelsetjeneste i tråd med tannhelsetjenesteloven.

Det er også benyttet data om behandling i spesialisthelsetjenesten fra Norsk pasientregister (NPR) for å se om at antatt sårbare grupper, som for eksempel pasienter med behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, benytter offentlig tannhelsetjeneste i større grad enn befolkningen generelt.

Tilsvarende er det sett på om det kan påvises en sammenheng mellom pasienter som får behandling i spesialisthelsetjenesten for alvorlig sykdom og pasienter som mottar trygderefusjon for tannbehandling. Det kan gi en indikasjon om i hvilken grad folketrygdens stønader når antatt sårbare grupper.

Vi har også sett på utvikling i sykdomstilstand blant pasientene i offentlig tannhelsetjeneste basert på tenner som er skadet (decayed), fylt (filled) eller fjernet (missing) i 2022. En standard DMFT-indeks inneholder også historiske data for den enkelte tann. I rapporten er det sett på endring eller tilvekst av skader, fyllinger og ekstraksjoner som skyldes karies i 2022. Denne statistikken må ikke forveksles med DMFT som mål på helsetilstand, men tilvekst av sykdom kan være et brukbart utgangspunkt for å vurdere fremtidige behov for tannhelsetjenester.

Til slutt har vi også sett på opplysninger om forbruk av tjenester og endring i helsetilstand i Norge, Sverige og Danmark som grunnlag for vurderinger av fremtidige behov for tjenester. Vi tar med data fra Sverige og Danmark, fordi det finnes mer statistikk om forbruk og tilstand i den voksne befolkningen. Dersom det er samsvar mellom data fra Norge og de to andre landene, har vi et holdepunkt for at dette også gjelder på områder hvor det ikke finnes tilgjengelig statistikk fra Norge.

Avslutningsvis sier vi noe om hvilke data vi har fått tilgang til, hvilke vi kan få gitt dagens tekniske og juridiske rammer, og hvilke andre opplysninger det hadde vært ønskelig å få tilgang til om tannhelsetjenesten i Norge. Vi peker også på behovet for sterkere nasjonale føringer for bruk av standardiserte kodeverk eller terminologier ved registrering i EPJ i norsk tannhelsetjeneste.

1.3 Resultater

Kommunalt Pasient Register (KPR) har gjennomført en ekstraordinær innmelding, og inneholder nå opplysninger om ca. 2,2 mill. personer som har vært i kontakt med offentlig tannhelsetjeneste i periodene 2017 til 2023. Videre inneholder KPR opplysninger om pasienter som har mottatt trygderefusjon for tannbehandling. Det er også koblet opplysninger fra KPR med opplysninger om tannbehandling i spesialisthelsetjenesten hentet fra Norsk Pasient Register (NPR).

Tabell 1.1. Antall unike pasienter med en eller flere kontakter (fremmøte for behandling og/eller undersøkelse) for tannhelsetjenester i offentlig tannhelsetjeneste, tannhelsetjeneste med helserefusjon og tannhelsetjeneste i spesialisthelsetjenesten. Andeler er beregnet ut fra Norges befolkning. Tall fra 2022. Kilde: Personregisteret, KPR og NPR

Datakilde	Antall	Andel
KPR (Offentlig tannhelsetjeneste)	1 110 192	20 %
KPR (helserefusjoner fra KUHR)	807 295	14 %
NPR (spesialisthelsetjeneste)	28 796	0,5 %

For 2022 var det ca. 1,1 mill. registrerte unike pasienter i KPR med en eller flere kontakter i offentlige tannhelsetjenester. Blant disse pasienten fikk ca. 954 000 gjennomført undersøkelser, ca. 276 000 pasienter ble behandlete med tannfarget fylling og ca. 94 000 pasienter ble behandlet med ekstraksjon. Videre ble ca. 8 000 pasienter behandlet med rotfylling, et tilsvarende antall fikk behandling med krone og ca. 1 000 pasienter ble behandlet med implantat. Det er små forskjeller mellom kjønn, men større forskjeller mellom fylkeskommuner. Vi ser også at personer bosatt i kommuner med få innbyggere, i større grad oppsøker offentlig tannhelsetjeneste enn personer bosatt i kommuner med mange innbyggere.

For 2022 er det registrert litt over 140 000 betalende pasienter over 24 år i KPR i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette var litt over 60 % av alle pasienter over 24 år. 78 % av disse pasienten betalte mindre enn 3 300 kr per år for behandling, mens litt over 20% betalte mer. Gjennomsnittlig kostnad øker noe med økende alder, men ikke for noen aldersgruppe lå gjennomsnittskostnadene over 3 300 kr per år. Undersøkelser og enkle 1- og 2-flaters fyllinger utgjorde hovedtyngden av behandlingen. Vi ser også at ca. 5% av pasienten betalte mer enn 10 000 kr per år for tannbehandling i offentlige tannhelsetjeneste i 2022.

For 2022 anslår vi at det i KPR er registrert 207 790 personer i Norge som mottok helse- og omsorgstjenester og samtidig hadde rettigheter til gratis offentlig tannbehandling. Dette utgjorde 3,6 % av befolkningen. De største andelene er i den eldste delen av befolkningen, men antallet tjenestemottagere under 67 år er ikke ubetydelige (70 231). Ca. 33% av personer med rettigheter til gratis tannbehandling på grunn av behovet for helse og omsorgstjenester er registrert med en eller flere kontakter i den offentlige tannhelsetjenesten i 2022. Ser vi på mottagere av helse- og omsorgstjenester i institusjon med rett til offentlig tannhelsetjeneste, er imidlertid andelen med en eller flere kontakter i den offentlige tannhelsetjenesten 63 %. Denne andelen varierer mellom fylkene, høysete andel er 78 % (Oslo) og laveste andel er 54 % (Rogaland). Ser vi på andelen på mottagere av helse- og omsorgstjenester med helsetjenester i hjemmet institusjon rettigheter til offentlig tannhelsetjeneste er

andelen med en eller flere kontakter i den offentlige tannhelsetjenesten lavest i Oslo (17 %), og høyest i Troms og Finnmark (36 %). Blant beboerne i institusjon fikk 96 % som hadde en kontakt i den offentlige tannhelsetjenesten en undersøkelse, 21 % ble behandlet med tannfarget fylling og 0,3 % med rotfylling. Blant mottakere av helsehjelp i hjemmet fikk 85 % som hadde en kontakt i den offentlige tannhelsetjenesten en undersøkelse, 21 % ble behandlet med tannfarget fylling og 2,8 % med rotfylling.

29 291 pasienter som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten fikk behandlet tenner eller munnhule i 2022. Det er ca. 0,5 % av befolkningen. Her er det kun behandling som er definert som spesialisthelsetjeneste og som inngår i ISF-oppgjøret som er tatt med. I tillegg utføres primær tannhelsetjeneste i flere sykehus i tilknytning til behandling av andre tilstander.

For 2022 finner vi 83 814 pasienter i Norsk pasientregister (NPR) med behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling som også mottok behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. De som mottok tannhelsetjenester, utgjør 28 % av alle pasienter med slik behandling registrert i NPR. Det er en høyere andel enn hele befolkningen (18 %). Vi ser også at i alt 46 949 pasienter i Norsk pasientregister (NPR) med behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling også fikk refusjon for tannbehandling fra Folketrygden. Dette er en noe høyere andel av alle pasienter med denne behandlingen (16 %), enn hele befolkningen (14%).

Vi har også samvariasjon mellom tannbehandling og utvalgte diagnoser i NPR, med utgangspunkt i Charlsons komorbiditetsindeks som indikerer sannsynlighet for tidlig død. I 2022 ser vi at pasienter med høy score på komorbiditetsindeksen i mindre grad mottar offentlig tannbehandling enn pasienter med lav score. Samtidig gir høy score på indeksen i hovedsak økt sannsynlighet for at pasientene mottar helserefusjon fra Folketrygden.

Data fra offentlig tannhelsetjeneste i KPR inneholder ikke tilstrekkelige opplysninger til at vi kan vise helsetilstand i form av skadete, fylte eller manglende tenner pga. karies (DMFT). Vi ser imidlertid at tilveksten av pasienter med skadete, fylte eller ekstraherte tenner på grunn av karies var på 301 342 i 2022. Dette var ca. en tredjedel av alle pasienter som var i kontakt med den offentlige tannhelsetjenesten det året. Pasienter under 9 år er trukket fra i både teller og nevner her.

Det en finner fra ulike kilder er at tannhelsen målt ved kariesutvikling er blitt bedre blant barn og ungdom, og at forbedringen fortsetter. Derimot foreligger det ikke nasjonale studier som viser hvordan den bedrede tannhelsen blant barn og ungdom ev. gir effekter for tannhelsen og behandlingsbehov for voksne. Ser vi på statistikk fra Sverige og Danmark, ser vi også der at tannhelsen er blitt bedre blant barn og unge, og at behandlingsbehovet i den voksne befolkningen er blitt mindre over tid. Hva dette konkret betyr for det fremtidige behovet for tannhelsetjenester i Norge har vi ikke gått nærmere inn på her.

Det må også nevnes at Helsedirektoratet endret KPR forskriften i november 2022 for at KPR kunne inneholde data fra privat tannhelsetjeneste. I september 2023 bad Helsedirektoratet de tre største kjedene innenfor privat tannhelsetjeneste om å melde

inn helseopplysninger til KPR. Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet mener hjemmelsgrunnlaget tydelig går frem av KPR-forskriftens § 3.

Rapporteringsenhetene mente imidlertid at Helsedirektoratet ikke har lovhjemmel til å behandle disse opplysningene. Med henvisning til en klage sendt fra Den norske tannlegeforening til Datatilsynet, har kjedene motsatt seg å etterkomme Helsedirektoratets pålegg om innmelding. Vi kan derfor ikke i denne rapporten legge frem statistikk om privat tannhelsetjeneste i Norge.

Avslutningsvis beskrives kort status og planer for videre arbeid med tannhelsesdata i KPR, behov for tiltak ut over innmelding fra eksisterende data i EPJ som kan gi bedre tannhelsesdata i KPR på lengre sikt, og muligheter for å supplere denne rapporten med nye analyser i 2024.

1.4 Forbehold, konsistens og representativitet

Data innmeldt fra offentlig tannhelsetjeneste behandles for første gang i KPR, og derfor er det noe usikkerhet om datakvalitet og metode i statistikken som presenteres.

Metode for uttrekk og analyse av data er utviklet i samarbeid med ansatte i fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Resultatene har vært presentert og drøftet i en ekstern arbeidsgruppe med deltagere fra Norsk tannpleierforening, Den norske tannlegeforening, Fylkeskommunal tannhelsetjeneste og Helsedirektoratet.

Der det har vært mulig er også statistikk basert på tannhelsesdata i KPR sammenlignet med tilsvarende statistikk utarbeidet for KOSTRA i SSB. KOSTRA statistikk er basert på manuell innrapportering av statistikk fra hver fylkeskommune. Det er i hovedsak samsvar mellom de to statistikkildene, og den variasjonen som observeres kan til dels forklares ved litt ulike definisjoner.

Fylkeskommunene har ikke kunnet kvalitetssikre uttrekk av data, eller korrigere data etter innsending. Vi kan heller ikke utelukke at variasjoner i lokal registreringspraksis. Opplysningene har tidligere ikke vært hentet inn og analysert sentralt, og tannhelsetjenesten har ikke fått tilbakemeldinger på resultater for å vurdere om lokal variasjon skyldes ulik registreringspraksis. Vi antar likevel at registreringspraksis er ganske lik i tannhelsetjenesten, siden registrering i hovedsak skjer i grafiske grensesnitt der helsepersonell markerer tann og tannflate. Videre registreres tilstander og behandlinger (takster) ved hjelp av standardiserte menyer. Fritekst som kan ha mer lokal variasjon er ikke lagret og benyttet i disse analysene.

Uttrekket fra EPJ er gjennomført som en ren uthenting av relevante data fra EPJ basert på EPJ sitt innhold og struktur. Det betyr at det har vært nødvendig å tolke data i etterkant, tilpasset de analysene som er gjennomført. Helsedirektoratet har måttet gjøre antagelser om best mulig fortolkning av data, hvilke koder i EPJ (Opus dental) som kan brukes til å definere en behandling, undersøkelse og funn. Utgangspunktet for analysene har vært pasienter med dokumenterte fremmøter (kontakter) i hvert kalenderår. Fortolkningene er gjort bistand fra fylkeskommuner, særlig Vestfold og Telemark. Fortolkningene er basert på tidligere uttrekk av data som er kodet med

SNOMED CT. Mye av metoden er gjenbrukt i analysene her. Selv om det er gjort mye godt arbeid i sammen med fylkeskommuner om tolkning av data, er det en viss grad av usikkerhet knyttet til analysene på grunn av måten data er hentet inn på.

Det har tidligere vært gjennomført uttrekk av data fra offentlig tannhelsetjeneste i samarbeid med EPJ-leverandør (Opus), hvor lokale data er konvertert til SNOMED CT begreper før overføring. Det ble også gjort en implementering som løpende etablerte SNOMED CT koder som resultat av journalføringen. Uttrekket som er grunnlaget for denne rapporten, er imidlertid gjennomført uavhengig av EPJ-leverandøren. Vi har derfor ikke kunnet be om konverterte data til SNOMED CT begreper før innsending, fordi løsningen ikke har blitt vedlikeholdt og oppdatert som nødvendig.

I analysene har vi funnet det hensiktsmessige å konvertere utvalgte koder fra Opus til SNOMED CT begreper for å kunne identifisere forekomst av bestemte fenomener. En del av analysen har derfor vært å identifisere hvilke koder i Opus som kan grupperes til fenomener som f.eks. undersøkelser og behandlinger. Dette er nærmere omtalt i kapittel 2 nedenfor.

I tillegg til leveranser av analyser til Tannhelseutvalget, har Helsedirektoratet (fra 1.1.2024 Folkehelseinstituttet) også et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å etablere en permanent løsning for innmelding av opplysninger fra tannhelsetjenesten til KPR, basert på løpende uttrekk av opplysninger i journal. For dette formålet kreves et nasjonalt rapporteringsformat med strukturert informasjon som kan hentes ut fra alle EPJ-løsninger som er eller vil bli brukt i tannhelsetjenesten. Vi mener det er hensiktsmessige å bruke SNOMED CT som kodeverk i det nasjonale rapporteringsformatet.

Ifølge KPR-forskriftens §2-2 første ledd kan den registrerte «motsette seg registrering av helseopplysninger om ... tannhelsetjenester». Per 29.11.2023 var det 141 personer som hadde reservert seg. For å forenkle analysene har disse personene blitt fjernet helt fra datagrunnlaget.

På grunn av usikkerhet om kvalitet og kompletthet i data, har vi begrenset oss til i å hovedsak beskrive antall og andel pasienter registrert med tannbehandling i KPR og NPR. Pasientene er gruppert etter kjønn, alder, bosted, mottak av andre helse og omsorgstjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten. Det er også sett på antall og andel pasienter registrert med enkelte typer behandlinger, som tannfarget fyllingsmateriale og ferdigstilt rotbehandling (endodonti). Analysene har ikke som formål å belyse årsak til observerte variasjoner, bare vise antall observasjoner og variasjon der den finnes.

Data- og metode er også beskrevet grundigere i resultatdelen av de ulike delkapitlene. Det er gjort nærmere rede for konkrete valg og tilnærming for de ulike sidene ved tjenestene som har vært analysert.

2. Pasienter i offentlig tannhelsetjeneste 2017 – 2022

I dette kapittelet viser vi en oversikter over aktiviteten i den offentlige tannhelsetjenesten som fylkeskommunene er ansvarlige for. Vi har sett på hvor mange personer som er undersøkt og behandlet, i hvilken grad det er samsvar mellom våre tall for barn- og unge og det som fylkeskommunene har rapportert til KOSTRA, hvor mange som er undersøkt og hvor mange som er behandlet med tannfarget fylling og rotfylling. I tillegg til antall fordelt på kjønn, alder og bosted (fylkeskommune og kommunetype), ser vi også på prosentandeler i forhold til befolkningen totalt på de samme egenskapene som nevnt ovenfor.

2.1. Data og metode

Datagrunnlaget er avgrenset til alle personer innrapportert fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten registrert med Opus-koder for undersøkelse eller behandling utført i perioden 2017-2022 (N = 2 106 367) og inkluderer både personer med rettigheter i tannhelsetjenesteloven og personer uten rettigheter. Både personer med gyldig fødselsnummer og d-nummer er inkludert.

Vær oppmerksom på at begrepet 'kontakt' er brukt for å beskrive et fremmøte for undersøkelse og/eller behandling, og alle unike pasienter med en eller flere kontakter er utgangspunktet for analysene. Statistikken sier altså noe om antall pasienter med ulike egenskaper og behandlinger, og ikke noe antall behandlinger eller undersøkelser. Opus-kodene er knyttet til SNOMED CT-begrep for å identifisere hvilke koder som skal inngå i 'kontakt'. Kodene som inngår i analysene, kan overordnet klassifiseres til følgende SNOMED CT-begrep:

- Undersøkelse
- Funn i munnregionen
- Fissurforsøgling av tann
- Hemiseksjon av tann
- Implantasjoner/innsettinger
- Kirurgisk fjerning og ekstraksjoner
- Lokalbedøvelse
- Operasjon i munnen
- Periodontisk prosedyre
- Forberedelse til prosedyre
- Forebyggende tannbehandlingsprosedyre
- Prosedyre knyttet til tanntraume
- Prosedyre knyttet til TOO-pasienter

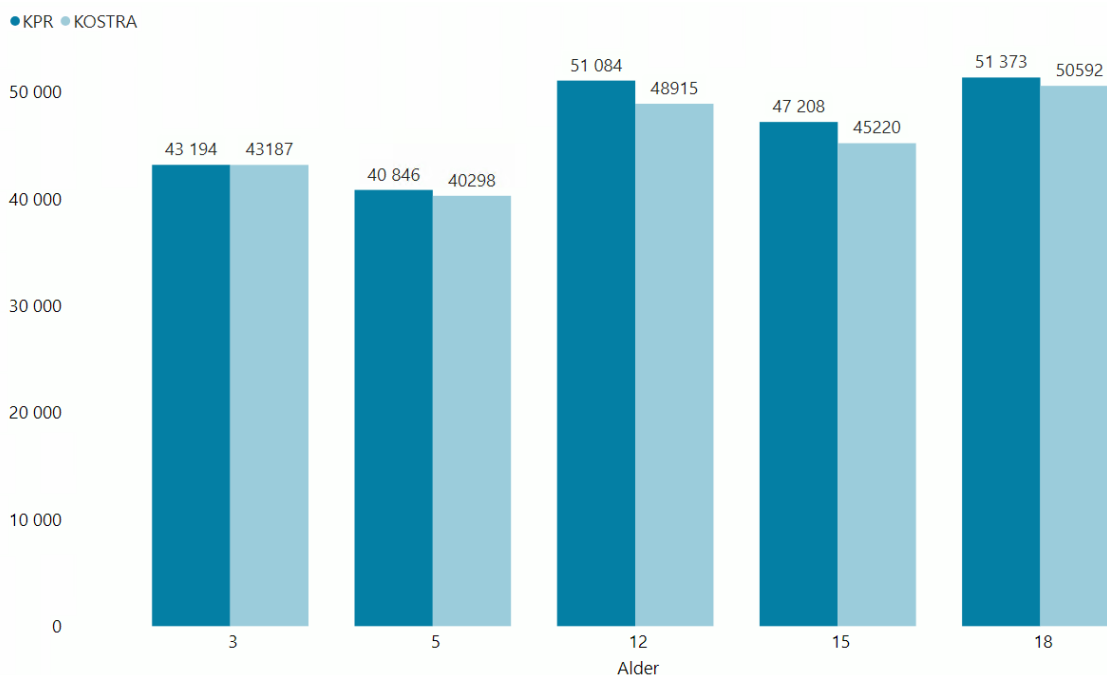
- Røntgen
- Erstatning av tann med protese
- Restaureringer
- Rotkanalforberedelse og -behandling

I noen få tilfeller har det ikke vært mulig å knytte Opus-kodene til et SNOMED CT-begrep. Disse kodene har blitt ekskludert. Det gjelder en liten andel av det totale omfanget. 28% av alle linjer i OPUS inneholder en kode som i noen tilfeller vil være en behandling, men som i mange tilfeller kun er maskingenererte nedtegnelser. Det er ikke mulig å skille ut de linjene der det er utført en behandling, og disse kodene er derfor fjernet helt. Koder som omfatter rabatter, salg, henvisninger, bestillinger etc. er også ekskludert.

For demografisk informasjon om bosted, kjønn og alder har vi benyttet Helsedirektoratets kopi av Personregisteret. Ved manglende demografisk informasjon i Personregisteret er datagrunnlaget supplert med tilsvarende opplysninger innrapportert fra EPJ. Alder er beregnet som rapporteringsår minus fødselsår. Bosted er avledet fra csiste gyldige bosted i løpet av hvert av årene 2017-2022. Personer som har dødd eller emigrert i løpet av året er også inkludert.

2.2. Resultater

Som et ledd i kvalitetssikring av opplysningene innrapportert fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, ble antall personer registrert med kontakt (undersøkelse eller behandling) i 2022 i KPR sammenlignet med tilsvarende tall fra KOSTRA i SSB. De inkluderte aldrene er 3, 5, 12, 15 og 18 år. **Figur 2.1** viser at tallene i KPR konsekvent er litt høyere enn KOSTRA-tallene, men at de samsvarer godt.



Figur 2.1. Antall pasienter registrert med kontakt i den offentlige tannhelsetjenesten i landet fordelt på alder (2022). Samsvar mellom KPR og KOSTRA. Kilde: SSB og KPR.

2.2.1 Bruk av fylkeskommunal tannhelsetjeneste per år

For å se på bruken av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten over tid, ble antall og andel av pasienter registrert med kontakt sammenlignet med befolkningstallene i Norge. **Tabell 1** viser at befolkningstallene har økt gradvis per år, men at antall pasienter med kontakt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten sank med fire prosentpoeng fra 2019 til 2020 (sannsynligvis på grunn av pandemien). Videre viser tabellen at nivået i 2022 ikke er like høyt som i perioden 2017-2019. Andelen røntgen og utvalgte behandlinger ligger stabilt i årene 2017-2022. Det er en nedgang i utførte behandlinger i tidsperioden for tannfarget fylling, rotbehandling, kroner og ekstraksjoner, men en økning i antall behandlinger med implantat.

Tabell 2.1. Antall pasienter registrert med kontakt, undersøkelse og utvalgte behandlinger hos den fylkeskommunale tannhelsetjenesten 2017-2022. Andeler av undersøkelse og behandlinger er beregnet ut ifra antall kontakter. Kilde: Personregisteret og KPR.

År	Befolkning	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon	Implantat
2022	5 766 806	1 023 986	954 967	717 228	276 187	8 585	8 004	94 277	1 036
2021	5 705 997	1 021 590	952 031	716 174	279 039	9 092	8 244	92 659	986
2020	5 665 492	914 317	840 624	637 686	256 167	8 619	7 874	87 959	900
2019	5 528 407	1 089 576	1 020 625	775 368	307 387	10 232	9 878	99 777	886
2018	5 521 139	1 094 341	1 024 953	771 912	318 016	11 131	10 636	101 817	859
2017	5 518 226	1 094 023	1 023 476	772 988	328 271	11 850	11 175	102 432	849

År	Befolkning	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon	Implantat
2022	5 766 806	1 023 986	93,3 %	70,0 %	27,0 %	0,8 %	0,8 %	9,2 %	0,1 %
2021	5 705 997	1 021 590	93,2 %	70,1 %	27,3 %	0,9 %	0,8 %	9,1 %	0,1 %
2020	5 665 492	914 317	91,9 %	69,7 %	28,0 %	0,9 %	0,9 %	9,6 %	0,1 %
2019	5 528 407	1 089 576	93,7 %	71,2 %	28,2 %	0,9 %	0,9 %	9,2 %	0,1 %
2018	5 521 139	1 094 341	93,7 %	70,5 %	29,1 %	1,0 %	1,0 %	9,3 %	0,1 %
2017	5 518 226	1 094 023	93,6 %	70,7 %	30,0 %	1,1 %	1,0 %	9,4 %	0,1 %

2.2.2 Bruk av fylkeskommunal tannhelsetjeneste per år og kjønn

Det ble videre sett på om det er kjønnsforskjeller i den offentlige tannhelsetjenesten. **Tabell 2.2** viser liten forskjell mellom kjønnene. Det er generelt flere menn enn kvinner i befolkningen, noen flere kvinner enn menn registrert med kontakt hos den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det er også noen flere kvinner enn menn registrert med behandling i form av tannfarget fylling og ekstraksjon.

Tabell 2. 2. Antall pasienter fordelt på kjønn registrert med kontakt hos den fylkeskommunale tannhelsetjenesten 2017-2022, samt antall pasienter registrert med undersøkelse, røntgen og utvalgte behandlinger. Alle andeler er regnet ut ifra antall pasienter med kontakter. Kilde: Personregisteret og KPR.

År	Kjønn	Befolkning	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon	Implantat
2022	Kvinne	2 812 936	512 306	476 955	355 830	138 861	4 154	4 094	48 082	518
2022	Mann	2 953 870	511 680	478 012	361 398	137 326	4 431	3 910	46 195	518
2021	Kvinne	2 778 219	511 740	476 006	356 051	140 575	4 520	4 241	47 205	463
2021	Mann	2 927 778	509 850	476 025	360 123	138 464	4 572	4 003	45 454	523
2020	Kvinne	2 758 958	457 869	419 912	317 698	128 794	4 182	3 961	45 138	475
2020	Mann	2 906 534	456 448	420 712	319 988	127 373	4 437	3 913	42 821	425
2019	Kvinne	2 694 432	546 847	511 320	386 185	154 590	4 904	5 088	50 934	453
2019	Mann	2 833 975	542 729	509 305	389 183	152 797	5 328	4 790	48 843	433
2018	Kvinne	2 690 621	549 121	513 511	384 257	159 166	5 367	5 409	51 761	439
2018	Mann	2 830 518	545 220	511 442	387 655	158 850	5 764	5 227	50 056	420
2017	Kvinne	2 689 104	549 708	513 442	384 888	164 246	5 669	5 651	52 084	411
2017	Mann	2 829 122	544 315	510 034	388 100	164 025	6 181	5 524	50 348	438

År	Kjønn	Befolkning	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon	Implantat
2022	Kvinne	2 812 936	512 306	93,1 %	69,5 %	27,1 %	0,8 %	0,8 %	9,4 %	0,1 %
2022	Mann	2 953 870	511 680	93,4 %	70,6 %	26,8 %	0,9 %	0,8 %	9,0 %	0,1 %
2021	Kvinne	2 778 219	511 740	93,0 %	69,6 %	27,5 %	0,9 %	0,8 %	9,2 %	0,1 %
2021	Mann	2 927 778	509 850	93,4 %	70,6 %	27,2 %	0,9 %	0,8 %	8,9 %	0,1 %
2020	Kvinne	2 758 958	457 869	91,7 %	69,4 %	28,1 %	0,9 %	0,9 %	9,9 %	0,1 %
2020	Mann	2 906 534	456 448	92,2 %	70,1 %	27,9 %	1,0 %	0,9 %	9,4 %	0,1 %
2019	Kvinne	2 694 432	546 847	93,5 %	70,6 %	28,3 %	0,9 %	0,9 %	9,3 %	0,1 %
2019	Mann	2 833 975	542 729	93,8 %	71,7 %	28,2 %	1,0 %	0,9 %	9,0 %	0,1 %
2018	Kvinne	2 690 621	549 121	93,5 %	70,0 %	29,0 %	1,0 %	1,0 %	9,4 %	0,1 %
2018	Mann	2 830 518	545 220	93,8 %	71,1 %	29,1 %	1,1 %	1,0 %	9,2 %	0,1 %
2017	Kvinne	2 689 104	549 708	93,4 %	70,0 %	29,9 %	1,0 %	1,0 %	9,5 %	0,1 %
2017	Mann	2 829 122	544 315	93,7 %	71,3 %	30,1 %	1,1 %	1,0 %	9,2 %	0,1 %

2.2.3 Bruk av fylkeskommunal tannhelsetjeneste fordelt på aldergrupper

Tabell 2.3 viser samme data fordelt på aldersgrupper. I all hovedsak er det personer mellom 0-20 år som blir undersøkt eller behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten med en andel på ca. 60% av alle pasienter med kontakter. For befolkningen mellom 21-80 år er andelen ganske stabil på ca. 5-7%. For aldersgruppen 80+ er andelen høyere igjen med ca. 18%. Selv om antall personer i aldersgruppen 80+ er ca. halvparten i forhold til aldersgruppen 71-80 i befolkningen, så er antall personer registrert med kontakt i aldersgruppen 80+ nesten 40% høyere en aldersgruppen 71 - 80. Videre viser **Tabell 2.3** at for aldersgruppen 0-20 er ca. 95% av kontakter registrert som undersøkelse, mens denne andelen er noe lavere (85-90%) blant aldersgruppen 31-80 år. Videre ser man at det prosentvis gjennomføres minst av ulike behandlinger i aldersgruppen 0-20 år, hvilket er naturlig da denne gruppen er den høyst prioriterte og som regelmessig kalles inn til undersøkelser. For eksempel er andel tannfarget fylling av alle kontakter ca. 50% i aldersgruppen 41-80 år, mens samme andel er ca. 20% for aldersgruppen 0-20 år. Her er det viktig å nevne at det store flertall av den voksne befolkning ikke er inkludert, da de ikke har fått behandling i fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Tabell 2.3. Antall pasienter fordelt på aldergrupper registrert med kontakt hos den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, samt antall pasienter registrert med undersøkelse, røntgen og utvalgte behandlinger. Andeler er regnet ut ifra antall pasienter med kontakter. Tallene er fra år 2022. Kilde: Personregisteret og KPR.

Alder	Befolkning	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon	Implantat
0-20	1 314 279	746 427	705 993	532 401	159 628	1 786	560	57 972	75
21-30	761 918	75 813	69 770	58 088	24 791	1 045	577	9 510	119
31-40	836 729	37 308	33 619	27 664	16 084	1 165	775	4 418	95
41-50	766 516	33 336	29 477	24 028	16 041	1 204	1 194	4 149	158
51-60	759 019	36 972	32 127	25 423	18 889	1 344	1 583	5 124	225
61-70	614 419	29 601	25 362	19 202	15 581	1 017	1 484	4 574	204
71-80	469 884	27 671	24 417	15 776	12 876	695	1 134	4 120	126
Over 80 år	244 040	36 858	34 202	14 646	12 297	329	697	4 410	34

Alder	Befolkning	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon	Implantat
0-20	1 314 279	746 427	94,6 %	71,3 %	21,4 %	0,2 %	0,1 %	7,8 %	0,0 %
21-30	761 918	75 813	92,0 %	76,6 %	32,7 %	1,4 %	0,8 %	12,5 %	0,2 %
31-40	836 729	37 308	90,1 %	74,2 %	43,1 %	3,1 %	2,1 %	11,8 %	0,3 %
41-50	766 516	33 336	88,4 %	72,1 %	48,1 %	3,6 %	3,6 %	12,4 %	0,5 %
51-60	759 019	36 972	86,9 %	68,8 %	51,1 %	3,6 %	4,3 %	13,9 %	0,6 %
61-70	614 419	29 601	85,7 %	64,9 %	52,6 %	3,4 %	5,0 %	15,5 %	0,7 %
71-80	469 884	27 671	88,2 %	57,0 %	46,5 %	2,5 %	4,1 %	14,9 %	0,5 %
Over 80 år	244 040	36 858	92,8 %	39,7 %	33,4 %	0,9 %	1,9 %	12,0 %	0,1 %

2.2.4 Bruk av fylkeskommunal tannhelsetjeneste fordelt på fylker

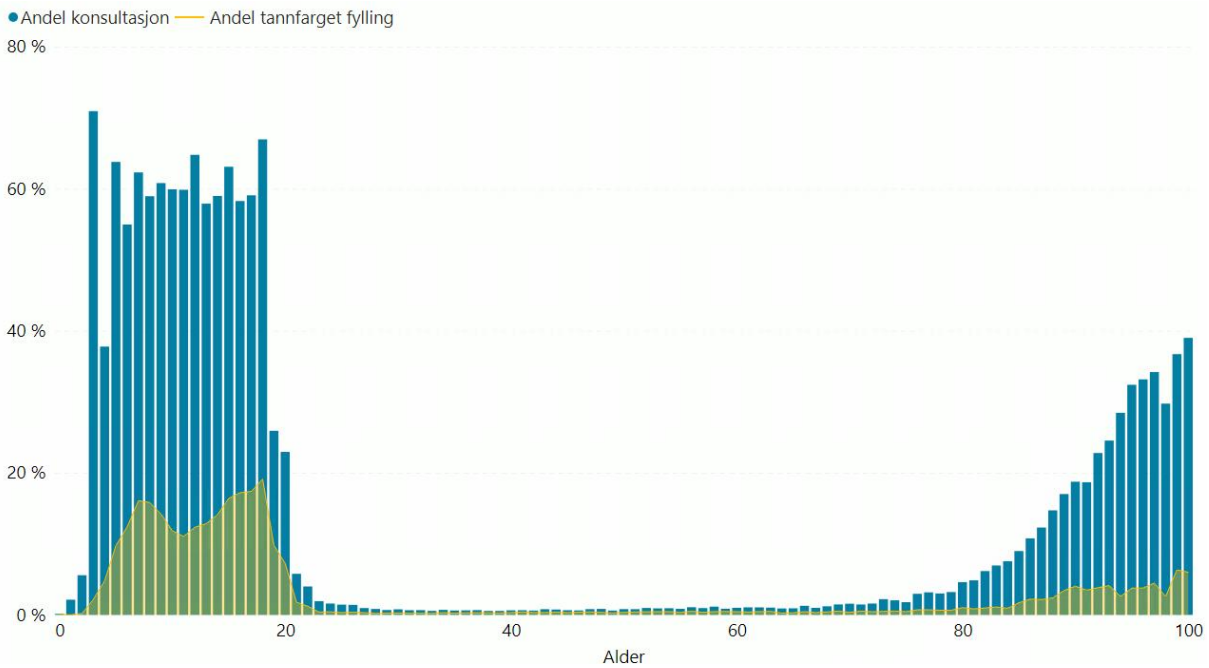
Andelene av befolkningen registrert hos den fylkeskommunale tannhelsetjenesten varierer også mellom fylkene. **Tabell 2.4** viser at andel pasienter hos den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, i forhold til befolkning, var minst i Oslo (11 %) og størst i Troms og Finnmark (28 %). Av alle kontakter var andelen undersøkelser derimot rimelig jevnt fordelt på ca. 91-95%. Videre ser man at Oslo ligger lavest og Troms og Finnmark høyest med tanke på andel av kontakter registrert med tannfarget fyllingsmateriale (Oslo: 22.8%, Troms og Finnmark: 31%). I forhold til befolkning er fylkesforskjellene også betydelige, med lavest andel i Oslo (2,5%) og høyest andel i Troms og Finnmark (8,7%). Selv om andelstallene blir veldig lave for resterende utvalgte behandlinger, kan man se noenlunde samme fylkesforskjeller for antall: Der er registrert kun 156 krone-behandlinger blant ca. 83 000 kontakter i Oslo (0.2%), mens der er registrert 1 316 blant ca. 72 000 kontakter i Troms og Finnmark (1.8%).

Tabell 2.4. Antall og andel pasienter registrert med kontakt og ulike behandlinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten fordelt på fylker. Andeler beregnet ut fra antall pasienter med kontakter. Tallene er for 2022. Kilde: Personregisteret og KPR.

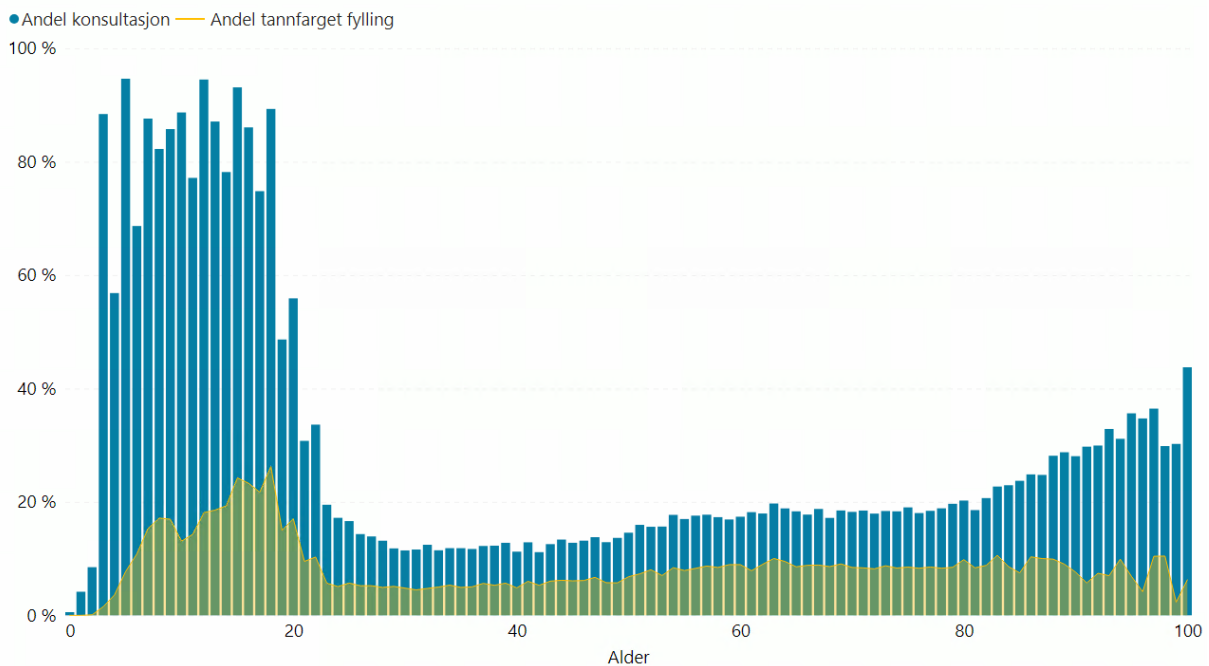
Fylke	Befolkning	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon	Implantat
Viken	1 355 461	207 595	194 649	156 710	48 212	726	771	17 209	58
Oslo	758 514	83 004	76 956	62 349	18 925	246	156	7 674	6
Vestland	678 796	125 330	116 906	94 717	35 212	1 072	1 029	11 440	105
Rogaland	516 416	119 637	114 551	98 568	29 655	1 239	848	9 784	231
Trøndelag	497 368	96 106	89 868	75 599	28 276	907	832	8 769	60
Vestfold og Telemark	447 185	77 228	70 942	37 404	23 069	827	664	8 864	23
Innlandet	392 315	73 081	67 626	19 111	20 681	607	781	6 527	19
Agder	326 106	58 286	53 861	43 269	16 991	532	419	5 227	13
Møre og Romsdal	282 164	48 800	46 719	36 846	12 665	227	243	4 344	17
Troms og Finnmark	257 462	71 769	65 314	44 797	22 347	1 211	1 316	8 365	415
Nordland	253 913	62 926	57 372	47 700	20 083	990	944	6 048	89

Fylke	Befolkning	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon	Implantat
Viken	1 355 461	207 595	93,8 %	75,5 %	23,2 %	0,3 %	0,4 %	8,3 %	0,0 %
Oslo	758 514	83 004	92,7 %	75,1 %	22,8 %	0,3 %	0,2 %	9,2 %	0,0 %
Vestland	678 796	125 330	93,3 %	75,6 %	28,1 %	0,9 %	0,8 %	9,1 %	0,1 %
Rogaland	516 416	119 637	95,7 %	82,4 %	24,8 %	1,0 %	0,7 %	8,2 %	0,2 %
Trøndelag	497 368	96 106	93,5 %	78,7 %	29,4 %	0,9 %	0,9 %	9,1 %	0,1 %
Vestfold og Telemark	447 185	77 228	91,9 %	48,4 %	29,9 %	1,1 %	0,9 %	11,5 %	0,0 %
Innlandet	392 315	73 081	92,5 %	26,2 %	28,3 %	0,8 %	1,1 %	8,9 %	0,0 %
Agder	326 106	58 286	92,4 %	74,2 %	29,2 %	0,9 %	0,7 %	9,0 %	0,0 %
Møre og Romsdal	282 164	48 800	95,7 %	75,5 %	26,0 %	0,5 %	0,5 %	8,9 %	0,0 %
Troms og Finnmark	257 462	71 769	91,0 %	62,4 %	31,1 %	1,7 %	1,8 %	11,7 %	0,6 %
Nordland	253 913	62 926	91,2 %	75,8 %	31,9 %	1,6 %	1,5 %	9,6 %	0,1 %

Figur 2.2 og **Figur 2.3** viser hvordan fordelingen av andel undersøkte/behandlede og andel registrert behandlet med tannfarget fyllingsmateriale i hhv. Oslo og Troms og Finnmark fordeler seg over alder. Både i Oslo og Troms og Finnmark er andelen av befolkningen størst blant 0-18-åringene og minst blant 22-80-åringene. Blant 0-18-åringene har andel registrert med tannfarget fyllingsmateriale to topper ved 8- og 18-års alder. Videre viser figurene at andel av den voksne befolkningen registrert som undersøkt/behandlet eller behandlet med tannfarget fyllingsmateriale er større i Troms og Finnmark enn i Oslo. Oslo kommune behandler ikke voksne pasienter uten rettigheter. For de aller eldste er det imidlertid mindre forskjell mellom fylkene.



Figur 2.2. Andel av befolkning som har hatt en kontakt og behandlet med tannfarget fyllingsmateriale i Oslo fordelt på alder (2022).



Figur 2.3. Andel av befolkning som har hatt en kontakt og behandlet med tannfarget fyllingsmateriale i Troms og Finnmark fordelt på alder (2022).

2.2.5 Bruk av fylkeskommunal tannhelsetjeneste fordelt på KOSTRA kommunegrupper

Antall og andel av befolkningen registrert med undersøkelse eller behandling ble deretter gruppert på KOSTRA kommunegrupper (se vedlegg A for inndeling) for å se om det er variasjon mellom kommuner av ulik størrelse. **Tabell 2.5** viser at andel av befolkning registrert med undersøkelse minker med økende kommunestørrelse, med

22% i '600-9999' innbygger-gruppen, mot 16% i '>10 000-gruppen og 10% i Oslo kommune. Andelene for kommuner med høyest skatteinntekter per innbygger er på linje med de minste kommunene. Andel registrert behandlet med tannfarget fyllingsmateriale er størst i de minste kommunene (>30% av undersøkelser, 8% av befolkning) og minst i Oslo kommune (22% av undersøkelser, 2.5% av befolkning). For ferdigstilt rotbehandling (endodonti) er andelen for de samme kommunegruppene hhv. 1.5% og 0.3%.

Tabell 2.5. Antall og andel pasienter registrert med kontakt og ulike behandlinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten fordelt på KOSTRA kommunegrupper. Tallene er for 2022.

KOSTRA-grupper	Befolkning	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon	Implantat
Oslo komm.	758 514	83 004	76 956	62 349	18 925	246	156	7 674	6
Høyest skattinntekt	14 956	3 615	3 323	2 821	1 196	61	47	306	
600-1999	87 748	22 924	20 731	15 944	8 565	377	328	2 432	51
2000-9999	813 406	191 896	178 572	125 889	58 397	2 308	2 235	18 518	257
10000-300000	4 091 076	722 323	675 182	510 067	189 033	5 592	5 237	65 321	720

KOSTRA-grupper	Befolkning	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon	Implantat
Oslo komm.	758 514	83 004	92,7 %	75,1 %	22,8 %	0,3 %	0,2 %	9,2 %	0,0 %
Høyest skattinntekt	14 956	3 615	91,9 %	78,0 %	33,1 %	1,7 %	1,3 %	8,5 %	0,1 %
600-1999	87 748	22 924	90,4 %	69,6 %	37,4 %	1,6 %	1,4 %	10,6 %	0,2 %
2000-9999	813 406	191 896	93,1 %	65,6 %	30,4 %	1,2 %	1,2 %	9,7 %	0,1 %
10000-300000	4 091 076	722 323	93,5 %	70,6 %	26,2 %	0,8 %	0,7 %	9,0 %	0,1 %

2.2.6 Tannhelsetjeneste til innsatte i norske fengsler

I dette avsnittet har vi hentet informasjon om tannhelsetjenester til Innsatte i norske fengsler, som har fått tannhelsehjelp fra offentlig tannhelsetjeneste (DOT) lokalisert i fengsler. Det er ikke mulig å hente ut opplysninger alle innsatte som har fått tannhelsehjelp i offentlig tannhelsetjeneste, da en stor del av innsatte får tannhelsehjelp fra klinikker som *ikke* er lokalisert i fengsel. Vi har kun data på tannhelsehjelp gjennomført av klinikker som er lokalisert i fengselet, se Vedlegg D for liste over inkluderte fengsler og antall unike personer for årene 2017-2022. **Tabell 2.6** viser antall unike pasienter med kontakter registrert hos tannklinikken i norske fengsler årene 2017-2022. For året 2021 er dette tallet ca. 30% av alle tannbehandlinger som er rapportert til Helsedirektoratet fra fylkeskommunene om tannbehandling av innsatte i alle fengsler¹. Man ser av **Tabell 2.6** at andelen av unike pasienter med kontakter som får behandling for tannfarget fylling og ekstraksjon er betydelig høyere enn i gjennomsnittsbefolkningen (se kapittel 2.2.1). **Tabell 2.7** viser samme data fordelt på alderskategorier. Sammenlignet med data på alle innsatte fra SSB², er fordelingen på

¹ Helsedirektoratet (2022). Kommunale helse- og omsorgstjenester og fylkeskommunale tannhelsetjenester til innsatte i fengsel - årsrapport 2021 [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 21. desember 2022, lest 18. desember 2023). Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-og-fylkeskommunale-tannhelsetjenester-til-innsatte-i-fengsel-arsrapport-2021>

² <https://www.ssb.no/statbank/table/10531/>

alderskategorier tilnærmet lik, noe som understøtter at vi har et godt representativt utvalg av alle innsatte i dette datagrunnlaget.

Tabell 2.6 Antall kontakter, undersøkelse og utvalgte behandlinger registrert blant innsatte i fengsler med klinikk i fengslet. Andeler er beregnet ut ifra antall unike pasienter med kontakter. Merk at data ikke er komplett, hvor ca. 30% av alle kontakter innsatte har med den offentlige tannhelsetjenesten antas å være registrert i denne rapportens datagrunnlag. Kilde: KPR.

År	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon
2022	1476	1272	926	824	107	21	288
2021	1133	992	793	692	75	15	222
2020	822	678	511	460	60	9	159
2019	901	778	601	524	60	15	172
2018	901	806	653	551	83	17	155
2017	989	835	725	584	98	20	185

År	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannraget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon
2022	1476	86,2 %	62,7 %	55,8 %	7,2 %	1,4 %	19,5 %
2021	1133	87,6 %	70,0 %	61,1 %	6,6 %	1,3 %	19,6 %
2020	822	82,5 %	62,2 %	56,0 %	7,3 %	1,1 %	19,3 %
2019	901	86,3 %	66,7 %	58,2 %	6,7 %	1,7 %	19,1 %
2018	901	89,5 %	72,5 %	61,2 %	9,2 %	1,9 %	17,2 %
2017	989	84,4 %	73,3 %	59,0 %	9,9 %	2,0 %	18,7 %

Tabell 2.7 Antall kontakt, undersøkelse og utvalgte behandlinger blant innsatte i fengsel fordelt på alderskategorier. Merk at data ikke er komplett, hvor ca. 30% av alle unike pasienter med kontakter innsatte har med den offentlige tannhelsetjenesten antas å være registrert i denne rapportens datagrunnlag. Tall lavere enn 4 vises ikke. Kilde: KPR.

Alder	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannfarget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon
15-20	22	16	12	7			
21-30	405	356	269	222	31		67
31-40	465	415	314	277	32		93
41-50	327	281	207	178	27	7	68
51+	250	201	121	135	16	7	59

Alder	Kontakt	Undersøkelse	Røntgen	Tannraget fylling	Rotbehandling ferdig	Krone	Ekstraksjon
15-20	22	72,7 %	54,5 %	31,8 %			
21-30	405	87,9 %	66,4 %	54,8 %	7,7 %		16,5 %
31-40	465	89,2 %	67,5 %	59,6 %	6,9 %		20,0 %
41-50	327	85,9 %	63,3 %	54,4 %	8,3 %	2,1 %	20,8 %
51+	250	80,4 %	48,4 %	54,0 %	6,4 %	2,8 %	23,6 %

2.3. Forbehold, konsistens og representativitet

I dette arbeidet har vi forsøkt å kartlegge Opus-koder oppimot SNOMED CT-begrep for å få et mest mulig korrekt bilde av omfanget av fylkeskommunale tannhelsetjenester. Helsedirektoratet har gjort antagelser om hvilke koder, og kombinasjoner av koder i EPJ (Opus dental) som kan brukes til å definere en behandling, undersøkelse og funn. Kodene i Opus oppstår bl.a. ved at helsepersonell registrerer funn, diagnoser og behandlinger i et grafisk grensesnitt. Registreringene i det grafiske grensesnittet generer vanligvis en journallinje. Kodene registreres altså ikke direkte i systemet. Selv om vi bl.a. har samarbeidet med mer erfarne brukere av slik tannhelsesdata fra Vestfold og Telemark fylkeskommune om analyser av journaldata, er det ikke 100% fullstendige eller sikre antall for ulike typer behandlinger, for eksempel. Det er bl.a. på grunn av hvordan helseperson (tannlege, tannpleier) fører journal, hvordan journalen er bygd opp og hvordan vi har trukket ut data. Allikevel finner vi et relativt godt samsvar mellom data fra KPR og KOSTRA for 3-, 5-, 12-, 15- og 18-åringer (**Figur 2.1**). Samtidig finner vi også noenlunde like tall i forhold til data fra Sverige for flere behandlinger. I Sverige er data og mer komplett, blant annet inkluderer det svenske tannhelsesregisteret også privat tannhelsetjeneste for de fleste voksne på grunn av takstsystemet (se også omtale i kapittel 6). For eksempel finner vi ca. 50% tannfarget fylling, 3.5% rotbehandling, 4% krone og 13-15% ekstraksjon i aldersgruppen 41-70 år (Tabell 3) i nåværende KPR-data, mens tilsvarende andeler i Sverige (offentlig og privat tannhelsetjeneste) for år 2022 var ca. 40%, 4%, 8-9% og 10-12%³.

Data om tannbehandling av innsatte i fengsler er ikke komplett. For året 2021 er dette tallet ca. 30% av alle tannbehandlinger som er rapportert til Helsedirektoratet fra fylkeskommunene om tannbehandling av innsatte i alle fengsler. Det ser ut til at tannklinikene er lokalisert til de største fengslene. Vi har ikke sett på informasjon om i hvilken grad de innsatte i disse fengslene er representative for hele fangepopulasjonen. Sammenlignet med data på alle innsatte fra SSB, er fordelingen på alderskategorier tilnærmet lik, noe som understøtter at vi har et godt representativt utvalg av alle innsatte i dette datagrunnlaget.

³ Svensk tannregister statistikk 2023-9-8720. Socialstyrelsen.se.

3. Betalende pasienter i offentlig tannhelsetjeneste 2017-2022

I dette kapittelet har vi sett nærmere på omfang av betalende pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten. Til dette formålet har vi i hovedsak sett på antall og andel pasienter som betaler, samt antall og andel av utvalgte undersøkelser eller behandlinger og hvor mye disse koster, enten per besøk eller per pasient per år.

3.1. Data og metode

I første omgang har vi filtrert data slik at vi kun henter ut pasientkontakter (fremmøter for undersøkelse og/eller behandling) der hvor pasienten var 25 år eller eldre ved behandlingstidspunkt, og hvor det er registrert innbetaling av penger i Opus. I Opus er det registrert både hva en pasient faktisk betaler per besøk (ofte én linje per kontakt), samt hva hver enkelt del av et besøk egentlig skal koste (takst per takstkode, f.eks. røntgen, tannfarget fylling, undersøkelse osv., ofte flere linjer per kontakt). Det betyr at det er flere måter å beregne kostnad på. I noen tilfeller har vi sett utelukkende på hva en pasient betaler per besøk, i andre tilfeller har vi sett på (og summert) hva ulike deler av en kontakt i utgangspunktet skulle ha kostet – uten å ta hensyn til for eksempel eventuelle rabatter som kan ha blitt gitt (de er registrert i Opus med en egen linje). I første del av resultat, viser vi tall fra første beregning, altså hva har betalende pasienter i offentlig tannhelsetjeneste betalt, fordelt på år, fylke og kjønn. I andre del av resultat, viser vi tall fra andre type beregning, hvor vi i ser på a) hva en undersøkelse koster i gjennomsnitt, og hva undersøkelser koster i gjennomsnitt en pasient per år og b) hva en tannfarget fylling koster i gjennomsnitt, og hva en tannfarget fylling i gjennomsnitt koster en pasient per år. For disse to kontaktene (undersøkelse og tannfarget fylling), har vi valgt å filtrere data slik: Først, hente ut alle kontakter hvor hver pasient har gjennomført kun én undersøkelse eller én tannfarget fylling per kontakt, og deretter sett på hva disse kontaktene koster ved å summere kostnad for kodene til typiske prosedyrer som blir gjort innenfor hver av disse. For undersøkelse og tannfarget fylling har vi valgt å summere prisen for enten *undersøkelse* eller *tannfarget fylling* og i tillegg eventuell *anestesi*, *røntgen* og *forberedende prosedyre*. For *undersøkelse* har vi også lagt til *forebyggende behandling*.

3.2. Resultater

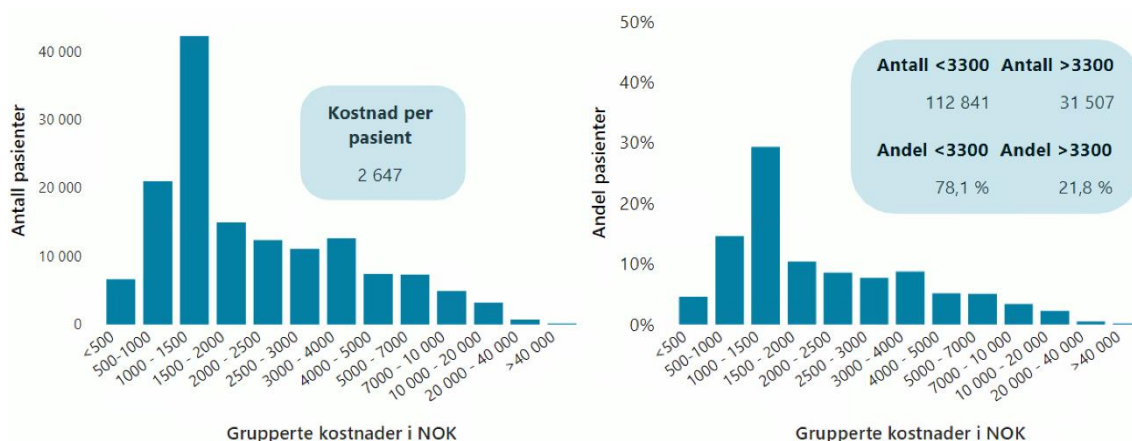
3.2.1. Hvor mange pasienter, og hva betaler man, i den offentlige tannhelsetjenesten?

Tabell 3.2.1 viser fordeling per år av betalende pasienter i forhold til befolkning og i forhold til totalt antall pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten, samt gjennomsnittlig kostnad per pasient per år.

Tabell 3. 2. 1. Antall pasienter fordelt per år registrert som betalende pasient hos den offentlige tannhelsetjenesten 2017-2022, samt gjennomsnittlig kostnad per pasient per år. Andel betalende er regnet ut ifra antall unike pasienter med kontakter. Merk, alder eldre enn 24 år. Kilde: Personregisteret og KPR.

År	Befolkning	Kontakt	Betalende kontakt	Andel betalende	Kostnad per pasient
2022	4 177 658	232 660	144 343	62,0 %	2 631
2021	4 117 235	237 710	152 934	64,3 %	2 584
2020	4 070 644	212 171	141 151	66,5 %	2 432
2019	4 014 030	260 047	172 209	66,2 %	2 461
2018	3 972 425	261 156	174 565	66,8 %	2 458
2017	3 930 457	263 428	179 811	68,3 %	2 431

Figur 3.2.1 viser en kategorisk fordeling av pasientkostnad registrert i år 2022 (fordeling er tilnærmet lik årene 2017-2021). Figuren viser at fordeling av kostnader per kontakt er forskjøvet mot venstre, som vil si at de aller fleste betaler mindre enn for eksempel et egenandelstak på 3300 NOK.



Figur 3.2.1. Antall og andel kontakter (pasient per år) fordelt i forhold til en kategorisk inndeling av total kostnad per pasient per år, for år 2022.

Tabell 3.2.2 viser antall betalende pasienter i forhold til befolkning og i forhold til totalt antall pasienter fordelt på alder for år 2022, samt gjennomsnittlig kostnad per pasient. Tabellen viser at andelen som betaler i offentlig tannhelsetjeneste synker noe med alder, mens prisen stiger noe med alder.

Tabell 3. 2. 2. Antall pasienter fordelt på alder registrert som betalende pasient hos den offentlige tannhelsetjenesten i år 2022, samt gjennomsnittlig kostnad per pasient. Andel betalende er regnet ut ifra antall unike pasienter med kontakter. Merk, alder eldre enn 24 år. Kilde: Personregisteret og KPR.

Alder	Befolkning	Kontakt	Betalende kontakt	Andel betalende	Kostnad per pasient
25-34	838 620	47 382	36 882	77,8 %	2 063
35-44	790 000	33 664	23 988	71,3 %	2 298
45-54	781 510	36 373	26 959	74,1 %	2 609
55-64	699 881	33 576	24 281	72,3 %	3 044
65-74	561 764	28 114	18 624	66,2 %	3 329
75+	505 883	53 551	13 405	25,0 %	3 117

Tabell 3.2.3 viser antall og andel betalende pasienter og kostnad per pasient per år fordelt på kjønn. Tabellen viser at kostnad per pasient per år er noe høyere (~200 NOK) hos menn enn kvinner.

Tabell 3. 2. 3. Antall pasienter fordelt på kjønn og år registrert som betalende pasient hos den offentlige tannhelsetjenesten, samt gjennomsnittlig kostnad per pasient per år. Andel betalende er regnet ut ifra antall unike pasienter med kontakter. Merk, alder eldre enn 24 år. Kilde: Personregisteret og KPR.

År	Kjønn	Befolkning	Kontakt	Betalende kontakt	Andel betalende	Kostnad per pasient
2022	Kvinne	2 039 819	125 041	76 400	61,1 %	2 543
2022	Mann	2 137 839	107 619	67 739	62,9 %	2 731
2021	Kvinne	2 006 241	128 009	81 269	63,5 %	2 496
2021	Mann	2 110 994	109 701	71 434	65,1 %	2 682
2020	Kvinne	1 984 620	113 572	75 316	66,3 %	2 342
2020	Mann	2 086 024	98 599	65 658	66,6 %	2 535
2019	Kvinne	1 959 709	141 144	91 808	65,0 %	2 365
2019	Mann	2 054 321	118 903	80 181	67,4 %	2 571
2018	Kvinne	1 939 962	141 983	93 050	65,5 %	2 356
2018	Mann	2 032 463	119 173	81 279	68,2 %	2 572
2017	Kvinne	1 920 536	143 107	95 767	66,9 %	2 324
2017	Mann	2 009 921	120 321	83 792	69,6 %	2 552

Tabell 3.2.4 viser antall og andel betalende pasienter fordelt på fylker i år 2022. I hovedsak viser tabellen at andel betalende (både per totale antall kontakter og per befolkning).

Tabell 3.2.4. Antall pasienter fordelt på fylke registrert som betalende pasient hos den offentlige tannhelsetjenesten, samt gjennomsnittlig kostnad per pasient per år. Merk, alder eldre enn 24 år. Data for år 2022. Kilde: Personregisteret og KPR.

Fylke	Befolkning	Kontakt	Betalende kontakt	Betalende pr. kontakt	Betalende pr. befolkning	Kostnad per pasient
Viken	977 401	22 710	4 094	18,0 %	0,4 %	2 150
Oslo	562 793	8 168	336	4,1 %	0,1 %	1 730
Vestland	484 284	29 077	16 486	56,7 %	3,4 %	2 408
Rogaland	361 164	29 735	23 283	78,3 %	6,4 %	2 406
Trøndelag	355 467	27 478	20 509	74,6 %	5,8 %	2 642
Vestfold og Telemark	329 553	19 127	11 595	60,6 %	3,5 %	2 798
Innlandet	293 601	22 259	14 320	64,3 %	4,9 %	2 407
Agder	230 063	13 273	7 372	55,5 %	3,2 %	2 391
Møre og Romsdal	204 206	6 728	2 384	35,4 %	1,2 %	2 275
Troms og Finnmark	189 484	29 940	24 327	81,3 %	12,8 %	3 039
Nordland	188 579	24 133	18 896	78,3 %	10,0 %	2 907

Tabell 3.2.5 viser antall og andel betalende pasienter fordelt på KOSTRA kommunegruppering i 2022.

Tabell 3.2.5. Antall pasienter fordelt på alder registrert som betalende pasient (betalende kontakt) hos den offentlige tannhelsetjenesten i år 2022, samt gjennomsnittlig kostnad per pasient. Andel betalende er regnet ut ifra antall unike pasienter med kontakter. Merk, alder eldre enn 24 år. Kilde: Personregisteret og KPR.

KOSTRA-grupper	Befolkning	Kontakt	Betalende kontakt	Betalende pr. kontakt	Betalende pr. befolkning	Kostnad per pasient
Oslo komm.	562 793	8 168	336	4,1 %	0,1 %	1 730
Høyest skattinntekt	10 897	1 459	1 217	83,4 %	11,2 %	2 521
600-1999	66 782	10 909	8 616	79,0 %	12,9 %	2 983
2000-9999	599 136	67 785	51 299	75,7 %	8,6 %	2 698
10000-300000	2 936 987	144 307	82 127	56,9 %	2,8 %	2 562

3.2.3. Kostnad for utvalgte tannhelsetjenester

Undersøkelser

Tabell 3.2.6 viser statistikk for undersøkelser for årene 2018-2022. Disse data inkluderer alle kontakter hvor «undersøkelse» er registrert, som for eksempel «akutt-undersøkelse», og ikke utelukkende «rutineundersøkelse». Kostnad inkluderer takstkoder for selve undersøkelse samt mulig anestesi, røntgen, forberedelse til prosedyre og forebyggende tiltak. Tabellen viser at det er få som får gjort undersøkelser mer enn én gang per år.

Tabell 3. 2. 6. Statistikk om undersøkelse hos betalende voksne i den offentlige tannhelsetjenesten. Kilde: KPR.

År	Antall undersøkelser	Kostnad per undersøkelse	Antall pasienter	Kostnad per pasient
2022	19 746	1 084	19 253	1 112
2021	21 211	1 042	20 671	1 069
2020	16 704	987	16 322	1 010
2019	22 551	951	21 966	977
2018	23 335	920	22 732	944

Tannfarget fylling

Tabell 3.2.7 viser statistikk om tannfarget fylling for årene 2018-2022. Merk at det her er kun telt opp tannlegebesøk hvor det er gjort én fylling per besøk. Kostnad inkluderer takstkoder for selve fylling samt mulig anestesi, røntgen og forberedelse til prosedyre. Tabellen viser at det er relativt få som får gjort mer enn én tannfarget fylling per år.

Tabell 3. 2. 7. Statistikk om tannfarget fylling hos betalende voksne i den offentlige tannhelsetjenesten. Kilde: KPR.

År	Antall fyllinger	Kostnad per fylling	Antall pasienter	Kostnad per pasient
2022	1 498	1 276	1 332	1 435
2021	1 459	1 241	1 292	1 401
2020	1 385	1 206	1 242	1 344
2019	1 959	1 139	1 741	1 282
2018	2 201	1 097	1 972	1 224

Tabell 3.2.8 viser mer spesifikk statistikk for tannfarget fylling, hvor en kan se at 1- og 2-flaters fyllinger dominerer.

Tabell 3.2. 8. Mer spesifikk statistikk om tannfarget fylling hos betalende voksne i den offentlige tannhelsetjenesten. Kilde: KPR.

År	Antall 1-flate	Kostnad 1-flate	Antall 2-flater	Kostnad 2-flater	Antall 3-flater	Kostnad 3-flater	Antall 4-flater	Kostnad 4-flater	Antall 5-flater	Kostnad 5-flater
2022	653	1 075	537	1 639	170	2 594	88	3 602	50	4 988
2021	590	1 038	571	1 544	158	2 563	94	3 326	46	5 129
2020	531	1 006	534	1 483	164	2 398	110	2 758	46	4 589
2019	799	962	764	1 415	216	2 332	127	2 930	53	5 079
2018	906	914	830	1 369	247	2 197	141	2 786	77	4 077

4. Tannhelsetjeneste til brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester

Tannhelsetjenesteloven lister opp grupper som den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til. En av gruppene er eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie (gruppe C i loven). Vi har koblet opplysningene i KPR om offentlig tannhelsetjeneste til brukere av helse- og omsorgstjenestene, slik at vi kan identifisere hvilken type tannhelsehjelp som ytes til gruppe C i tannhelsetjenesteloven. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at vi ikke har eksakte opplysninger om alle brukere av helse- og omsorgstjenester som er i gruppe C, men vi gjør et anslag ut fra tjenestetyper og varigheten av disse tjenestene.

4.1. Data og metode

Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie (gruppe C) har etter lov om tannhelsetjenesten rett til et regelmessig og oppsøkende tilbud fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Gruppe C kan videre deles inn i gruppe C1 (personer i institusjon) og C2 (personer i «hjemmesykepleie»). Det er imidlertid ikke alle tjenestemottakere registrert med hjemmetjeneste eller institusjonstjeneste som har rettigheter knyttet til fylkeskommunal tannhelsetjeneste. I denne delen av analysen er bruk av tannhelsetjenesten for gruppe C sammenlignet med befolkningen generelt. Se del 3.1 for definisjon av undersøkte og behandlede i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Datagrunnlaget for personer i gruppe C er hentet fra KPR for perioden 2017-2022. Utvalget er avgrenset til alle som er registrert med minst 90 dager sammenhengende tjeneste (institusjonstjeneste eller hjemmetjeneste) i løpet av kalenderåret. Sammenhengende vil si at ny startdato er maks en dag etter siste sluttdato. Det er kun tatt hensyn til de som er registrert med minst 90 dager av den samme tjenestetypen. Det vil si at dersom en bruker er registrert med tjeneste i 90 dager, men har byttet tjenestetype underveis i perioden, så er denne personen ekskludert fra gruppe C. Både personer med fødselsnummer og D-nummer er inkludert.

Institusjonstjenester omfatter

- langtidsopphold i institusjon
- tidsbegrenset opphold i institusjon – utredning/behandling
- tidsbegrenset opphold i institusjon – habilitering/rehabilitering
- tidsbegrenset opphold i institusjon – annet
- nattopphold i institusjon
- dagopphold i institusjon

Tjenesten avlastning i institusjon er ekskludert i denne analysen, ettersom kriteriet for sammenhengende tjeneste er vanskelig å anvende på avlastning med rulling. I fremtidige analyser kan man vurdere å inkludere avlastningstjeneste i institusjon ved å se på perioden med vedtak om avlastning som en sammenhengende periode, uten å ta hensyn til faktiske dager på institusjon. I løpet av 2022 ble 8 925 personer registrert med denne tjenesten i Norge.

«Hjemmesykepleie» er i denne analysen definert ved tjenestetypen helsetjenester i hjemmet. Med hjem menes også omsorgsbolig, bofellesskap, trygdebolig og andre private eller kommunale tilpassede boliger som ikke er institusjon. Andre hjemmetjenester, som praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse, dagaktivitetstilbud, matombringing, avlastning utenfor institusjon, støttekontakt og omsorgsstønad, er ekskludert. Tjenestetypen helsetjenester i hjemmet omfatter imidlertid mer enn kun hjemmesykepleie, blant annet ergoterapi, fysioterapi, psykisk helse og rus, digital hjemmeoppfølging, m.fl. Det er ikke mulig å skille mellom hjemmesykepleie og andre typer helsetjenester i hjemmet i KPR. Det er heller ikke mulig å sjekke regelmessighetskravet i KPR. Det er satt som krav at timer per uke direkte tid per bruker må være mer enn 0, men fordelingen av timer over tjenesteperioden er ukjent.

Pasienter i gruppe C (se ovenfor), men som var mellom 0-18 år i kalenderåret ble ekskludert fra gruppe C og satt til gruppe A ($N = 7\,539$). Tilsvarende ble personer 19 år eller eldre registrert med diagnose for psykisk utviklingshemming (ICD-10 kode F7 eller ICPC-2-kode P85) i kommunen ekskludert fra gruppe C og satt til gruppe B ($N = 13\,497$). Personer uten diagnose for psykisk utviklingshemming som fylte 19 i løpet av perioden ble inkludert i gruppe C fra det året de fylte 19.

Alder er for gruppe A, B og C definert som rapportert år for tjeneste minus fødselsår. Videre er rapporterende kommune for tjenesten brukt som utgangspunkt for tjenestested. For å forenkle analysene har siste rapporterende kommune i kalenderåret blitt benyttet per person, uavhengig av tjeneste. Denne kommunen vil i analysen gi grunnlag for både sted for kommunal helse- og omsorgstjeneste samt sted for undersøkelse eller behandling fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det er i tillegg flere rader for Gruppe A, B og C som er duplikater, dvs. at brukeren tilsynelatende mottar samme tjeneste i to kommuner samtidig. Dette kan enten skyldes at brukeren mottar tjeneste for eksempel både i bostedskommune og feriekommune, eller at en kommune fatter vedtaket mens en annen utfører selve tjenesten. Slike «dubletter» gjelder i hovedsak for mottakere av helsetjenester i hjemmet. I disse tilfellene er bostedskommunen for tidspunktet for tjenesten valgt.

I analysen blir det sett på mottakere av alle tjenestene samlet eller institusjonstjenester og helsetjenester i hjemmet for seg. I alle tilfeller telles antall unike personer per gruppe. En person vil derfor ikke bli telt to ganger innenfor samme gruppe selv om hen for eksempel mottar både helsetjeneste i hjemmet og en institusjonstjeneste samme år og det vises tall for tjenester samlet.

4.2. Resultater

Analysen av tannhelsetjeneste til brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester kan deles inn i tre deler. Første del (**Tabell 4.1- 4.5**) identifiserer de ulike gruppene med rettigheter (gruppe C, C1 og C2), og viser hvordan antall og andel fordeler seg på år, kjønn, aldersgrupper, fylker og KOSTRA-kommunegrupper. Vær oppmerksom på at en person kan tilhøre både gruppe C1 og gruppe C2 i løpet av et år. Summering av gruppe C1 og gruppe C2 vil derfor ikke nødvendigvis gi antall for gruppe C.

Andre del (**Tabell 4.6-4.9**) viser i hvor stor grad gruppe C, C1 og C2 er registrert med kontakt (undersøkelse eller behandling) fordelt på år, fylke og KOSTRA-kommunegrupper.

Tredje del (**Tabell 4.10-4.14** og **Figur 4.1**) går inn på hvilken type behandling gruppe C, C1 og C2 er registrert med dersom de har hatt en kontakt. Den viser også forskjeller i type behandling mellom gruppe C og befolkningen generelt.

4.2.1. Identifisering av gruppe C

Antall tjenestemottakere i helse- og omsorgstjenesten med rettigheter til offentlig tannhelsetjeneste (gruppe C) fordelt på år og kjønn er representert i **Tabell 4.1**.

Tabellen viser at kvinner tilhører gruppe C i større grad enn menn. Tabellen viser også at andel tjenestemottakere i gruppe C og C2 har holdt seg stabil for kvinner, mens det for menn har hatt en svak økning i perioden 2017-2022. For gruppe C1 har andelen holdt seg stabil for menn, mens den for kvinner har hatt en svak nedgang. Det var ingen forandring i andel av gruppe C i pandemiåret 2020 sammenlignet med året før.

Tabell 4.1. Antall og andel av befolkningen tjenestemottakere gruppert til gruppe C, C1 og C2 fordelt på år og kjønn. Kilde: KPR.

År	Kjønn	Befolkning	Antall C	Andel C	Antall C1	Andel C1	Antall C2	Andel C2
2022	Kvinne	2 812 476	123 657	4,4 %	26 682	0,9 %	102 645	3,6 %
2022	Mann	2 953 224	84 133	2,8 %	14 118	0,5 %	73 420	2,5 %
2021	Kvinne	2 777 753	122 945	4,4 %	26 874	1,0 %	101 406	3,7 %
2021	Mann	2 927 126	82 541	2,8 %	14 011	0,5 %	71 770	2,5 %
2020	Kvinne	2 758 483	120 625	4,4 %	27 527	1,0 %	98 680	3,6 %
2020	Mann	2 905 879	79 445	2,7 %	13 825	0,5 %	68 862	2,4 %
2019	Kvinne	2 693 950	118 509	4,4 %	27 630	1,0 %	96 669	3,6 %
2019	Mann	2 833 313	76 680	2,7 %	13 633	0,5 %	66 309	2,3 %
2018	Kvinne	2 690 548	120 942	4,5 %	28 739	1,1 %	98 556	3,7 %
2018	Mann	2 830 446	76 620	2,7 %	13 728	0,5 %	66 221	2,3 %
2017	Kvinne	2 689 022	119 824	4,5 %	29 381	1,1 %	96 729	3,6 %
2017	Mann	2 829 045	73 963	2,6 %	14 023	0,5 %	63 326	2,2 %

Tabell 4.2 viser antall personer i gruppe C, C1 og C2 i 2022 fordelt på aldersgrupper. Antall tjenestemottakere med rettigheter er høyest blant 80-89-åringene i Norge selv om antall personer i den aldersgruppen i befolkningen er mye lavere enn for yngre aldersgrupper. Andelen tjenestemottakere er lav blant personer yngre enn 66 år. Blant befolkningen over pensjonistalder øker imidlertid andelen i gruppe C betraktelig, fra 7% (alder 67-79) til 60% (alder 90+). Forholdet mellom antall personer i gruppe C1 versus gruppe C2 øker med økende alder (fra 1:60 blant personer 18-49 år til ca 1:2 blant personer over 90 år). Vær oppmerksom på at 18-åringene er gruppert til aldersgruppe 18-49 i befolkningen, men er ekskludert i denne analysen siden de tilhører gruppe A.

Tabell 4.2. Antall og andel tjenestemottakere gruppert til gruppe C, C1 og C2 fordelt på aldersgrupper. Tallene er for 2022. Kilde: Personregisteret og KPR.

Alder	Befolkning	Antall C	Andel C	Antall C1	Andel C1	Antall C2	Andel C2
18-49	2 478 161	41 012	1,7 %	666	0,0 %	40 477	1,6 %
50-66	1 224 005	29 219	2,4 %	1 941	0,2 %	27 763	2,3 %
67-79	666 837	44 467	6,7 %	8 963	1,3 %	37 638	5,6 %
80-89	216 918	56 885	26,2 %	15 618	7,2 %	44 975	20,7 %
90+	59 904	36 207	60,4 %	13 612	22,7 %	25 212	42,1 %

Selv om andelen blant de yngre er lav, så er det viktig å merke seg at antall personer 18-49 år og 50-66 år i gruppe C2 i **Tabell 4.2** er høyt (henholdsvis 41 012 og 29 219).

Trenden av andel tjenestemottakere i de ulike aldersgruppene i perioden 2017-2022 vises i **Tabell 4**. Andelen i gruppe C er, som **Tabell 4.2** også viser, mye større blant de over 90 år sammenlignet med 80-89-åringene og 18-49-åringene. Trenden for disse aldersgruppene har imidlertid ikke vært lik i perioden 2017-2022. Andelen tjenestemottakere blant de over 90 år har hatt en nedgang på 6,9% (14,7% for gruppe C1, 2,5% for gruppe C2). Aldersgruppen 80-89 år viser lignende trend, med en nedgang

på hhv. 15,2%, 22,5% og 13% for gruppe C, C1 og C2. For aldersgruppe 18-49 år har imidlertid både antall og andel tjenestemottakere økt i perioden.

Aldersgruppene 50-66 og 67-79 viste stabile andeler mellom 2017-2022 (vises ikke i denne tabellen).

Tabell 4.3. Antall og andel tjenestemottakere gruppert til gruppe C, C1 og C2 fordelt på år. Tallene er for aldersgruppe 18-49, 80 til 89 og 90+. Kilde: Personregisteret og KPR

År	Alder	Befolkning	Antall C	Andel C	Antall C1	Andel C1	Antall C2	Andel C2
2017	18-49	2 480 494	33 054	1,3 %	442	0,0 %	32 760	1,3 %
2018	18-49	2 474 070	35 224	1,4 %	367	0,0 %	34 986	1,4 %
2019	18-49	2 463 798	35 824	1,5 %	436	0,0 %	35 532	1,4 %
2020	18-49	2 466 410	37 792	1,5 %	488	0,0 %	37 433	1,5 %
2021	18-49	2 463 723	40 375	1,6 %	682	0,0 %	39 838	1,6 %
2022	18-49	2 478 161	41 012	1,7 %	666	0,0 %	40 477	1,6 %
2017	80-89	191 910	59 267	30,9 %	17 907	9,3 %	45 625	23,8 %
2018	80-89	194 768	58 675	30,1 %	17 354	8,9 %	45 489	23,4 %
2019	80-89	199 204	56 788	28,5 %	16 606	8,3 %	44 057	22,1 %
2020	80-89	205 129	56 720	27,7 %	16 363	8,0 %	44 114	21,5 %
2021	80-89	209 233	56 744	27,1 %	15 786	7,5 %	44 524	21,3 %
2022	80-89	216 918	56 885	26,2 %	15 618	7,2 %	44 975	20,7 %
2017	90+	56 040	36 345	64,9 %	14 934	26,6 %	24 205	43,2 %
2018	90+	56 412	36 547	64,8 %	14 782	26,2 %	24 655	43,7 %
2019	90+	56 459	35 764	63,3 %	14 252	25,2 %	24 123	42,7 %
2020	90+	58 235	36 290	62,3 %	14 258	24,5 %	24 610	42,3 %
2021	90+	59 079	36 626	62,0 %	13 874	23,5 %	25 209	42,7 %
2022	90+	59 904	36 207	60,4 %	13 612	22,7 %	25 212	42,1 %

Fordeling av de ulike gruppene på fylke vises i **Tabell 4.4**. Andel av befolkningen som tilhører gruppe C og C2 er størst i Nordland (hhv. 5,2% og 4,5%) og lavest i Oslo (hhv. 2,1 og 1,6%). Det er imidlertid mindre forskjell mellom andel i gruppe C1 på tvers av fylkene (fra 0,9%-0,6%).

Tabell 4.4. Antall og andel tjenestemottakere gruppert til gruppe C, C1 og C2 fordelt på fylke. Tallene er for 2022. Kilde: Personregisteret og KPR

Fylke	Befolkning	Antall C	Andel C	Antall C1	Andel C1	Antall C2	Andel C2
Viken	1 355 444	42 988	3,2 %	8 112	0,6 %	36 632	2,7 %
Oslo	758 488	15 904	2,1 %	4 584	0,6 %	11 916	1,6 %
Vestland	678 779	23 389	3,4 %	5 092	0,8 %	19 276	2,8 %
Rogaland	516 410	14 540	2,8 %	3 283	0,6 %	11 930	2,3 %
Trøndelag	497 364	19 237	3,9 %	3 727	0,7 %	16 406	3,3 %
Vestfold og Telemark	447 181	19 369	4,3 %	3 368	0,8 %	16 911	3,8 %
Innlandet	392 307	20 143	5,1 %	3 368	0,9 %	17 782	4,5 %
Agder	326 101	14 187	4,4 %	2 719	0,8 %	12 311	3,8 %
Møre og Romsdal	282 160	13 529	4,8 %	2 157	0,8 %	11 836	4,2 %
Troms og Finnmark	257 453	11 413	4,4 %	2 136	0,8 %	9 730	3,8 %
Nordland	253 907	13 091	5,2 %	2 254	0,9 %	11 335	4,5 %

Fordeling av de ulike gruppene på KOSTRA-kommunegrupper vises i **Tabell 4.5**. Denne tabellen fremhever forskjeller mellom sentrum og periferi. Andel av befolkningen som har rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten er minkende med økende kommunestørrelse. I kommuner med 600-1999 innbyggere er andelen som tilhører gruppe C på 6,3%, mens den er 2,1% i Oslo kommune.

Tabell 4.5. Antall og andel tjenestemottakere gruppert til gruppe C, C1 og C2 fordelt på KOSTRA kommunegrupper. Tallene er for 2022. Kilde: Personregisteret og KPR

KOSTRA-grupper	Befolkning	Antall C	Andel C	Antall C1	Andel C1	Antall C2	Andel C2
Oslo kommune	758 488	15 904	2,1 %	4 584	0,6 %	11 916	1,6 %
Høyest skatteinntekter per innbygger	14 955	687	4,6 %	170	1,1 %	558	3,7 %
600-1999 innbyggere	87 747	5 516	6,3 %	1 144	1,3 %	4 632	5,3 %
2000-9999 innbyggere	813 383	43 747	5,4 %	7 082	0,9 %	38 384	4,7 %
10000-300000 innbyggere	4 091 021	141 936	3,5 %	27 820	0,7 %	120 575	2,9 %

4.2.2. Antall og andel av gruppe C registrert med kontakt

I den neste delen av analysen er det sett på i hvor stor grad de med rettigheter etter Lov om tannhelsetjenesten blir undersøkt eller behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. **Tabell 4.6** viser antall og andel i gruppe C, C1 og C2 registrert med kontakt (undersøkelse eller behandling) fordelt på år. For gruppe C totalt har andelen registrert med minst en kontakt holdt seg stabilt i perioden 2017-2022 og mellom kjønnene (ca. 32-34%, vises ikke i tabell). Dette er med unntak av pandemiåret 2020, da andelen med kontakt sank til rundt 25-26%. For gruppe C1 har andelen steget i perioden, fra 58% til 63%. For gruppe C2 er andelen registrert med kontakt stabil (26%). Legg merke til den store forskjellen i andel av gruppe C1 og gruppe C2 som er registrert med kontakt i perioden.

Tabell 4.6. Antall og andel personer i gruppe C, C1 og C2 som er registrert med kontakt fordelt på år. Kilde: KPR

År	Antall C	Kontakt C	Andel C	Antall C1	Kontakt C1	Andel C1	Antall C2	Kontakt C2	Andel C2
2022	207 790	67 701	33 %	40 800	25 731	63 %	176 065	46 448	26 %
2021	205 485	64 777	32 %	40 885	24 367	60 %	173 175	44 454	26 %
2020	200 070	51 396	26 %	41 352	15 994	39 %	167 542	38 333	23 %
2018	197 561	66 943	34 %	42 467	25 927	61 %	164 776	45 327	28 %
2019	195 188	66 538	34 %	41 263	25 363	61 %	162 977	45 655	28 %
2017	193 787	64 404	33 %	43 404	25 247	58 %	160 055	43 233	27 %

Tabell 4.7 viser antall og andel i gruppe C, C1 og C2 registrert med kontakt (undersøkelse eller behandling) i 2022 fordelt på aldersgrupper. Tabellen viser at for gruppe C og C1 minker andelen registrert med kontakt med minkende alder (for gruppe C: fra 38% for alder 90+ til 30% for aldersgruppe 18-49 år). Kun 41% av mottakere av institusjonstjenester (C1) blant aldersgruppen 18-49 år er registrert med en kontakt i 2022. For gruppe C2 er det imidlertid de under 66 år (ca. 29-30% som i størst grad er registrert med en kontakt).

Tabell 4.7. Antall og andel personer i gruppe C, C1 og C2 som er registrert med kontakt fordelt på aldersgrupper. Tall for 2022. Kilde: KPR

Alder	Antall C	Kontakt C	Andel C	Antall C1	Kontakt C1	Andel C1	Antall C2	Kontakt C2	Andel C2
18-49	41 012	12 126	30 %	666	274	41 %	40 477	11 910	29 %
50-66	29 219	9 188	31 %	1 941	1 093	56 %	27 763	8 324	30 %
67-79	44 467	13 766	31 %	8 963	5 614	63 %	37 638	9 178	24 %
80-89	56 885	18 789	33 %	15 618	10 052	64 %	44 975	10 543	23 %
90+	36 207	13 832	38 %	13 612	8 698	64 %	25 212	6 493	26 %
Total	207 790	67 701	33 %	40 800	25 731	63 %	176 065	46 448	26 %

Forskjeller mellom fylker vises i **Tabell 4.8**. Andelen av gruppe C som er registrert med en kontakt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er størst i Troms og Finnmark (41%) og minst i Møre og Romsdal (27%). Legg merke til at andelen registrert med kontakt i gruppe C1 og C2 er størst (78%) og minst (17%) i Oslo.

Tabell 4.8. Antall og andel personer i gruppe C, C1 og C2 som er registrert med kontakt fordelt på fylke. Tall for 2022. Kilde: KPR

Fylke	Antall C	Kontakt C	Andel C	Antall C1	Kontakt C1	Andel C1	Antall C2	Kontakt C2	Andel C2
Agder	14 187	4 761	34 %	2 719	1 500	55 %	12 311	3 570	29 %
Innlandet	20 143	6 521	32 %	3 368	2 196	65 %	17 782	4 838	27 %
Møre og Romsdal	13 529	3 676	27 %	2 157	1 238	57 %	11 836	2 648	22 %
Nordland	13 091	4 894	37 %	2 254	1 522	68 %	11 335	3 647	32 %
Oslo	15 904	5 245	33 %	4 584	3 572	78 %	11 916	2 070	17 %
Rogaland	14 540	4 855	33 %	3 283	1 767	54 %	11 930	3 401	29 %
Troms og Finnmark	11 413	4 668	41 %	2 136	1 437	67 %	9 730	3 485	36 %
Trøndelag	19 237	6 230	32 %	3 727	2 138	57 %	16 406	4 488	27 %
Vestfold og Telemark	19 369	6 116	32 %	3 368	1 977	59 %	16 911	4 558	27 %
Vestland	23 389	8 681	37 %	5 092	3 201	63 %	19 276	6 002	31 %
Viken	42 988	12 054	28 %	8 112	5 183	64 %	36 632	7 741	21 %
Total	207 790	67 701	33 %	40 800	25 731	63 %	176 065	46 448	26 %

Fordelingen på KOSTRA- kommunegrupper vises i **Tabell 4.9**. Andelen registrert med kontakt blant gruppe C minker med økende kommunistørrelse.

Tabell 4.9. Antall og andel personer i gruppe C, C1 og C2 som er registrert med kontakt fordelt på KOSTRA-kommunegrupper. Tall for 2022. Kilde: KPR

KOSTRA-grupper	Antall C	Kontakt C	Andel C	Antall C1	Kontakt C1	Andel C1	Antall C2	Kontakt C2	Andel C2
10000-300000 innbyggere	141 936	45 029	32 %	27 820	16 996	61 %	120 575	31 040	26 %
2000-9999 innbyggere	43 747	15 118	35 %	7 082	4 433	63 %	38 384	11 623	30 %
Oslo kommune	15 904	5 245	33 %	4 584	3 572	78 %	11 916	2 070	17 %
600-1999 innbyggere	5 516	2 077	38 %	1 144	645	56 %	4 632	1 553	34 %
Høyest skatteinntekter per innbygger	687	232	34 %	170	85	50 %	558	162	29 %
Total	207 790	67 701	33 %	40 800	25 731	63 %	176 065	46 448	26 %

4.2.3. Hvilken type behandling får gruppe C?

I denne delen blir det sett på hvilken type behandling gruppe C får dersom de er registrert med en kontakt. Kode for undersøkelse, behandling med tannfarget fyllingsmateriale og ferdigstilt rotbehandling er inkludert til sammenligning. Gruppe C1 og C2 blir sammenlignet med hverandre, samt gruppe C opp mot befolkningen generelt.

Tabell 4.10 viser antall av henholdsvis gruppe C1 (mottakere av institusjonstjenester) og gruppe C2 (mottakere av helsetjenester i hjemmet) som er registrert med undersøkelse, behandling med tannfarget fyllingsmateriale eller ferdigstilt rotbehandling (endodonti) i perioden 2017-2022. Tabellen viser også andel for de samme behandlingstypene blant de som er registrert med kontakt.

De fleste i gruppe C1 og C2 registrert med kontakt har fått en undersøkelse (hhv. 95% og 85-86%). Med unntak av pandemiåret 2020 har andelen holdt seg stabil i perioden 2017-2022. Det er verdt å merke seg at selv om nesten alle i gruppe C1 mottar en undersøkelse, så blir gruppe C2 som får en kontakt i mye større grad behandlet med tannfarget fylling enn gruppe C1 (50% vs. ca. 22%). Det samme gjelder ferdigstilt rotbehandling (hhv. ca. 3% vs. ca. 0,4%). Vær imidlertid oppmerksom på at andelen av C2 registrert med kontakt er mye lavere enn for C1 (**Tabell 4.6-4.9**).

Tabell 4.10. Antall og andel personer med kontakt i gruppe C1 og C2 som er registrert med undersøkelse, behandling med tannfarget fyllingsmateriale og ferdigstilt rotbehandling fordelt på år. Kilde: KPR.

År	Kontakt C1	Antall undersøkt C1	Andel undersøkt C1	Antall tannfarget fylling C1	Andel tannfarget fylling C1	Antall rotbeh. ferdig C1	% Endo ferdig av aktive HOM
2022	25 731	24 573	95 %	5 459	21 %	66	0,3 %
2021	24 367	23 144	95 %	5 183	21 %	95	0,4 %
2020	15 994	14 073	88 %	4 201	26 %	84	0,5 %
2019	25 363	24 085	95 %	6 003	24 %	117	0,5 %
2018	25 927	24 709	95 %	5 966	23 %	114	0,4 %
2017	25 247	24 037	95 %	5 875	23 %	126	0,5 %

År	Kontakt C2	Antall undersøkt C2	Andel undersøkt C2	Antall tannfarget fylling C2	Andel tannfarget fylling C2	Antall rotbeh. ferdig C2	Andel rotbeh. ferdig C2
2022	46 448	39 546	85 %	22 581	49 %	1 301	2,8 %
2021	44 454	37 727	85 %	21 771	49 %	1 324	3,0 %
2020	38 333	31 325	82 %	19 374	51 %	1 108	2,9 %
2019	45 655	39 303	86 %	22 665	50 %	1 433	3,1 %
2018	45 327	38 966	86 %	22 429	49 %	1 412	3,1 %
2017	43 233	37 145	86 %	21 779	50 %	1 466	3,4 %

Tabell 4.11 viser hvordan type behandling fordeler seg på kjønn for gruppe C1 og C2 i 2022. Andel registrert med undersøkelse er jevnt mellom kjønnene, men det er en litt større andel menn enn kvinner som er registrert med behandling med tannfarget fyllingsmateriale og ferdigstilt rotbehandling for begge gruppene.

Tabell 4.11. Antall og andel personer med kontakt i gruppe C1 og C2 som er registrert med undersøkelse, behandling med tannfarget fyllingsmateriale og ferdigstilt rotbehandling fordelt på kjønn. Tall for 2022. Kilde: KPR.

Kjønn	Kontakt C1	Antall undersøkt C1	Andel undersøkt C1	Antall tannfarget fylling C1	Andel tannfarget fylling C1	Antall rotbeh. ferdig C1	Andel rotbeh. ferdig C1
Kvinne	17 127	16 420	96 %	3 250	19 %	27	0,2 %
Mann	8 604	8 153	95 %	2 209	26 %	39	0,5 %
Total	25 731	24 573	95 %	5 459	21 %	66	0,3 %

Kjønn	Kontakt C2	Antall undersøkt C2	Andel undersøkt C2	Antall tannfarget fylling C2	Andel tannfarget fylling C2	Antall rotbeh. ferdig C2	Andel rotbeh. ferdig C2
Kvinne	26 196	22 428	86 %	12 288	47 %	620	2,4 %
Mann	20 252	17 118	85 %	10 293	51 %	681	3,4 %
Total	46 448	39 546	85 %	22 581	49 %	1 301	2,8 %

Fordelingen på aldersgrupper vises i **Tabell 4.12**. Aldersgruppe 18-49 år i gruppe C1 som er registrert med en kontakt blir i litt mindre grad undersøkt enn eldre aldersgrupper, men denne aldersgruppen mottar i større grad behandling med tannfarget fyllingsmateriale og rotbehandling enn øvrige aldersgrupper. Fra **Tabell 4.7** kunne vi imidlertid se at denne aldersgruppen får kontakt i mindre grad enn andre i gruppe C1 (41%). For gruppe C2 er det også størst andel av de under 66 år som blir behandlet med tannfarget fylling eller får ferdigstilt rotbehandling. Data om

aldersgruppe 50-66 for gruppe C1 er fjernet av hensyn til anonymisering på grunn av for lave tall for ferdigstilt rotbehandling.

Tabell 4.12. Antall og andel personer med kontakt i gruppe C1 og C2 som er registrert med undersøkelse, behandling med tannfarget fyllingsmateriale og ferdigstilt rotbehandling fordelt på aldersgrupper. Tall for 2022. Kilde: KPR

Alder	Kontakt C1	Antall undersøkt C1	Andel undersøkt C1	Antall tannfarget fylling C1	Andel tannfarget fylling C1	Antall rotbeh. ferdig C1	% Endo ferdig av aktive HOM
18-49	274	232	85 %	123	45 %	9	3,3 %
50-66	1 093	1 001	92 %	334	31 %		
67-79	5 614	5 374	96 %	1 279	23 %	15	0,3 %
80-89	10 052	9 614	96 %	2 172	22 %	28	0,3 %
90+	8 698	8 352	96 %	1 551	18 %	11	0,1 %
Total	25 731	24 573	95 %	5 459	21 %	66	0,3 %

Alder	Kontakt C2	Antall undersøkt C2	Andel undersøkt C2	Antall tannfarget fylling C2	Andel tannfarget fylling C2	Antall rotbeh. ferdig C2	Andel rotbeh. ferdig C2
18-49	11 910	9 970	84 %	6 343	53 %	538	4,5 %
50-66	8 324	6 763	81 %	4 625	56 %	352	4,2 %
67-79	9 178	7 802	85 %	4 495	49 %	209	2,3 %
80-89	10 543	9 262	88 %	4 641	44 %	156	1,5 %
90+	6 493	5 749	89 %	2 477	38 %	46	0,7 %
Total	46 448	39 546	85 %	22 581	49 %	1 301	2,8 %

Tabell 4.13 viser fordeling av type behandling på fylke for gruppe C1. Tall for ferdigstilt rotbehandling er fjernet av hensyn til anonymisering på grunn av for lave tall. Av de i gruppe C1 registrert med en kontakt er nesten alle registrert med en undersøkelse. Dette er jevnt mellom fylkene. Andelen registrert behandlet med tannfarget fylling varierer imidlertid fra 15% (Oslo) til 27% (Rogaland).

Tabell 4.13. Antall og andel personer med kontakt i gruppe C1 som er registrert med undersøkelse og behandling med tannfarget fyllingsmateriale fordelt på fylke. Tall for 2022. Kilde: KPR.

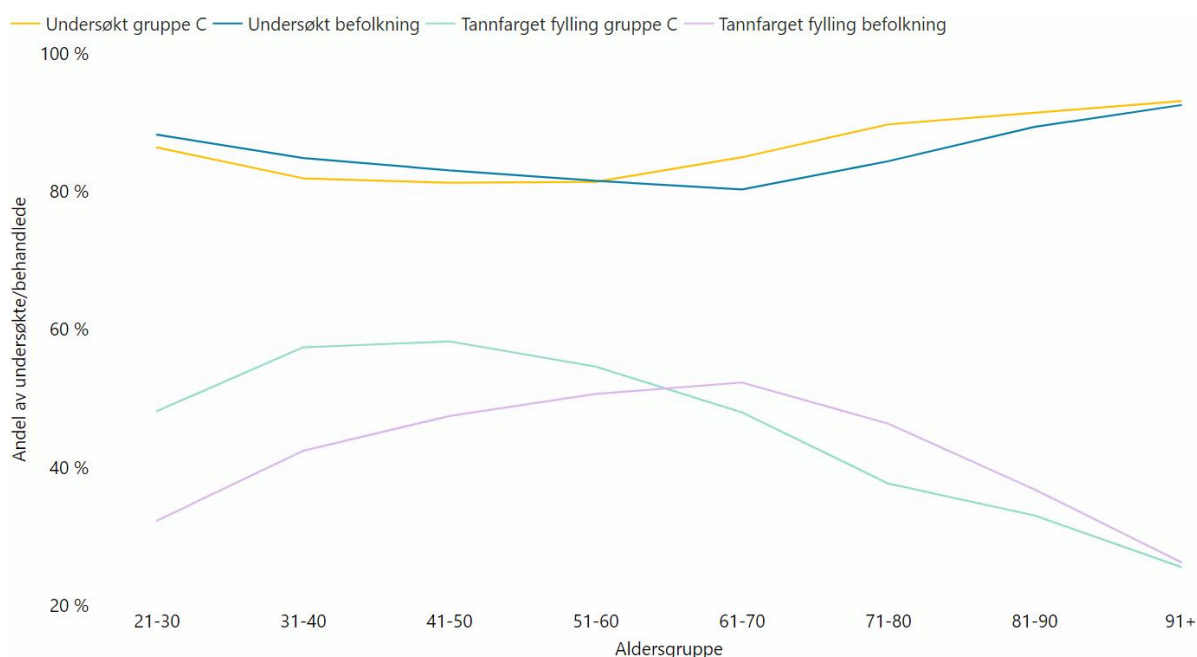
Fylke	Kontakt C1	Antall undersøkt C1	Andel undersøkt C1	Antall tannfarget fylling C1	Andel tannfarget fylling C1
Viken	5 183	4 945	95 %	990	19 %
Oslo	3 572	3 467	97 %	529	15 %
Vestland	3 201	3 034	95 %	821	26 %
Innlandet	2 196	2 097	95 %	555	25 %
Trøndelag	2 138	2 027	95 %	515	24 %
Vestfold og Telemark	1 977	1 852	94 %	406	21 %
Rogaland	1 767	1 707	97 %	479	27 %
Nordland	1 522	1 458	96 %	310	20 %
Agder	1 500	1 422	95 %	326	22 %
Troms og Finnmark	1 437	1 352	94 %	272	19 %
Møre og Romsdal	1 238	1 212	98 %	256	21 %
Total	25 731	24 573	95 %	5 459	21 %

Tabell 4.14 viser fordeling av type behandling på fylke for gruppe C2. Det er litt større variasjon mellom fylkene med tanke på andel av de med kontakt som er registrert med undersøkelse, fra 78% (Oslo) til 92% (Rogaland). Blant personer i gruppe C2 med kontakt er det størst andel i Vestland fylke som får behandling med tannfarget fyllingsmateriale (52%) og rotbehandling (3,6%), mens de samme andelene er minst i Oslo (hhv. 41% og 1,3%).

Tabell 4.14. Antall og andel personer med kontakt i gruppe C2 som er registrert med undersøkelse, behandling med tannfarget fyllingsmateriale og ferdigstilt rotbehandling fordelt på fylke. Tall for 2022. Kilde: KPR.

Fylke	Kontakt C2	Antall undersøkt C2	Andel undersøkt C2	Antall tannfarget fylling C2	Andel tannfarget fylling C2	Antall rotbeh. ferdig C2	Andel rotbeh. ferdig C2
Viken	7 741	6 353	82 %	3 663	47 %	152	2,0 %
Vestland	6 002	5 079	85 %	3 095	52 %	214	3,6 %
Innlandet	4 838	4 186	87 %	2 430	50 %	116	2,4 %
Vestfold og Telemark	4 558	3 784	83 %	2 246	49 %	143	3,1 %
Trøndelag	4 488	3 867	86 %	2 213	49 %	141	3,1 %
Nordland	3 647	3 169	87 %	1 744	48 %	103	2,8 %
Agder	3 570	3 112	87 %	1 787	50 %	129	3,6 %
Troms og Finnmark	3 485	2 920	84 %	1 640	47 %	102	2,9 %
Rogaland	3 401	3 116	92 %	1 635	48 %	108	3,2 %
Møre og Romsdal	2 648	2 349	89 %	1 278	48 %	67	2,5 %
Oslo	2 070	1 611	78 %	850	41 %	26	1,3 %
Total	46 448	39 546	85 %	22 581	49 %	1 301	2,8 %

I **Figur 4.1** blir andelen av voksne med kontakt som blir registrert med undersøkelse eller tannfarget fylling sammenlignet mellom gruppe C og befolkningen generelt. Tallene er for 2022 og er fordelt på aldersgrupper. Andelen undersøkte er forholdsvis lik mellom gruppe C og befolkningen totalt. Av de som har hatt en kontakt er det imidlertid en større andel av de yngre voksne (<50 år) som er registrert behandlet med tannfarget fylling enn for befolkningen generelt. Blant personer over 60 år er det imidlertid motsatt. Vær oppmerksom på at vi ikke sammenligner i hvor stor grad gruppe C får en kontakt opp mot befolkningen. Til det trengs også data fra den private tannhelsetjenesten.



Figur 4.1. Andel av undersøkte/behandlede som er registrert med undersøkelse eller behandling med tannfarget fyllingsmateriale fordelt på aldersgrupper. Gruppe C versus Norges befolkning. Tallene er for 2022. Kilde: Personregisteret og KPR.

4.3 Forbehold, konsistens og representativitet

Det er noe usikkerhet rundt definisjon av gruppe C (herunder C1 og C2) og de som anses å tilhøre gruppe A og B fra helse og omsorgsdata i KPR. For gruppe B er alle registrert med diagnose for psykisk utviklingshemming i kommunen inkludert, men dette er ikke nødvendigvis en god måte å definere denne gruppen på.

Det er kun tatt med de som har minst 90 dager av den samme tjenestetypen. Dersom personen bytter mellom tjenester, så vil hen ikke bli inkludert hvis den sammenhengende perioden for hver av tjenestene er mindre enn 90 dager. Dette kan ha ført til at noen som har rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten har blitt ekskludert.

Ettersom tjenesten avlastning i institusjon er ekskludert fra institusjonstjenestene i denne analysen, vil mest sannsynlig antall i gruppe C1 være noe lavere enn det som er reelt. Motsatt er antall i gruppe C2 i analysen mest sannsynlig større enn det som er reelt, ettersom det ikke er mulig å avgrense til kun «hjemmesykepleie» eller ta hensyn til kravet om regelmessighet for denne gruppen. SSB har i sine analyser /ikke satt som krav at tjenesteperioden skal være sammenhengende i løpet av ett kalenderår, kun at det skal være minst 90 dager tjeneste totalt i løpet av året. Dette vil mest sannsynlig føre til at de har inkludert flere i gruppe C1 og C2 enn i denne analysen. Det er videre verdt å merke seg at SSB har inkludert de som i denne analysen er satt til gruppe B, i gruppe C. Det er besluttet at SSB vil be fylkeskommunene om å rapportere inn antall personer i gruppe C2 i KOSTRA skjema 43 da det er grunn til å tro at antall personer hentet fra KPR gir et for høyt antall personer med rettigheter.

Det vil videre være noen begrensninger med tanke på at tallene er hentet ut per kalenderår. For eksempel har alle personer som mottar 90 dager tjeneste på tvers av kalenderår og ikke innenfor et kalenderår blitt ekskludert fra gruppe C. I tillegg er analysen utført slik at dersom en bruker mottar to ulike omsorgstjenester på minst 90 dager hver i løpet av samme kalenderår og mottar tannhelsehjelp fra fylkeskommunen tilknyttet den ene tjenesten, så blir den telt med for begge.

Ettersom kun siste rapporterende kommune for tjeneste i løpet av kalenderåret er benyttet så vil det potensielt gi et lavere antall tjenestebrukere per fylke per år enn det som er reelt. I tillegg kan det være at en eventuell undersøkelse eller behandling fra tannhelsetjenesten tilegnes feil kommune. Dette gjelder kanskje særlig tilfeller der en person går fra å motta helsetjeneste i hjemmet til en institusjonstjeneste i løpet av et år og dermed kanskje må bytte kommune i prosessen. For helsetjenester i hjemmet vil rapporterende kommune ofte tilsvare personens bostedskommune, mens for institusjonstjenester er det ikke nødvendigvis slik.

Det er i dette arbeidet ikke tatt hensyn til om personene dør i løpet av året eller ikke. Dersom personer som dør i løpet av året ekskluderes fra analysene, så vil det påvirke tallene siden dødeligheten i gruppe C er stor. I 2022 var det totalt 21 308 av totalt 207 790 personer i denne gruppen som døde (10,3%). Det er særlig tallene for gruppe C1 som blir påvirket.

Selv om gruppene og dermed totaltallene kan være litt usikre, er det likevel grunn til å tro at trender over tid og forholdet mellom kjønn, fylker og KOSTRA-kommunegrupper står seg.

I fremtiden vil vi be om at fylkestannhelsetjenesten rapporterer pasientenes tilhørighet til de ulike gruppene i tannhelsetjenesteloven sammen med de andre opplysningene om helsehjelp i tannhelsetjenesten. Da vil det ikke være behov for å definere disse gruppene basert på data om bruk av helse- og omsorgstjenester i KPR.

5. Tannhelsetjenester til pasienter i spesialisthelsetjenesten 2017-2022

Dette kapitlet ser på pasienter i spesialisthelsetjenesten og som samtidig har kontakter i offentlig tannhelsetjeneste eller mottar stønad fra folketrygden for tannbehandling. Fokuset er særlig på (1) pasienter i spesialisthelsetjenesten, (2) pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og (3) pasienter som mottar tannbehandling i spesialisthelsetjenesten. Vi har også sett på sammenheng mellom helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og mottak av stønad til tannbehandling fra folketrygden.

5.1. Data og metode

Data og metode for pasienter med kontakter i den offentlige tannhelsetjenesten samsvarer med beskrivelsene i kapittel 3, "Pasienter i offentlig tannhelsetjeneste 2017 – 2023.

Datagrunnlaget for pasienter som mottar stønad til tannbehandling fra folketrygden er avgrenset til de som er registrert med tjenestetyper tannlege, tannpleier og kjeveortoped i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette er innhentet for perioden 2017-2022.

Datagrunnlaget for pasienter i spesialisthelsetjenesten er avgrenset til alle pasienter registrert med episoder (kontakter) i Norsk pasientregister (NPR) i perioden 2017-2022. For disse episodene ble alle innrapporterte ICD-10 (International Classification of Diseases Version 10) diagnosekoder (tilstandskoder) hentet, i tillegg til utvalgte NCSP-prosedyrekoder og DRG-koder for tannbehandling. De utvalgte NCSP-prosedyrekodene omfatter prosedyrer som knytter behandling til tannbehandling ved hjelp av gruppering av sykehusopphold etter DRG⁴. Vi har også benyttet utvalgte DRG-er for poliklinisk/dagkirurgisk tannbehandling (se vedlegg B).

På grunnlag av ICD-10 tilstandskodene er det beregnet Charlson komorbiditetsindeks (CCI) og avledet diagnosegrupper i henhold til kategorier i CCI. CCI er en vektet indeks som predikerer pasienters risiko for død (Se [Quan et al., 2005](#) og [Nilssen et al., 2014](#)). Den følger pasienten og er uavhengig av tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. CCI er beregnet for hver person for hvert av årene 2017-2022 basert på tilstander innrapportert i løpet av året.

For pasienter i psykisk helsevern og TSB er datagrunnlaget avgrenset til de som er innrapportert med episode ved sektorene tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern for voksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) eller avtalespesialister innen psykiatriske/psykologiske fagområder (AVTPHV). For disse pasientene er det også innhentet opplysninger om kategorier av ICD-10 hoveddiagnoser for Kapittel V (F00-F99) Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.

⁴ [DRG-systemet - Helsedirektoratet](#)

Andre ICD-10 koder som ikke faller innunder kapittel V er kategorisert som "Annet". Kategoriblokk F70-F79 for psykisk utviklingshemming er også kategorisert som "Annet" fordi disse er mer egnet for å undersøke i sammenheng med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Det er ikke sett spesifikt på LAR-pasienter fordi ikke all LAR-behandling blir registrert i NPR. Grunnen er at LAR-medikamenter også gis utenfor spesialisthelsetjenesten.

For demografisk informasjon om bosted, kjønn og alder er Personregisteret (helse- og omsorgssektorens kopi av Folkeregisteret) benyttet. Ved manglende demografisk informasjon i Personregisteret, er datagrunnlaget supplert med tilsvarende opplysninger innrapportert sammen med overnevnte episoder ved NPR. Alder er beregnet som rapporteringsår minus fødselsår. Bosted er avledet fra siste gyldige bosted i løpet av hvert av årene 2017-2022. Personer som har dødd eller emigrert i løpet av året er altså inkludert. Personer med d-nummer er også inkludert. På dette datagrunnlaget er det beregnet absolutte tall for antall unike personer i (1) befolkningen, (2) den offentlige tannhelsetjenesten, (3) som mottar stønad fra folketrygden til tannbehandling, (4) psykisk helsevern/TSB, (5) fylkestannhelsetjenesten og i psykisk helsevern/TSB, (6) som mottar stønad fra folketrygden for tannbehandling og i psykisk helsevern/TSB, (7) poliklinisk/dagkirurgisk tannbehandling i spesialisthelsetjenesten, (8) spesialisthelsetjenesten (både somatikk og psykisk helsevern/TSB), (9) den offentlige tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og (10) som mottar stønad fra folketrygden til tannbehandling og i spesialisthelsetjenesten. Dette er fordelt på rapporteringsår, aldersgrupperinger, kjønn, fylke, og KOSTRA-kommuner.

Det er også beregnet andeler (%) for hvor stor del av (a) befolkningen med kontakter i offentlig tannhelsetjeneste, (b) befolkningen som mottar stønad fra folketrygden til tannbehandling, (c) pasienter i psykisk helsevern/TSB som også går til offentlig tannhelsetjeneste, (d) pasienter i psykisk helsevern/TSB som også mottar stønad fra folketrygden til tannbehandling, (e) befolkningen med poliklinisk/dagkirurgisk tannbehandling i spesialisthelsetjenesten, (f) pasienter i spesialisthelsetjenesten som også har kontakter i offentlig tannhelsetjeneste, og (g) pasienter i spesialisthelsetjenesten som også mottar stønad fra folketrygden til tannbehandling. Kobling mellom tjenesteområder i NPR og KPR ble utført for pasienter som i løpet av samme rapporteringsår er registrert i begge tjenesteområder og/eller registre.

Personer som ikke har treff på hjemkommune, alder eller kjønn i Personregisteret og ikke har innrapportert hjemkommune, alder eller kjønn med tjenestene er utelatt fra datagrunnlaget i dette kapitlets resultater.

5.2. Resultater

Tabell 5.1 viser nasjonale tall for 2017-2022. Tabellen tar utgangspunkt i antall og andel av befolkningen totalt som behandles i offentlig tannhelsetjeneste og antall og andel av befolkningen totalt som mottar stønad til tannbehandling fra Folketrygden. Med dette som utgangspunkt blir det sett på antall og andeler av ulike pasientgrupper i spesialisthelsetjenesten, for å se om disse andelene skiller seg ut fra de totale andelene. Tabellen viser blant annet at det er en større andel av pasienter i psykisk helsevern med kontakter i offentlig tannhelsetjeneste sammenlignet med andelen av befolkningen med kontakter i offentlig tannhelsetjeneste (henholdsvis 28% mot 18% i 2022).

Tabell 5.1. Nasjonale tall for 2017-2022. Antall og andeler. Kilde: Personregisteret, NPR og KPR.

Parameter	2022	2021	2020	2019	2018	2017
Befolkning	5 765 698	5 704 877	5 664 361	5 527 263	5 520 994	5 518 067
Fylkestannhelsetjenesten	1 022 589	1 020 408	912 285	1 077 221	1 090 957	1 092 212
Andel av befolkning til fylkestannhelsetjenesten	18 %	18 %	16 %	19 %	20 %	20 %
Tannrefusjoner	810 422	795 535	730 807	768 873	741 294	725 561
Andel av befolkning tannrefusjoner	14 %	14 %	13 %	14 %	13 %	13 %
Psykisk helsevern/TSB	298 920	289 972	275 362	272 641	270 677	270 536
Fylkestannhelsetjenesten og psykisk helsevern/TSB	83 814	80 166	66 635	77 428	78 011	77 506
Andel av psykisk helsevern/TSB til fylkestannhelsetjenesten	28 %	28 %	24 %	28 %	29 %	29 %
Tannrefusjoner og psykisk helsevern/TSB	46 949	46 205	40 226	42 232	41 338	42 339
Andel av psykisk helsevern/TSB som får tannrefusjon	16 %	16 %	15 %	15 %	15 %	16 %
Antall pasienter tannbehandling i spesialisthelsetjenesten	29 291	29 759	27 720	27 725	28 023	30 067
Andel av befolkning tannbehandling i spesialisthelsetjenesten	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Spesialisthelsetjenesten	2 692 644	2 641 284	2 544 849	2 542 738	2 522 768	2 502 074
Fylkestannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	434 839	425 615	371 122	454 096	458 003	457 721
Andel av spesialisthelsetjenesten til fylkestannhelsetjenesten	16 %	16 %	15 %	18 %	18 %	18 %
Tannrefusjoner og spesialisthelsetjenesten	457 312	439 681	389 502	416 668	399 613	389 858
Andel av spesialisthelsetjenesten som får tannrefusjon	17 %	17 %	15 %	16 %	16 %	16 %

Tabell 5.2 viser nasjonale tall for 2022 fordelt på kjønn. Her kan man blant annet se at en større andel av menn i psykisk helsevern/TSB har kontakter i fylkestannhelsetjenesten enn kvinner.

Tabell 5.2. Nasjonale tall for 2022 fordelt på kjønn. Antall og andeler. Kilde: Personregisteret, NPR og KPR.

Parameter	Kvinne	Mann
Befolkning	2 812 476	2 953 222
Fylkestannhelsetjenesten	511 639	510 950
Andel av befolkning til fylkestannhelsetjenesten	18 %	17 %
Tannrefusjoner	431 673	378 749
Andel av befolkning tannrefusjoner	15 %	13 %
Psykisk helsevern/TSB	169 996	128 924
Fylkestannhelsetjenesten og psykisk helsevern/TSB	44 488	39 326
Andel av psykisk helsevern/TSB til fylkestannhelsetjenesten	26 %	31 %
Tannrefusjoner og psykisk helsevern/TSB	29 837	17 112
Andel av psykisk helsevern/TSB som får tannrefusjon	18 %	13 %
Antall pasienter tannbehandling i spesialisthelsetjenesten	14 473	14 818
Andel av befolkning tannbehandling i spesialisthelsetjenesten	0,5 %	0,5 %
Spesialisthelsetjenesten	1 472 735	1 219 909
Fylkestannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	224 622	210 217
Andel av spesialisthelsetjenesten til fylkestannhelsetjenesten	15 %	17 %
Tannrefusjoner og spesialisthelsetjenesten	258 414	198 898
Andel av spesialisthelsetjenesten som får tannrefusjon	18 %	16 %

Tabell 5.3 viser at det er variasjon i andeler med kontakter i offentlig tannhelsetjeneste for ulike grupperinger av hoveddiagnoser ved psykisk helsevern og TSB for 2022 (se vedlegg C for komplett tabell). Variasjonen utgjør fra 15 % blant de innrapportert med ICD-10 hoveddiagnoser F30-F39 for affektive lidelser til 59 % for de innrapportert med ICD-10 hoveddiagnoser F80-F89 for utviklingsforstyrrelser. Tabell 3 indikerer også at kvinner og menn i psykisk helsevern og TSB varierer for kontakten med offentlig tannhelsetjeneste, avhengig av grupper av ICD-10 hoveddiagnoser. Det kan gi en indikasjon på hvorfor en større andel av menn i psykisk helsevern/TSB har kontakter med fylkestannhelsetjenesten enn kvinner. For eksempel er det ingen forskjell mellom menn og kvinner for de med ICD-10 hoveddiagnoser F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (30 %), mens kvinner med ICD-10 hoveddiagnoser F90-F98 for Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser har noe lavere andel kontakter med offentlig tannhelsetjeneste (39 %) enn menn med samme hoveddiagnoser (47 %).

Tabell 5.3. Hoveddiagnosegrupper ved psykisk helsevern/TSB for 2022, totalt og fordelt på kjønn. Antall og andeler. Se vedlegg C for komplett tabell. Kilde: NPR og KPR.

Hoveddiagnoser	Hoveddiagnoser Gruppert	Kjønn	Psykisk helsevern/TSB	Psykisk helsevern/TSB til fylkestannhelse-tjenesten	Andel psykisk helsevern/TSB som går til fylkestannhelse-tjenesten
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	Kvinne	5 462	1 661	30 %
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	Mann	7 780	2 332	30 %
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	Total	13 242	3 993	30 %
F30-F39	Affektive lidelser	Kvinne	34 723	5 581	16 %
F30-F39	Affektive lidelser	Mann	21 008	2 666	13 %
F30-F39	Affektive lidelser	Total	55 731	8 247	15 %
F80-F89	Utviklings-forstyrrelser	Kvinne	6 463	3 705	57 %
F80-F89	Utviklings-forstyrrelser	Mann	9 014	5 411	60 %
F80-F89	Utviklings-forstyrrelser	Total	15 477	9 116	59 %
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	Kvinne	22 444	8 778	39 %
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	Mann	23 869	11 255	47 %
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	Total	46 313	20 033	43 %

Tabell 5.4 viser nasjonale tall for aldersgrupperinger for 2022. Her ser man at det er flest yngre og eldre med kontakter i offentlig tannhelsetjeneste, i tillegg til at det i alle aldersgrupper er en større andel av pasienter i psykisk helsevern med kontakter i offentlig tannhelsetjeneste enn befolkningen generelt.

Tabell 5.4. Nasjonale tall for 2022 fordelt på aldersgrupper. Antall og andeler. Kilde: Personregisteret, NPR og KPR.

Parameter	0-20 år	21-30 år	31-40 år	41-50 år	51-60 år	61-70 år	71-80 år	Over 80 år
Befolkning	1 314 245	761 717	836 300	766 296	758 889	614 348	469 869	244 034
Fylkestannhelsetjenesten	745 538	75 604	37 249	33 267	36 900	29 567	27 645	36 819
Andel av befolkning til fylkestannhelsetjenesten	57 %	10 %	4 %	4 %	5 %	5 %	6 %	15 %
Tannrefusjoner	188 946	69 635	67 126	83 970	119 223	133 331	110 573	37 618
Andel av befolkning tannrefusjoner	14 %	9 %	8 %	11 %	16 %	22 %	24 %	15 %
Psykisk helsevern/TSB	82 354	64 240	56 043	40 960	30 235	13 960	7 588	3 540
Fylkestannhelsetjenesten og psykisk helsevern/TSB	54 593	9 414	6 202	5 054	4 078	2 141	1 285	1 047
Andel av psykisk helsevern/TSB til fylkestannhelsetjenesten	66 %	15 %	11 %	12 %	13 %	15 %	17 %	30 %
Tannrefusjoner og psykisk helsevern/TSB	16 936	7 846	6 182	5 683	5 277	2 979	1 626	420
Andel av psykisk helsevern/TSB som får tannrefusjon	21 %	12 %	11 %	14 %	17 %	21 %	21 %	12 %
Antall pasienter tannbehandling i spesialisthelsetjenesten	10 139	3 548	2 530	2 340	3 088	3 162	2 988	1 496
Andel av befolkning tannbehandling i spesialisthelsetjenesten	0,8 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %
Spesialisthelsetjenesten	498 747	290 987	327 449	311 809	371 629	363 854	344 219	183 950
Fylkestannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	273 148	35 351	20 368	18 756	22 504	19 834	20 337	24 541
Andel av spesialisthelsetjenesten til fylkestannhelsetjenesten	55 %	12 %	6 %	6 %	6 %	5 %	6 %	13 %
Tannrefusjoner og spesialisthelsetjenesten	70 990	33 237	34 380	43 509	69 130	88 018	86 104	31 944
Andel av spesialisthelsetjenesten som får tannrefusjon	14 %	11 %	10 %	14 %	19 %	24 %	25 %	17 %

Tabell 5.5 viser antall personer og andeler for 2022 fordelt på fylke. Den viser at det er en del variasjon mellom fylkene i hvor stor andel av befolkningen med kontakter i fylkestannhelsetjenesten, med Troms og Finnmark høyest (28 %) og Oslo lavest (11 %).

Tabell 5.5. Fylkestall for 2022. Antall og andeler. Kilde: Personregisteret, NPR og KPR.

Parameter	Agder	Inn-landet	Møre og Romsdal	Nord-land	Oslo	Roga-land	Troms og Finnmark	Trønde-lag	Vestfold og Tele-mark	Vest-land	Viken
Befolkning	326 105	392 315	282 164	253 912	758 514	516 416	257 462	497 368	447 185	678 796	1 355 461
Fylkestannhelse-tjenesten	58 238	73 006	48 755	62 869	82 893	119 511	71 688	95 877	77 131	125 197	207 424
Andel av befolkning til fylkestannhelse-tjenesten	18 %	19 %	17 %	25 %	11 %	23 %	28 %	19 %	17 %	18 %	15 %
Tannrefusjoner	46 457	50 224	40 991	35 376	103 927	73 028	32 566	67 356	68 749	103 523	188 225
Andel av befolkning tannrefusjoner	14 %	13 %	15 %	14 %	14 %	14 %	13 %	14 %	15 %	15 %	14 %
Psykisk helsevern/TSB	16 413	19 145	13 459	12 901	42 479	24 886	13 964	27 074	24 800	38 612	65 187
Fylkestannhelse-tjenesten og psykisk helsevern/TSB	4 604	5 690	3 722	5 205	6 401	9 275	5 995	7 987	6 933	11 839	16 163
Andel av psykisk helsevern/TSB til fylkestannhelse-tjenesten	28 %	30 %	28 %	40 %	15 %	37 %	43 %	30 %	28 %	31 %	25 %
Tannrefusjoner og psykisk helsevern/TSB	2 365	2 794	2 172	1 920	7 102	3 951	1 871	4 006	3 840	6 718	10 210
Andel av psykisk helsevern/TSB som får tannrefusjon	14 %	15 %	16 %	15 %	17 %	16 %	13 %	15 %	15 %	17 %	16 %
Antall pasienter tannbehandling i spesialisthelse-tjenesten	1 398	1 680	2 898	1 380	3 029	2 006	1 179	3 068	2 308	5 153	5 192
Andel av befolkning tannbehandling i spesialisthelse-tjenesten	0,4 %	0,4 %	1,0 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %	0,8 %	0,4 %
Spesialisthelse-tjenesten	154 725	187 982	133 907	122 809	343 567	219 996	120 088	235 355	219 536	328 374	626 305
Fylkestannhelse-tjenesten og spesialisthelse-tjenesten	24 056	31 990	20 256	28 768	36 271	45 322	33 814	42 415	33 546	56 078	82 323
Andel av spesialisthelse-tjenesten til fylkestannhelse-tjenesten	16 %	17 %	15 %	23 %	11 %	21 %	28 %	18 %	15 %	17 %	13 %
Tannrefusjoner og spesialisthelse-tjenesten	26 373	28 748	23 324	20 604	58 682	37 257	18 763	38 627	39 644	58 762	106 528
Andel av spesialisthelse-tjenesten som får tannrefusjon	17 %	15 %	17 %	17 %	17 %	17 %	16 %	16 %	18 %	18 %	17 %

Tabell 5.6 inneholder antall personer og andeler fordelt på KOSTRA-grupperte kommuner for 2022. Den viser at kommuner med færrest innbyggere har større andel av befolkningen med kontakter i offentlig tannhelsetjeneste, også blant pasienter i psykisk helsevern, sammenlignet med kommuner med flest innbyggere.

Tabell 5.6. Antall og andeler for 2022 fordelt på KOSTRA-grupperinger. Kilde: Personregisteret, NPR og KPR.

Parameter	10000-300000 innbyggere	2000-9999 innbyggere	600-1999 innbyggere	Høyest skatteinntekter per innbygger	Oslo kommune
Befolkning	4 091 074	813 406	87 748	14 956	758 514
Fylkestannhelse-tjenesten	721 501	191 681	22 902	3 612	82 893
Andel av befolkning til fylkestannhelse-tjenesten	18 %	24 %	26 %	24 %	11 %
Tannrefusjoner	583 076	110 266	11 238	1 915	103 927
Andel av befolkning tannrefusjoner	14 %	14 %	13 %	13 %	14 %
Psykisk helsevern/TSB	215 196	37 113	3 588	544	42 479
Fylkestannhelse-tjenesten og psykisk helsevern/TSB	61 653	14 100	1 461	199	6 401
Andel av psykisk helsevern/TSB til fylkestannhelse-tjenesten	29 %	38 %	41 %	37 %	15 %
Tannrefusjoner og psykisk helsevern/TSB	33 671	5 576	516	84	7 102
Andel av psykisk helsevern/TSB som får tannrefusjon	16 %	15 %	14 %	15 %	17 %
Antall pasienter tannbehandling i spesialisthelse-tjenesten	21 131	4 632	394	105	3 029
Andel av befolkning tannbehandling i spesialisthelse-tjenesten	0,5 %	0,6 %	0,4 %	0,7 %	0,4 %
Spesialisthelse-tjenesten	1 911 760	388 568	42 267	6 482	343 567
Fylkestannhelse-tjenesten og spesialisthelse-tjenesten	301 984	84 433	10 663	1 488	36 271
Andel av spesialisthelse-tjenesten til fylkestannhelse-tjenesten	16 %	22 %	25 %	23 %	11 %
Tannrefusjoner og spesialisthelse-tjenesten	328 854	62 300	6 445	1 031	58 682
Andel av spesialisthelse-tjenesten som får tannrefusjon	17 %	16 %	15 %	16 %	17 %

Tabell 5.7 viser antall personer og andeler fordelt på pasienter innrapportert med og uten komorbiditet i løpet av 2022. Tabell 5.7 indikerer at pasienter med komorbiditeter sjeldnere har kontakter i offentlig tannhelsetjeneste enn de uten komorbiditeter, men de mottar også oftere stønad fra folketrygden til tannbehandling.

Tabell 5.7. Antall og andeler for 2022 fordelt på pasienter i spesialisthelsetjenesten med og uten komorbiditet. Kilde: NPR og KPR.

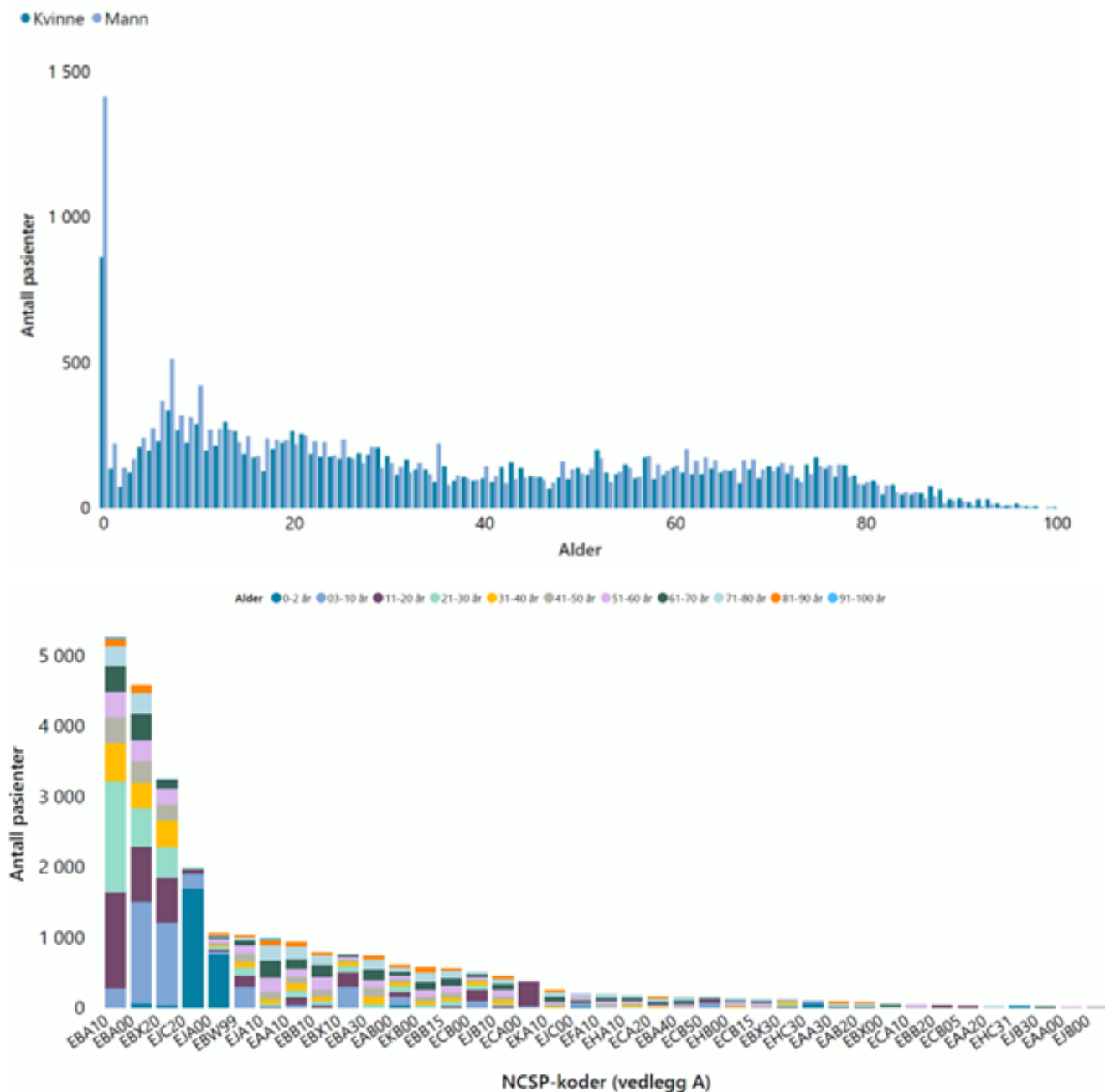
	Antall pasienter i spesialisthelsetjenesten samlet	Antall/andel pasienter i spesialisthelsetjenesten som også fikk offentlig tannhelsetjeneste	Antall/andel pasienter i spesialisthelsetjenesten som også fikk stønad til tannbehandling
Pasienter med komorbiditet	507 816	59 853 (12%)	113 111 (22%)
Pasienter uten komorbiditet	2 184 828	374 986 (17%)	344 201 (16%)

Tabell 5.8 viser antall og andeler fordelt på pasienters komorbiditetsskårer i løpet av 2022. Trenden er at de med høyere skår på komorbiditet oftere mottar stønad fra folketrygden til tannbehandling, og sjeldnere har kontakter i offentlig tannhelsetjeneste.

Tabell 5.8. Antall og andeler for 2022 fordelt på komorbiditetsskårer. Kilde: NPR og KPR.

CCI-skåre	Spesialisthelse-tjenesten	Fylkestannhelse-tjenesten og spesialisthelse-tjenesten	Andel av spesialisthelse-tjenesten til fylkestannhelse-tjenesten	Tannrefusjoner og spesialisthelsetjenesten	Andel av spesialisthelse-tjenesten med tannrefusjon
0	2 184 828	374 986	17 %	344 201	16 %
1	266 706	37 841	14 %	55 144	21 %
2	166 883	15 166	9 %	38 910	23 %
3	32 810	3 398	10 %	8 362	25 %
4	9 829	1 068	11 %	2 699	27 %
5	2 924	400	14 %	750	26 %
6	21 415	1 362	6 %	5 347	25 %
7	4 922	410	8 %	1 261	26 %
8	1 620	147	9 %	442	27 %
9	498	41	8 %	128	26 %
10	129	11	9 %	43	33 %
11-15	80	9	11 %	25	31 %

Figur 5.1 nedenfor viser mer utdypende tall fra 2022 om tannbehandling i spesialisthelsetjenesten. Figuren viser først at det er mange 0-åringer inne for behandling, hvor flesteparten av disse behandlingene i hovedsak gjelder tungebånd (kode EJC20 og EJA00). Videre viser figuren at de fleste tannbehandlingene i spesialisthelsetjenesten omhandler pasienter i alderen 3-30 år, hvor de klart mest representerte kodene EBA10, EBA00 og EBX20 er henholdsvis «kirurgisk eksisjon av tann», «tankekstraksjon» og «tannfylling med plastisk materiale» (se Vedlegg B).



Figur 5.1. Antall pasienter med tannbehandling i spesialisthelsetjenesten fordelt på alder (øverst), og deretter fordelt på aldersgrupper og NCSP-koder (nederst). Se vedlegg B for informasjon om koder. Tall fra 2022. Kilde: NPR og KPR.

5.3. Forbehold, konsistens og representativitet

I koblingen mellom helsetjenester er det valgt å se på bruk i løpet av året. Personer er altså definert som pasienter ved flere helsetjenester dersom de har innrapportert kontakt ved disse tjenestene mellom januar ett år og desember samme år. Denne fremgangsmåten er en kilde til noe usikker representativitet fordi den trolig ikke dekker alle som burde blitt med. For eksempel vil pasienter med kontakter i offentlig

tannhelsetjeneste i desember og spesialisthelsetjenesten i januar neste år ikke bli koblet mens pasienter med kontakter i offentlig tannhelsetjeneste i januar og spesialisthelsetjenesten i desember samme år bli koblet.

Det samme gjelder beregningen av CCI. Indeksen er beregnet for hver person for hvert av årene 2017-2022 basert på tilstander innrapportert i løpet av året. Det vil si at indeksen ikke aggregerer over flere år enn ett. CCI beregnes ofte med aggregering av ICD-10 diagnoser over flere år enn ett. Dette er kilde til noe usikkerhet i statistikkens presisjon.

Samtidig viser resultatene at metodene gir forventede resultater. For eksempel at alvorligere syke pasienter i spesialisthelsetjenesten oftere får stønad fra folketrygden til tannbehandling enn befolkningen generelt. Dette indikerer validitet, selv om presisjonen ikke kan garanteres.

6. Tannhelsetilstand

I dette kapittelet gir vi en enklere oversikt over tannhelse med utgangspunkt i DMFT for pasienter i offentlig tannhelsetjeneste. Fordelen med disse tallene er at de viser status for pasienter i samtlige fylkeskommuner, selv om pasienter behandlet i offentlig tannhelsetjeneste ikke nødvendigvis er representative for hele befolkningen.

6.1. Data og metode

DMFT (engelsk: The mean number of Decayed, Missing and Filled teeth, due to caries; (norsk: Summen av alle kariøse, mistede eller fylte tenner) brukes som et mål på tannhelsetilstand. I denne analysen har det ikke vært mulig å beregne en valid DMFT ettersom datagrunnlaget kun inkluderer årene fra og med 2017. Kun de yngste barna og pasienter som har hatt en undersøkelse med komplett registrering av tannhelsestatus (sykdom og tidligere utført behandling) i denne perioden vil man kunne beregne en valid og definert DMFT på.

I denne analysen er det derfor fokusert på *insidens*, dvs. i hvor stor grad nye kariestilfeller, fyllinger samt trekking av tann på grunn av karies, blir registrert blant de som undersøkes eller behandles i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette sier kun noe om sykdomsbelastningen knyttet til karies.

Definisjon av hva som skal regnes med som en 'D' (karies), 'M' (manglende tann på grunn av karies) eller 'F' (fylling på grunn av karies) tar utgangspunkt i kodekombinasjoner registrert på journallinjer knyttet mot SNOMED CT-begrep i elektronisk pasientjournal OPUS. 'M' er kun inkludert dersom den kan knyttes til karies. Fissurforsegling er ikke inkludert i 'F'.

Utvalget er alle personer med gyldig fødselsnummer eller D-nummer registrert med en kontakt (undersøkelse eller behandling) i løpet av 2022 ($N = 1\,023\,772$). Se metode i kapittel 4 for detaljer rundt uttrekk av utvalg. Vær oppmerksom på at antall med kontakt i **Tabell 4.1** er noe lavere. Det er fordi personer mellom 0-5 år er ekskludert fra tabellen.

Resultatene er fremstilt som antall/andel av undersøkte/behandlede i 2022 som er registrert med D, M eller F i 2022. Det vises også gjennomsnittlig antall tenner per person som har minst en registrering av D, M eller F. Tallene er fordelt på aldersgrupper og fylker.

6.2. Resultater

Tabell 6.1 viser antall og andel av pasienter registrert med kontakt (undersøkelse eller behandling) i 2022 som også var registrert med en D, M eller F fordelt på aldersgrupper. Kun nye registreringer i 2022 er inkludert. I hver kolonne telles unike pasienter, så dersom en pasient for eksempel var registrert med både D og F i løpet av 2022, telles han/hun kun en gang i kolonnen "Antall med D, M eller F". Men pasienten vil være inkludert i både kolonne "Antall med D" og "Antall med F".

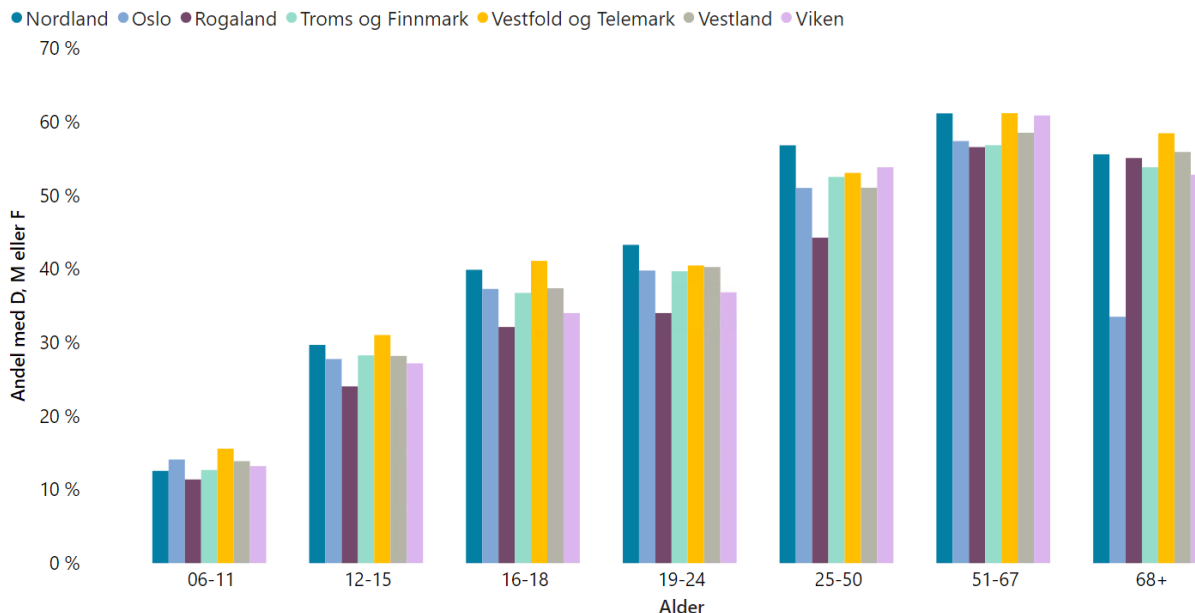
Tabellen viser at andelen registrert med D, M eller F, stort sett øker med økende alder, med unntak av de over 68 år som har en litt lavere andel sammenlignet med personer i aldersgruppen 51-67 år. Det er omtrent like mange blant pasienter i aldersgruppen 6-24 år som er registrert med påvist karies som med utført fylling, mens pasienter over 25 år i litt større grad er registrert med fylling enn karies. Andelen pasienter som er registrert med manglende tann på grunn av karies øker fra 0-1% for aldersgruppe 6-25 år til 9,14% for pasienter over 68 år. Vær obs på at antall og andel for de yngste vil være lavere enn reelt ettersom melketenner er ekskludert. Visdomstenner er også ekskludert.

Tabell 6.1. Antall og andel av de som er undersøkt eller behandlet i 2022 som er registrert med D, M eller F i løpet av 2022 fordelt på aldersgrupper. Tall for Norge. Melketenner og visdomstenner er ekskludert. Kilde: Personregisteret og KPR.

Alder	Befolkning	Antall med kontakt	Antall med D, M eller F	Antall med D	Antall med F	Antall med M
06-11	379 727	254684	34 586	24 663	28 363	428
12-15	270 028	187993	52 573	41 581	42 647	371
16-18	196 387	134782	49 469	40 210	38 587	303
19-24	404 759	97068	37 787	29 407	28 460	512
25-50	2 089 628	101495	51 982	36 420	42 033	4 313
51-67	1 203 341	57966	34 667	17 737	30 273	4 208
68+	884 021	73076	40 278	26 154	30 191	6 680
Total	5 427 891	907064	301 342	216 172	240 554	16 815

Alder	Befolkning	Andel med kontakt	Andel med D, M eller F	Andel med D	Andel med F	Andel med M
06-11	379 727	254684	13,6 %	9,7 %	11,14 %	0,17 %
12-15	270 028	187993	28,0 %	22,1 %	22,69 %	0,20 %
16-18	196 387	134782	36,7 %	29,8 %	28,63 %	0,22 %
19-24	404 759	97068	38,9 %	30,3 %	29,32 %	0,53 %
25-50	2 089 628	101495	51,2 %	35,9 %	41,41 %	4,25 %
51-67	1 203 341	57966	59,8 %	30,6 %	52,23 %	7,26 %
68+	884 021	73076	55,1 %	35,8 %	41,31 %	9,14 %
Total	5 427 891	907064	33,2 %	23,8 %	26,52 %	1,85 %

Andel pasienter registrert med kontakt (undersøkelse eller behandling) i 2022 som også var registrert med en D, M eller F vises i **Figur 6.1**. Andelene er fordelt på aldersgruppe og noen utvalgte fylker. Det er i hovedsak liten variasjon mellom fylkene, med unntak av de over 68 år i Oslo som i mye mindre grad var registrert med en D, M eller F i 2022 enn de øvrige fylkene.



Figur 6.1. Andel av undersøkte/behandlede i 2022 som er registrert med en D, M eller F i løpet av 2022, fordelt på aldersgrupper og noen utvalgte fylker. Melketenner og visdomstenner er ekskludert fra beregningen. Kilde: KPR.

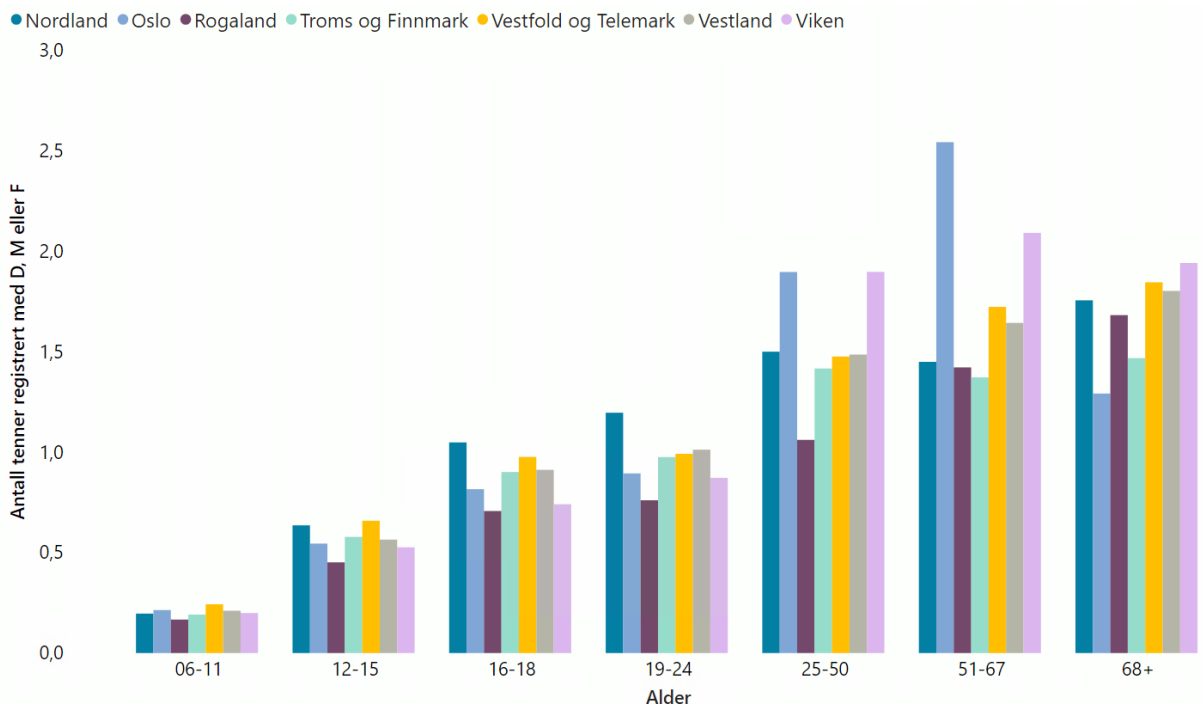
Hvor mange tenner der nytt tilfelle av D, M eller F er registrert i gjennomsnitt per pasient vises i **Tabell 6.2**. Tallene er fordelt på aldersgrupper og viser tall for 2022. Denne beregningen er gjort ved å summere antall tenner der D, M eller F er registrert og dele på antall pasienter. D, M eller F knyttet til melketenner og visdomstenner er ikke med.

Tabellen viser at antall tenner med D, M eller F øker i gjennomsnitt med økende alder. Pasienter over 68 år hadde i gjennomsnitt 1,78 tenner med minst en ny registrering av D, M eller F. Antall tenner med registrert fylling (F) øker også med økende alder, med unntak av en liten nedgang fra aldersgruppe 51-67 til 68+.

Tabell 6.2. Gjennomsnittlig antall tenner per pasient registrert med D, M eller F i 2022 fordelt på aldersgruppe. Utvalget er undersøkte/behandlede i 2022. Melketenner og visdomstenner er ekskludert fra beregningen. Kilde: KPR.

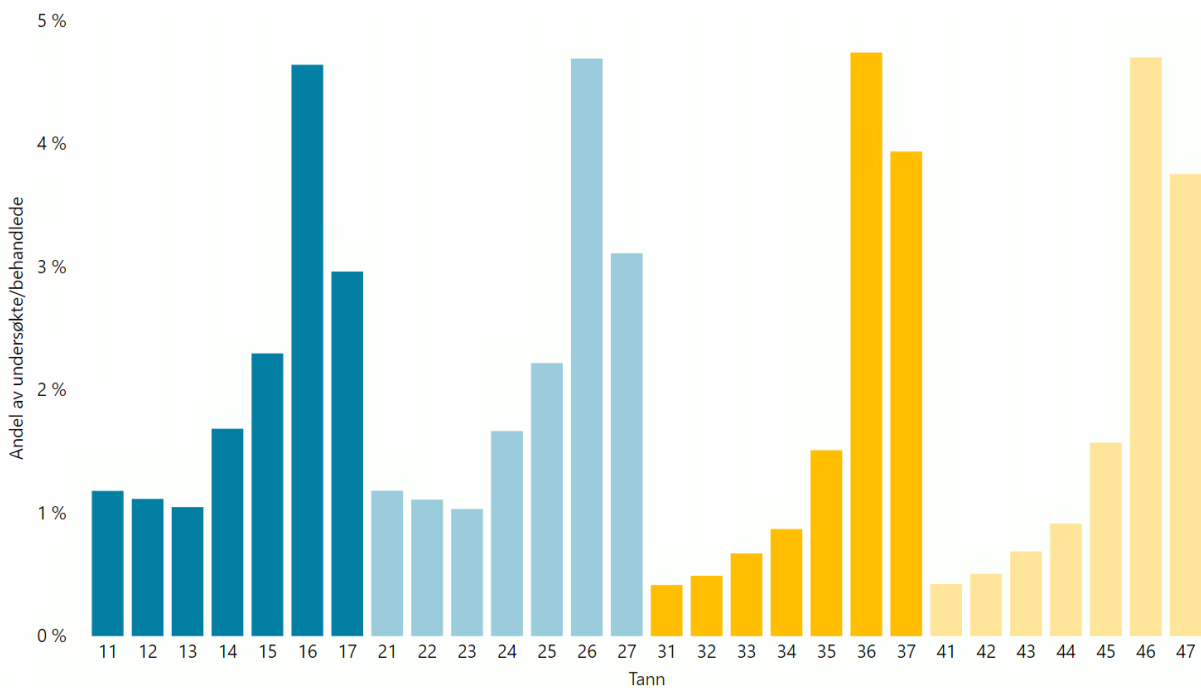
Alder	Antall tenner med D, M eller F	Antall tenner med D	Antall tenner med F	Antall tenner med M
06-11	0,21	0,15	0,16	0,00
12-15	0,56	0,44	0,40	0,00
16-18	0,86	0,68	0,56	0,00
19-24	0,95	0,73	0,57	0,01
25-50	1,43	0,93	0,91	0,09
51-67	1,61	0,75	1,13	0,19
68+	1,78	1,07	0,95	0,28

Figur 6.2 viser også gjennomsnittlig antall tenner per pasient registrert med D, M eller F i 2022, fordelt på aldersgruppe og noen utvalgte fylker. Det er ikke stor variasjon mellom fylkene, med unntak av at pasienter i aldersgruppen 25-67 år i Oslo og Viken i gjennomsnitt har flere tenner med registrert D, M eller F enn andre fylker. Tallene vises kun for de med registrert kontakt i løpet av 2022. I Oslo er det en svært lav andel av befolkningen i denne aldersgruppen som bruker den offentlige tannhelsetjenesten. Blant personer 68+ er det imidlertid en større andel i Oslo som går til det offentlige, og her er også gjennomsnittlig antall tenner med registrert D, M eller F per pasient litt lavere enn for de andre fylkene. Blant 16-24-åringene er det Nordland som har en litt høyere gjennomsnittlig score enn de andre fylkene.



Figur 6.2. Gjennomsnittlig antall tenner registrert med en D, M eller F i løpet av 2022 fordelt på aldersgruppe og noen utvalgte fylker. Kilde: KPR.

Figur 6.3 viser andel av de som er undersøkt eller behandlet i løpet av 2022 som er registrert med minst ett nytt kariesangrep (D) på en flate eller tann i løpet av 2022 fordelt på de ulike tennene. Personer over 6 år er inkludert. Hensikten med denne figuren er å vise hvilke av de permanente tennene som oftest er registrert med et nytt kariesangrep. Figuren viser at det er første jeksel (tann 16, 26, 36, 46) i hver kvadrant i munnen som i størst grad har en D registrert på seg. Nesten 5 % av undersøkte og behandlede i den offentlige tannhelsetjenesten i 2022 var registrert med D på disse tennene minst en gang i løpet av året. Andelen er helt lik mellom kvadrantene. Figuren viser også at tannhelsetilstanden er lik mellom venstre og høyre side, men at det, bortsett fra for første jeksel, er forskjeller mellom underkjeven og overkjeven. Det er generelt en større andel av pasientene som har fått D registrert på tenner i overkjeven enn underkjeven. Unntaket er andre jeksel (tann 17, 27, 37, 47), der størst andel av pasientene har registrert D i underkjeven.



Figur 6.3. Andel av undersøkte/behandlede i løpet av 2022 (alder 6+) som er registrert med minst en D på en tann i 2022 fordelt på tann-nummer. Melketenner og visdomstenner er ekskludert. Mørkeblå = overkjeve, venstre side; lyseblå = overkjeve, høyre side; mørkegul = underkjeve, høyre side; lysegul = underkjeve, venstre side. Tann-nr går fra 1 (første fortann) til 7 (andre jeksel/molar) for hver kvadrant. Kilde: KPR.

6.2.1. Tannhelsetilstand hos pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Her vises tannhelsetilstand hos pasienter registrert med tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten, samtidig som de er registrert som pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (samme utvalg som definert i Kapittel 4). Sammenlignet med **Tabell 5.1** og **5.2**, viser **Tabell 5.3** og **5.4** jevnt over høyere andeler med D, M eller F, spesielt i alderen 25-50 og 51-67.

Tabell 6.3. Antall og andel av de som er undersøkt eller behandlet i 2022 som er registrert med D, M eller F i løpet av 2022 fordelt på aldersgrupper, hos pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Melketenner og visdomstenner er ekskludert. Kilde: KPR og NPR

Alder	Antall med kontakt	Antall med D, M eller F	Antall med D	Antall med F	Antall med M
06-11	14 801	2 264	1 593	1 815	46
12-15	17 210	5 226	4 205	4 151	35
16-18	15 442	6 003	4 909	4 718	34
19-24	10 286	4 596	3 653	3 539	133
25-50	15 672	10 335	7 838	8 295	1 763
51-67	5 714	3 986	2 630	3 190	1 012
68+	4 691	1 605	1 164	1 134	341
Total	83 816	34 015	25 992	26 842	3 364
Alder	Antall med kontakt	Andel med D, M eller F	Andel med D	Andel med F	Andel med M
06-11	14 801	15,3 %	10,8 %	12,3 %	0,3 %
12-15	17 210	30,4 %	24,4 %	24,1 %	0,2 %
16-18	15 442	38,9 %	31,8 %	30,6 %	0,2 %
19-24	10 286	44,7 %	35,5 %	34,4 %	1,3 %
25-50	15 672	65,9 %	50,0 %	52,9 %	11,2 %
51-67	5 714	69,8 %	46,0 %	55,8 %	17,7 %
68+	4 691	34,2 %	24,8 %	24,2 %	7,3 %
Total	83 816	40,6 %	31,0 %	32,0 %	4,0 %

Tabell 6.4. Gjennomsnittlig antall tenner per pasient registrert med D, M eller F i 2022 fordelt på aldersgruppe, hos pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utvalget er undersøkte/behandlede i 2022. Melketenner og visdomstenner er ekskludert fra beregningen. Kilde: KPR.

Alder	Antall tenner med D, M eller F	Antall tenner med D	Antall tenner med F	Antall tenner med M
06-11	0,55	0,41	0,38	0,00
12-15	0,99	0,78	0,64	0,00
16-18	0,91	0,72	0,56	0,01
19-24	1,09	0,83	0,64	0,03
25-50	3,26	2,00	2,02	0,39
51-67	3,39	1,74	2,02	0,64
68+	0,93	0,57	0,48	0,16

6.3. Forbehold, konsistens og representativitet

Som beskrevet i innledningen av dette kapittelet er det ikke laget noe mål på DMFT i denne analysen. Det er kun vist i hvor stor grad nye registreringer av D, M og F har forekommet i 2022.

Dette sier kun noe om sykdomsbelastningen knyttet til karies, men ikke noe om sykdomsbelastningen knyttet til andre diagnoser, for eksempel tannkjøtt sykdom. Det er vanskelig å trekke konklusjoner om sykdomsbilde, og dermed framskrivninger.

Pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i gruppen 25-67 år, har høyere gjennomsnittlig antall tenner med behandlingstrengende karies sammenlignet med gjennomsnittet for alle med kontakt i offentlig tannhelsetjeneste (Tabell 6.2). Registreringer av D, M eller F på melketenner og visdomstenner er ikke inkludert. Man får derfor ikke hele bildet på sykdomsbelastningen knyttet til karies for de yngste aldersgruppene.

7. Vurderinger av behov for tannhelsetjenester.

Hensikten med dette kapittelet er å beskrive et fremtidig tannbehandlingsbehov for voksenbefolkningen, basert på noe av det som foreligger av tilgjengelig informasjon fra Norge, Sverige og Danmark om de mest vanlige tannsykdommene.

7.1. Data og metode

Karies/tannstatus

Karies er den vanligst forekommende og best beskrevne tannsykdommen.

For å beskrive tannstatus for voksne, er kariesutviklingen blant barn og ungdom over tid den viktigste datakilden, som viser observerte endringer i kariesprevalens og karieserfaring (DMFT) over tid i barne- og ungdomsperioden. Denne beskriver hvordan tannstatus er når ungdommene trer inn i voksenlivet.

For voksne i Norge over 20 år, er det ingen nasjonale studier/undersøkelser om tannhelseforhold mht. karies/tannhelsetilstand. Derfor har en hittil måttet basere seg på funn fra utvalgsstudier som eksempelvis Tromsø 7, HUNT 4, HUSK 3 o.a. for å få innblikk i den voksne befolkningens tannhelsesituasjon.

Gjennom data-uttrekket som er foretatt i KPR, er det mulig å få et innblikk i hvordan situasjonen er nasjonalt for en del grupper med rettigheter i tannhelsetjenesteloven, samt for en andel av den voksne befolkningen som selv må sørge for, og betale for tannhelsetjenester..

Ved å sammenligne de funn som er funnet i KPR -uttrekket med omfattende svenske og danske data er det mulig å foreta en estimering av et fremtidig tannhelsebehov i befolkningen.

Bittfeil

Mens knapt 70 prosent av 18 åringene i 2022 ha hatt karies, så får mellom 50 og 60 prosent av barn og unge under 20 år tannregulering pga. bittfeil⁵. Helsedirektoratet har levert flere rapporter om kjeveortopedisk behandling, slik at dette vil ikke bli beskrevet nærmere her.

Periodontal sykdom

Folketrygden yter stønad til alle personer som har behov for systematisk behandling for periodontal sykdom. Her finnes data (KUHR) for behandlingsomfanget.

⁵ SSB; Rapporter 2023/37 Tannregulering blant barn og unge 2012-2022

Tannhelseutvalget har fått oversendt en rapport basert på folketrygdens utbetalinger til behandling av periodontale sykdommer, og dette vil derfor ikke beskrives nærmere i denne rapporten.

Erosjoner/tannutviklingsforstyrrelser

Tannerosjoner⁶ er et irreversibelt, progressivt tap av tennenes hardvev (emalje og dentin), som i motsetning til karies, ikke skyldes syre som er produsert av bakterier.

Forekomsten er vanskelig å beskrive presist⁷, fordi selv om det foreligger mange prevalensstudier, er det få studier fra de nordiske land og funnene varierer betydelig. Prevalensstudiene fra nordiske land beskriver alvorlighetsgraden basert på kalibrerte registreringer ved bruk av ulike erosjonsindekser. Alvorlighetsgraden angir om erosjonen er i emalje eller dentin og andel av tann/tannflate som er affisert.

I det foreliggende KPR-materialet ligger det heller ikke mye informasjon om erosjoner. Det skyldes blant annet at det er to validerte graderingssystemer i bruk i Norge. Disse benyttes i liten grad av behandlerne fordi EPJ ikke er tilrettelagt for registrering av alvorlighetsgrad på tannflate nivå, men bare erosjon. Alvorlighetsgraden for tannerosjoner kan derfor ikke beskrives nærmere i denne rapporten.

Folketrygden gir stønad til tannbehandling ved alvorlig patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon (tannslitasje)/erosjon (stønads punkt 9). I 2022 ble det utbetalt vel 257 millioner kroner i stønad for personer som har mistet tannsubstans pga. attrisjon/erosjoner, med et gjennomsnittlig stønadsbeløp på ca. 3 600 kroner per person.

⁶ Pindborg J. Pathology of the dental hard tissues: Chemical and Physical Injuries, Munksgaard, Copenhagen. 1970; 312–32.

⁷ Mulic A, Uhlen M-M, Tveit AB, Stenhagen KR. Dentale erosjoner – Forekomst, registrering, årsaker, genetikk og prinsipper for behandling. Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 452–64

Tabell 7.1: Stønads punkt 9; patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon utbetaling fordelt på stønadsmottakers alder; KUHR 2022

alder (år)	antall personer	utbetalt stønad	gjennomsnitt stønad
10-19	43	89 374	2 078
20-29	2 811	7 351 074	2 615
30-39	6 971	20 806 938	2 985
40-49	12 338	43 856 591	3 555
50-59	17 586	67 593 307	3 844
60-69	15 312	58 748 211	3 837
70-79	11 789	44 657 911	3 788
80-89	3 785	13 574 541	3 586
90-99	344	1 065 660	3 098
100+	2	6 470	3 235
2022; oppsummert:	70 981	257 750 077	3 631

Folketrygdens elektroniske utbetalingssystem (KUHR) rapporterer kun hva som er gjort av behandling, ikke hva som er årsaken til behandlingen. Det skilles derfor ikke om tap av tannsubstans skyldes attrisjon (tannslitasje) eller erosjon. Men ettersom ca. 70 prosent av stønadsmottakerne er 50 år eller mer, mens kun 4 prosent er under 30 år (en har rettigheter til stønad fom 19 års alder) er det grunn til å anta at det i hovedsak behandles for tannslitasje (attrisjon), eller ofte en kombinasjon av attrisjon og erosjon.

Det forekommer en rekke tannutviklingsforstyrrelser, der de mest alvorlige (amelogenesis imperfekta, dentinogenesis imperfekta) er relativt sjeldne, men det rapporteres at f.eks. Molar-incisiv hypomineralisering (MIH) som rammer mineraliseringen av emaljen på de store jekslene og fortennene, forekommer langt hyppigere. Problemet er at det i ulike studier⁸ foreligger store variasjoner i

⁸ Jalevik B. Prevalence and Diagnosis of Molar-Incisor- Hypomineralisation (MIH): A systematic review. Eur Arch Paediatr Dent. 2010; 11(2): 59 – 64.

forekomsten (prevalensen) av MIH på mellom 2.4 - 40 prosent, noe som kan skyldes ulik alder på studiepopulasjonen og bruk av ulike klassifikasjonssystemer.

Imidlertid fremføres det at en antar⁹ at ca. 20-25 prosent av barn i alderen 6-8 år har utviklet dette. En studie basert på FitFuture, 16-åringer i Troms og Balsfjord, (n= 794), fant en forekomst av MIH på om lag 14%, av disse hadde 46% alvorligere grad¹⁰. Blant 8-9-åringer i Oslo, n= 3013, var forekomsten av MIH 28%.¹¹

Mens 2/3 vil være av mild/ moderat grad, vil ca. 1/3 ha mer omfattende grad av tilstanden. Som regel er det særlig seksårsjekslene (1. molar) som rammes i mer alvorlig grad av dette. Det er ofte ising og smerter fra de affiserte tennene. Mens mild og moderat grad i varierende grad trenger behandling med fyllinger, kan det for de mere alvorlige tilfellene være nødvendig med fyllinger, påsetting av kroner ev. fjerne tannen.

Som for erosjoner er imidlertid manglende bruk av indeks og mulighet for rapportering i EPJ, noe som gjør at det ikke kunne fås opplysninger om dette i uttrekket fra KPR.

Folketrygden gir stønad til behandling av alvorlig mineraliseringsforstyrrelse (stønadspunkt 7 e). I 2022 var det vel 4 000 personer som i gjennomsnitt mottok ca. 4 500 kroner per person i stønad for behandling av dette.

Oppsummert:

Karies er i særklasse den tannsykdommen som påvirker tannhelsen mest. Sammen med periodontal sykdom er dette de sykdommene som vil påvirke et fremtidig behandlingsbehov i befolkningen mest. For periodontal behandling vises til en egen rapport utarbeidet av Helsedirektoratet og oversendt utvalget i 2023.

For andre tilstander, som er beskrevet over, synes disse tilstandene i mindre grad påvirke et fremtidig behandlingsbehov for den voksne del av befolkningen. Imidlertid er det for fullstendighetens skyld viktig å kunne få detaljerte opplysninger om alle tilstander som påvirker et fremtidig behandlingsbehov.

Metoden i denne del av rapporten er å legge til grunn datafunn fra KPR, og sammenligne disse funnene med data fra andre skandinaviske land. I og med at disse landene har bedre nasjonale data over tannstatus og behandlingsbehov, kan det gjøres en del antakelser om hvorledes et estimert fremtidig tannbehandlingsbehov kan bli.

⁹ Tandlægebladet 2014; 118, nr.11 Molar Incisiv Hypomineralisation: Epidemiologi, ætiologi, kliniske karakteristika og behandlingsmuligheder; oversigtsartikkel

¹⁰ [Canines are affected in 16-year-olds with molar-incisor hypomineralisation \(MIH\): an epidemiological study based on the Tromsø study: "Fit Futures" - PubMed \(nih.gov\)](#)

¹¹ [Molar-incisor hypomineralisation in Norwegian children: Prevalence and associated factors - PubMed \(nih.gov\)](#)

7.2. Funn

7.2.3. Historisk utvikling

Trend i karieserfaring i tidsrommet 1897–2005¹²:

Karieserfaringen var høy blant 12-åringer i Norge i 1897¹³ og den forble høy frem til 1940. Under andre verdenskrig sank DMFT for 12- og 13-åringer fra 11,8 i 1941/42 til 8,7 i 1945/46. For skolebarn ble bunnen nådd mellom 1946 og 1948, men sykdomsforekomsten steg til nivået før krigen i løpet av 1950-årene, og forble generelt høy gjennom første del av 1960-årene, for så å synke først i enkelte områder og siden i hele landet.

I 1960- og 1970-årene ble DMFT-tallet mer og mer dominert av antallet fylte tenner, mens antallet tenner som ble fjernet på grunn av karies blant barn og ungdom forble og er lavt i internasjonal sammenheng.

Parallelt med bedre tannhelse og dermed færre lagte fyllinger, har fordelingen av kariesrammede tenner blitt endret. Færre incisiver (fortenner), hjørnetenner og premolarer (små jeksler) har karieserfaring, og færre glattflater og approksimale (mellom tenner) flater er nå fylt.

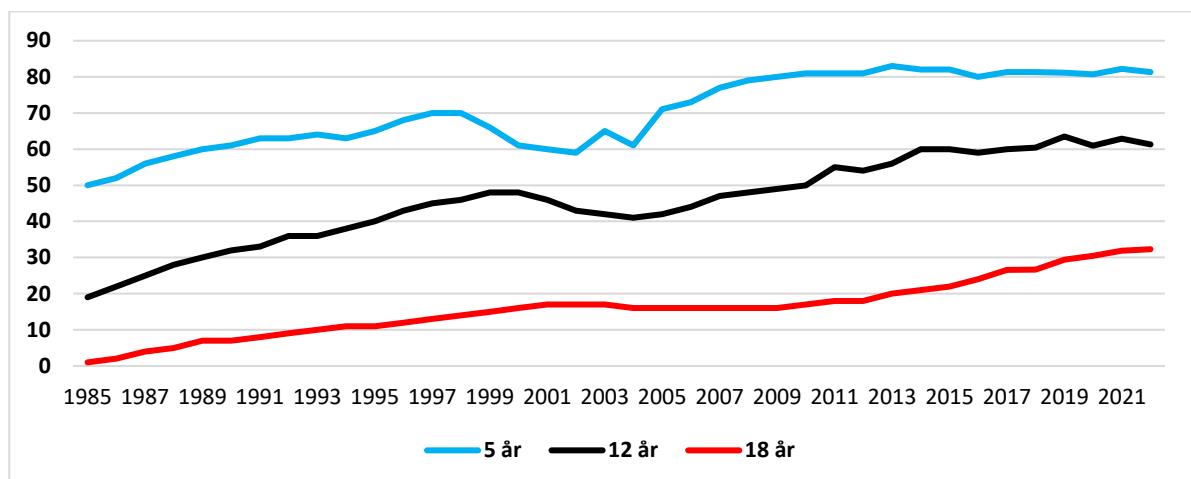
Allerede i 1986 ble det vist at progresjonen av approksimale karieslesjoner (mellom tenner) i molarer (jeksler) og premolarer (små jeksler), var relativt langsom fra 14- til 18-årsalder¹⁴. Imidlertid er det en variasjon i utviklingen, der lesjoner som utviklet seg hurtigst brukte 7 måneder fra intakt emaljeflate til dentinlesjon, mens det tok omkring 6,5 år for de som utviklet seg senest fra intakt emaljeflate til dentinlesjon.

¹² Nor Tannlegeforen Tid 2008; 118: 84–90; Haugejorden, O og Birkeland, JM Karies i Norge i fortid og fremtid: Analyse av endringer og årsaker

¹³ Nor Tannlægeforen Tid 1898; 8: 1–16. Henrichsen S. Om undersøgelser af skolebørns tænder.

¹⁴ Acta Odontol Scand 1990; 48: 223–7 Lervik T, Haugejorden O, Aas C. Progression of posterior approximal carious lesions in Norwegian teenagers from 1982 to 1986.

Utvikling 1985-2022:

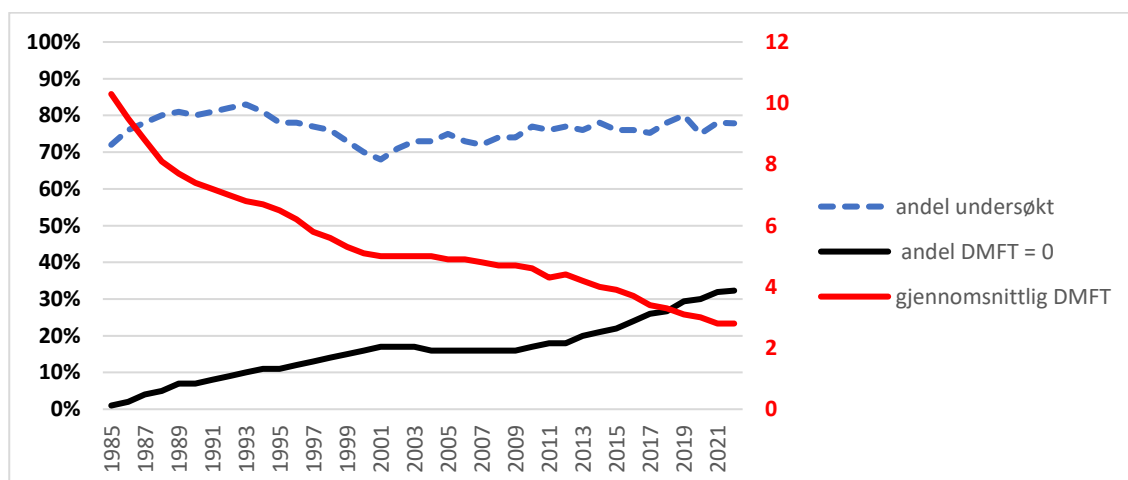


Figur 7.1: Andel helt uten karieserfaring (dmft/DMFT=0) 5, 12 og 18 åringer 1985-2022; kilde: SSB/KOSTRA

Fig. 7.1 viser en sammenheng mellom karieserfaring som 5-, 12- og 18 års alder:

- kurvene viser en nedgang i andel personer 5-års alder DMFT=0 (1999) som følges av en nedgang i andel 12 åringer DMFT=0 noen år senere (5-åringene blitt 12-åringer)
- Kurvene for tannhelse ved 5 års alder viser mindre god tannhelse i perioden 1999 – 2005. Når disse 5 åringene blir 18 i perioden 2012 – 2016 ser vi av kurven for 18 åringer at disse 18 åringene ikke har dårligere tannhelse enn tidligere kull.

18-åringene markerer overgangen fra barne- og ungdomstannpleien og over mot de voksnes tannstatus.



Figur 7.2: 18-åringer, andel DMFT=0, andel undersøkt og gjennomsnittlig DMFT 1985-2022; kilde: KOSTRA

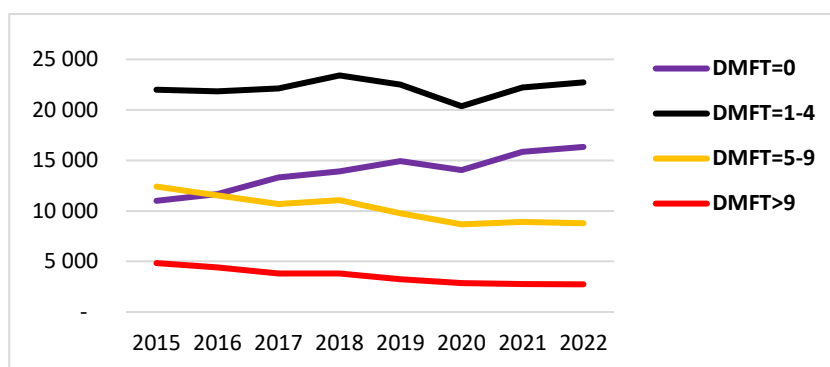
Personer som er 18 år i 2022 (født i 2004) starter med et betydelig bedre utgangspunkt for å bevare livslang god tannhelse enn personer som var 18 år i 1985 er født i 1967 (56 år i 2023).

For personer født i 1967 startet de voksenlivet der under halvparten av deres tenner enten har fått fylling eller hadde et behandlingskrevende kariesangrep (i snitt 10 av 28 tenner). Som redegjort for over, er det det få tenner som er fjernet.

Samtidig vil personer født i 1967 ha ett langt bedre utgangspunkt for relativt god tannhelse enn for personer født mellom 1930 og 1955.

I hvilken grad personer i løpet av voksenlivet får ytterligere behov for tannbehandling vet vi imidlertid lite om. Faktorer som kan påvirke behovet er bl.a. sammenhengen mellom generell helse og munn- og tannhelse, og at flere overlever alvorlig sykdom og lever med økte utfordringer med sin munn- og tannhelse. Det understrekes også fra alle land at det stadig er personer som av ulike årsaker har mindre god tannhelse, og behov for mer omfattende tannbehandling.

7.2.4. Dagens situasjon



Figur 6.3: Fordeling DMFT-intervall på 18-åringer 2015-2022; kilde: SSB /KOSTRA

Det er en nedgang i antallet 18-åringer med lavest DMFT-tall i 2020. Som vist i figur 6.2 var andelen av årskullet som ble undersøkt i 2020 noe lavere, og nedgangen i 2020 tilskrives pandemien. Tannhelsetjenesten fulgte nasjonale råd om ikke å foreta undersøkelse på personer som hadde ett lite behandlingsbehov.

Tabell 7.2: Spredningstall DMFT for kull 2004 som var 18 år i 2022; kilde: SSB/ KOSTRA

2022			
	antall personer	andel av undersøkte	andel av hele kullet
DMFT=0	16 336	32 %	26 %
DMFT=1-4	22 724	45 %	36 %
DMFT=5-9	8 796	17 %	14 %
DMFT>9	2 736	5 %	4 %
	50 592	100 %	80 %
totalt antall 18-åringer f. 2004	63 617		
<i>ikke undersøkt</i>	13 025		20 %

Antallet ikke undersøkt på ca. 13 000 i 2022, utgjør vel en femtedel av kullet.

Det kan være flere årsaker til at de ikke er planlagt innkalt:

- Hovedregelen er at de kalles inn hver 24. måned, men kan ha vært inne som 17 åring – og kan ha god tannhelse
- En del avtjener verneplikt og får utført undersøkelse der

Hvilken flate på tannen som blir angrepet av karies har betydning for et fremtidig behandlingsbehov. Karies i tyggeflater (okklusalkaries) er generelt lettere å behandle og fyllingen har bedre prognose enn fyllinger som må legges pga. karies i tennenes sideflater i mellomrom (approximalkaries), hvor det lettere oppstår karies på nytt, hvis en ikke oppnår kontroll over kariesaktiviteten. I tilgjengelig norsk statistikk rapporteres ikke hvilke tannflater som har fått karies.

Tabell 7.3: Antall og andel av 18-åringer 2022 uten behandlingskrevende karies; kilde SSB/KOSTRA

2022			
	antall personer	andel av undersøkte	andel av kull
DT=0	31 873	63 %	50 %

Tabell 7.3 viser at antall 18-åringer som i 2022 ikke hadde behandlingskrevende karies er høyt, men en andel på om lag 50% av kullet. I tillegg er oppsamlet karieserfaring i form av tidligere lagte fyllinger pga. karies svært lav for hele kullet, med ett unntak for en liten del av årskullet (tabell 6.1)

I Sverige registreres i tillegg omfang av approksimalkaries for 19 - og 23-åringer.

Tabell 7.4: Andel som ikke har noen tannflate (S) med approksimal karies eller fylling, og gjennomsnitt antall approksimalflater som har hatt karies eller fylling; kilde: Socialstyrelsen, Sverige

2020

	andel DFS-a = 0	gjennomsnitt DFS-a
19-åringer	71 %	1,0
23-åringer	61 %	1,6

Antall 19- og 23 åringer undersøkt (Sverige) i 2020 var ca. 81 000 for begge grupper.

Tabell 7.4 viser antall approksimalflater (DFS=karies/fylling på flatenivå; S=surface) som har enten behandlingskrevende karies eller fylling. Ca. 2/3 av både 19-og 23 åringene hadde ikke approksimalkaries, mens de som hadde karies/fylling approksimalt i gjennomsnitt hadde fått dette på mellom 1 og 2 flater.

Som tidligere nevnt, får fortenner, hjørnetenner og små jeksler i liten grad karies. Det vil derfor i hovedsak være karies i molarenes okklusalflater (tyggeflaten i store jeksler) som må få fyllinger pga. karies.

Det er viktige funn, ettersom en fra kompetent hold mener at de fleste personer får karies i tennene før de blir 18 år, og i liten grad senere i livet¹⁵. Det kan oppstå karies senere i livet også, hvis karies risikoen øker grunnet sykdom, medisiner, skrøpelighet, manglende evne til egenomsorg mm. Det vil medføre behov for intensiverte kariesforebyggende tiltak og behandling basert på individuell vurdering.

¹⁵ forskning.no; 26. februar 2023; <https://www.forskning.no/barn-og-ungdom-tenner/de-fleste-far-hull-i-tennene-for-de-blir-18-ar-det-er-ikke-bare-sukkeret-sin-skyld/2159545>

7.3. Karieserfaring blant voksne; Skandinavia

Ettersom det er få tilgjengelige tannhelsesdata over den voksne del av befolkningen i Norge, er det i tillegg nødvendig å se til andre land som har denne type data. De nordiske landene står hverandre nært, både geografisk, kulturelt og politisk¹⁶, med et nært samarbeid landene imellom.

Norge

Det en finner fra de ulike kildene som er tilgjengelig, er at tannhelsen, blant barn og ungdom målt ved kariesutvikling er blitt bedre, og at forbedringen fortsetter. Derimot foreligger det ikke nasjonale studier som viser hvordan den bedre tannhelsen blant barn og ungdom ev. gir effekter for tannhelsen og behandlingsbehov for voksne.

Problemet er at det fins lite datagrunnlag, særlig på nasjonalt nivå, når det gjelder tannhelsestatus for den voksne delen av befolkningen i Norge. Det gjennomføres ikke regelmessige innsamlinger av tannhelsesdata i et representativt utvalg av den norske befolkningen¹⁷.

På nasjonalt nivå fås en viss innsikt i behandlingsomfanget for personer som har rett til stønad fra folketrygden til tannbehandling. Hensikten med stønad fra folketrygden er å gi personer med et forhøyet tannbehandlingsbehov, og som ikke har rettigheter etter andre regler eller ordninger, hel eller delvis kompensasjon for deres nødvendige utgifter til tannhelsetjenester.

Det er lovbestemt at stønad kun utbetales til behandler dersom vedkommende behandler har inngått avtale om direkte oppgjør, og alle krav skal innsendes digitalt. Dermed har en gjennom den elektroniske utbetalingsdatabasen (KUHR) detaljert kunnskap om type tannbehandling det utbetales stønad til.

I 2022 ble det utbetalt stønad til ca. 814 tusen personer, der vel 625 tusen var over 20 år, som utgjør 15 prosent av totalt antall personer over 20 år i Norge. Mens personer under 20 år i hovedsak får stønad til tannregulering, vil personer over 20 år få stønad til all annen tannbehandling enn tannregulering. Kravene ble innsendt av i underkant av 5 000 tannleger og vel 900 tannpleiere, hvilket i praksis er samtlige behandlere.

Av de 625 tusen personene over 20 år som mottok stønad, fikk 533 tusen utført behandling for under 4 000 kroner, noe som indikerer et svært lavt behandlingsbehov. Kun ca. 1 900 personer fikk stønadsberettiget behandling på 50 000 kroner eller mer.

De siste årene har det i tillegg blitt utført noen undersøkelser som er registerbaserte, der data fra de elektroniske pasientjournalene (EPJ) legges til grunn for analysene. Fordelene med de registerbaserte undersøkelsen er at undersøkelsen inkluderer alle registrerte og i tillegg til tverrsnittsanalyser som utføres i utvalgsundersøkelsene, er det da mulig å utføre paneldata analyse som følger samme pasient over en lengre

¹⁶ [Regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

¹⁷ Folkehelseinstituttet (FHI); rapport 2009:5: Tannhelsestatus i Norge En oppsummering av eksisterende kunnskap

tidsperiode. Imidlertid vil det også her kunne stilles spørsmål om generaliserbarheten dersom undersøkelsene ikke er gjort nasjonalt.

Gjennom en undersøkelse¹⁸ der en benyttet data fra EPJ-systemet til Studentsamskipnaden i Oslo (SiO), var hensikten å undersøke om det reduserte behandlingsbehovet blant barn og ungdom videreføres i voksen alder. Journaldataene omfattet 25 000 pasienter i aldersgruppen 20–30 år i perioden 2007-2018.

I en annen undersøkelse¹⁹ har en gjennomgått tannhelsesdata fra den offentlige tannhelsetjenesten i Innlandet fylkeskommune (tidl. Oppland og Hedmark fylkeskommuner) i perioden 2011-2021 for pasienter i tannhelsetjenestelovens gruppe a (barn/ungdom 0-18 år) og voksne personer opp til 65 år.

Hensikten med undersøkelsen var å følge kariesutviklingen over tid gjennom to typer av analyser:

- tverrsnittsanalyse 12-65 år ved å følge samme aldersgruppe i ti-årsperioden (2011,2015 og 2021), ca. 35 000 personer
- paneldata analyse ved å følge samme pasient over tid og se på kariesutvikling etter avsluttet vederlagsfritt tilbud i offentlig tannhelsetjeneste, ca. 33 000 personer

Det kan tyde på, basert på de undersøkelsene som er referert over, at tannhelsen målt ved kariesutvikling også er blitt bedret i de siste ti-år blant den voksne del av befolkningen. I de undersøkelsene der en ser på om den tannhelseforbedring som har skjedd blant barn og ungdom opprettholdes inn i ungt voksenliv, tyder data på at det skjer.

Det foreligger en del ulike utvalgsundersøkelser i Norge og eksempler på ulike utvalgsundersøkelser der tann- og munnhelseundersøkelser inngår, er Tromsø-undersøkelsene (Tromsø 7), Trøndelags-undersøkelsene (HUNT 4), Helseundersøkelsene i Hordaland (HUSK 3), Tromstannen i Troms fylkeskommune og Oslo-undersøkelsene (35-åringene).

Felles for disse undersøkelsene er at det er relativt få deltakere som inngår i tann- og munnhelseundersøkelsene, ca. 4500 i Tromsø 7, ca. 5 000 i HUNT 4, ca. 2 000 i Tromstannen og knapt 150 personer i Osloundersøkelsene. I tillegg er dette tverrsnittsundersøkelser som kun gir et «øyeblikksbilde», undersøkelsene har et begrenset geografisk opptaksområde og det er et relativt stort bortfall mellom antall inviterte og antall som deltar.

I HUNT 4 påpekes det at ettersom karieserfaring (DMFT) akkumuleres gjennom livet, er den derfor naturlig høyere med økende alder. En fant at 56% hadde en eller flere kariøse tenner og at over 11% hadde karies i fire eller flere tenner (her er også emaljekaries, som ikke skal behandles med tannfylling, men med ikke-operativ kariesbehandling tatt med) . Imidlertid beskrives det i HUNT 4 at gjennomsnittlig antall emaljekarieslesjoner (tannflatenivå) er relativt høyt i de yngre aldersgruppene og blir

¹⁸ Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 904–12; Grytten J, Pervaiz M, Rongen G, Skau I. Endringer i de unge voksnes tannhelse – hvor stort er deres behandlingsbehov? En analyse av studenter som var pasienter hos SiO Helse Tannlege i perioden 2007–2018.

¹⁹ Universitetet i Oslo; Grytten J, Dobloug A, Skau I, Tannhelsetjenesten i Innlandet 2023

gradvis lavere med alder. I HUNT 4 er det vist at personer over 60 år knapt har emaljekarier på noen tannflater og en mulig forklaring kan være at de har færre intakte emaljeflater og flere med fylling eller krone. Emaljekarier blant unge voksne utgjør dermed et behov for forebyggende tiltak og ikke-operativ kariesbehandling.

Det en ser i undersøkelsen er at gjennomsnittlig antall manglende tenner er lavt opp til 60 år, og øker deretter gradvis til over ti manglende tenner i den eldste aldersgruppen (80 år og eldre). Gjennomsnittlig antall tenner med fylling/krone øker med alder fram til 70 år, men er lavere igjen i de to eldste aldersgruppene. Dette kan forklares med at de eldste mangler flere tenner²⁰.

Blant deltakerne i HUNT 4 var det om lag 37 % som hadde krone(r), 15 % hadde bro(er) og i underkant av 3 % hadde implantat(er). I aldersgruppen 19-49 år er det svært få som har faste restaureringer, bare 14 % av deltakerne har én eller flere slike restaureringer. For aldersgruppene fra 50 år og eldre øker andelen som har faste restaureringer markant. Med alder øker også antallet tenner med fast restaurering.

I Tromsø 7 (n= 1 173) fant en at personer fra 65 år og opp til 80 år opprettholdt god oral helse. I gruppen fra 80 år og opp til 94 år, var det høyere forekomst av rot- karies og av ubehandlet karies, noe som tilsier behov for intensiverte karies- forebyggende tiltak og operativ kariesbehandling²¹.

En analyse av konsekvensen av den forbedrede tannhelsen for tannlegers arbeidsmengde, ble basert på svar fra henholdsvis i overkant av 1000 tannleger i 1992 og 1200 tannleger i 2015. ²² Tannlegene svarte på spørsmål relatert til aktivitet i en representativ uke. Denne analysen viste en klar endring i tannlegenes praksisprofil ved at antallet pasientbesøk per tannlege er redusert med 23 % fra 1992 til 2015, mens antallet pasienter pr. tannlege som fikk fyllinger, kroner, broer, proteser, rotfyllinger eller ekstraksjoner, falt med 50 prosent eller mer i samme tidsrom. Endringen tilskrives tannhelseforbedringen. Man fant også en økning i antall tannleger som rapporterte at de ønsket flere pasienter.

Danmark:

I Danmark har alle innbyggere fra de er fylt 18 år rett til tilskudd til forebyggende og behandlende tannpleie hos praktiserende tannlege/tannpleier. Stønad gis via den offentlige «sygesikringen»²³.

I praksis er alle tannleger og tannpleiere med i ordningen, som medfører at det

²⁰ [Dental caries in a Norwegian adult population, the HUNT4 oral health study; prevalence, distribution and 45-year trends - PubMed \(nih.gov\)](#)

²¹ [The frequency of enamel and dentin caries lesions among elderly Norwegians - PubMed \(nih.gov\)](#)

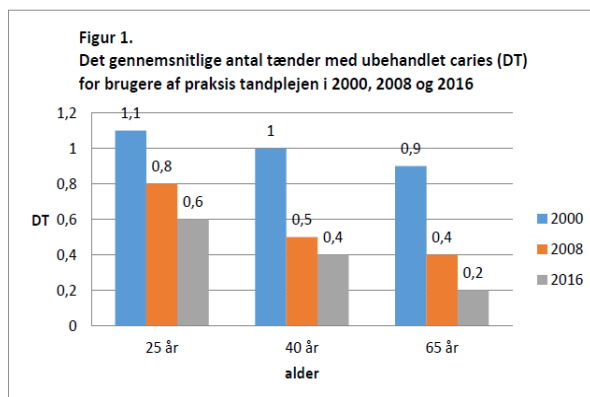
²² Grytten J, Skau I. Improvements in dental health and dentists' workload in Norway, 1992 to 2015.

Undersøkelse blant private tannleger:

Int Dent J. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2021.07.004>.

²³ Sundhed-og ældreministeriet; Danmark; Korttlægning Tandplejeordninger i Danmark

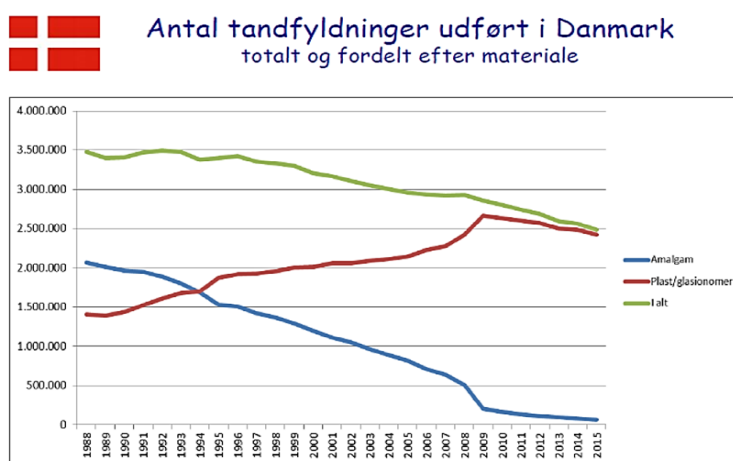
rapporteres inn data elektronisk om hva som utføres for den del av befolkningen som går til tannbehandling. I tillegg må behandlerne rapportere inn tannhelsesdata til Sundhedsstyrelsen for tre årsklasser (25-, 40- og 65-åringer) som omfatter antall naturlige tenner, antall tenner med fylling og antall tenner med karies.



Figur 7.4: Antall tenner med ubehandlet karies; Danmark, utvalgte aldergrupper 2000, 2008 og 2016; kilde: Sundheds- og Ældreministeriet 2018

Figur 7.4 viser at antall tenner med ubehandlet karies har sunket betraktelig for samtlige rapporterte aldersgrupper i perioden 2000-2016. I 2016 har behandlerne registrert at 21 % av 25- og 40-åringene hadde ubehandlet karies, mens det gjaldt 14 % av 65-åringene, men at det i snitt dreier seg om et svært lite behandlingsbehov pga. karies.

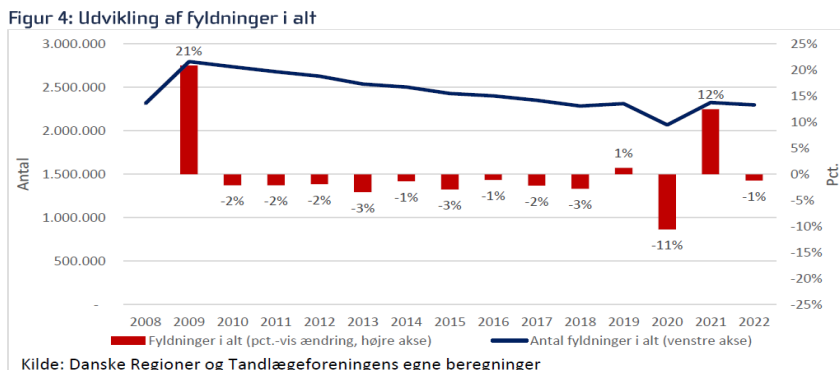
Samtidig som behandlingsbehovet synker, har en større del av befolkningen mindre behov for omgjøring av tidligere utført arbeide. Når tannhelsen generelt blir bedre, minsker også behovet for tannbehandling.



Kilde: Sygesikringsstatistikken, Tandlægeforeningen

Figur 7.5: Utvikling antall tannfyllinger utført på voksne i Danmark 1988-2015; kilde Dansk Tandlægeforening

Fig. 7.5 viser nedgangen i antall lagte fyllinger på voksenbefolkningen (18 år eller eldre) i Danmark i perioden 1988-2015, en nedgang på 1 million lagte fyllinger (ca. 30 prosent reduksjon) i tidsperioden.



Figur 7.6: Utvikling antall tannfyllinger utført på voksne i Danmark 2009-2022; kilde Dansk Tandlægeforening

Figur 7.6 viser videre utviklingen i antall lagte fyllinger på den voksne del av befolkningen i Danmark fra 2009-2022. Som en ser, fortsetter nedgangen videre fra et allerede etablert lavt nivå. Mens det i 2020 var en betydelig reduksjon i antall fyllinger, som i hovedsak skyldes redusert aktivitet pga. pandemien, får en i 2021 en økning pga. økt aktivitet.

Trenden er likevel kontinuerlig og betydelig reduksjon av behandlingsbehovet i perioden 2009 - 2022.

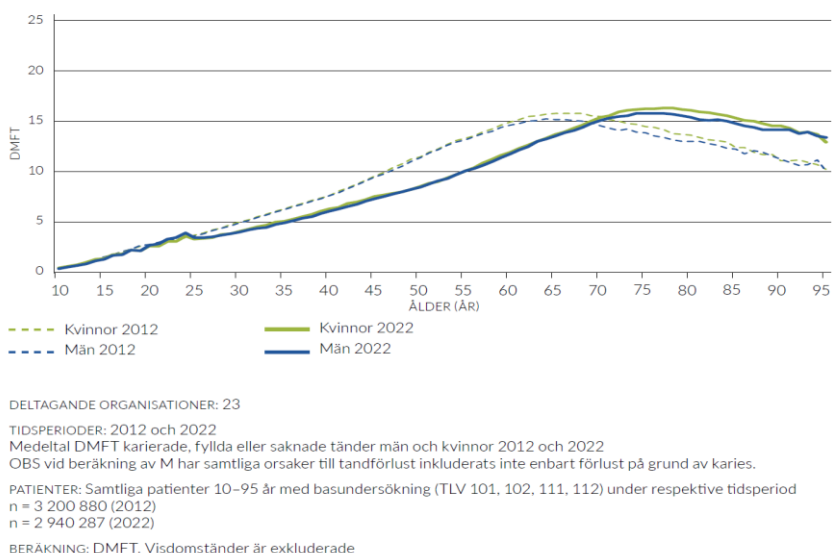
Sverige

I Sverige må behandlerne ved å sende krav om ytelser fra «tandvårdsförsäkringen», oppgi en del tannhelseopplysninger om pasientene til det svenske tannhelseregisteret (Socialstyrelsen) i tillegg til opplysninger om hva som sendes krav om²⁴.

I og med at store deler av den svenske befolkningen omfattes av rettigheter til offentlig finansiering, har en i Sverige detaljerte opplysninger om omfanget av tannbehandlinger og fortløpende oversikt over tannstatus i befolkningen.

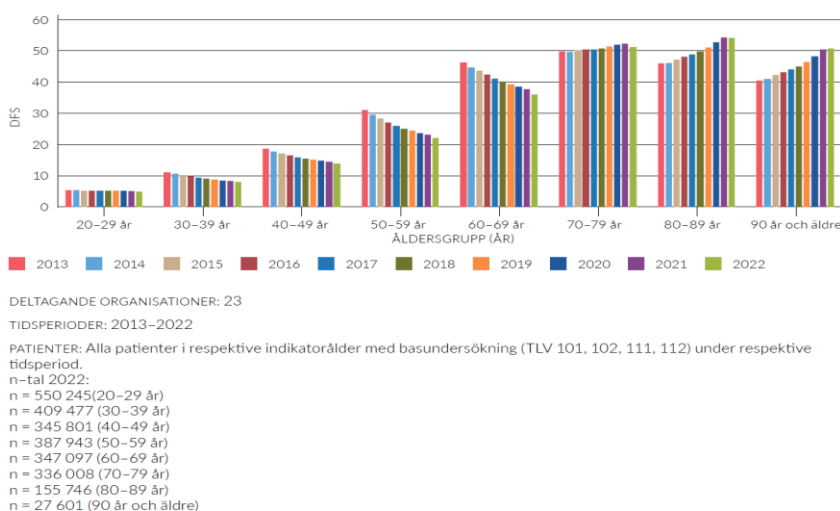
Med grunnlag i disse tallene gir *Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit* (SKaPa) ut årlige rapporter med oversikt over tannhelsetilstand og behandling av tannsykdommer. I rapporten for 2022, legges til grunn tannhelsesdata for nærmere 8 millioner unike pasienter.

²⁴ Sveriges Riksdag; Förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen SOSFS 2008:13



Figur 7.7: Endringer DMFT alle aldersgrupper i Sverige 2012-2022; kilde: SKaPa (Svensk kvalitetsregister for karies og periodontitt)

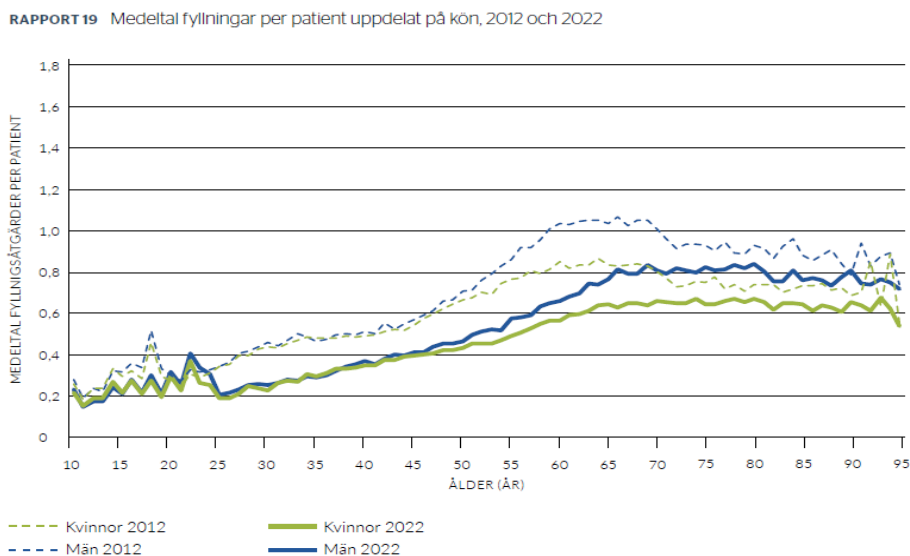
Fig. 7.7 viser hvordan økningen i DMFT forflytter seg oppover i aldersgruppen over tid med kohorten (65 år i 2012 – 75 år i 2022). De yngre årsklassene synes å ha en vedvarende god tannhelse som de beholder videre i livsløpet. Det at de eldre årsklassene i 2022 får økt DMFT må tas som uttrykk for at de i større grad bevarer sine egne tenner, i motsetning til de som var 70 + i 2012 (født før 1942) som i større grad har mistet tenner.



Figur 7.8: Tannflater (DFS) med karies/fylling – endring alle aldersgrupper 2013-2022; kilde: SKaPa (Svensk kvalitetsregister for karies og parodontitt)

Trenden i fig.7.8 understøtter kurven i fig.7.7. Fig. 7.8 er mer detaljert ved at den viser DF på flatenivå. Dermed får en frem den betydelige tannhelseforbedringen som skjer. Verdt å merke seg er den betydelige nedgangen i antall flater med karies/fylling som samtlige årsklasser oppviser, med unntak for de som er 80 år og eldre. Her må

økningen tas som ett uttrykk for at aldersgruppen 80 + i 2022 har flere tenner, og dermed flere flater, enn det 80 + generasjonen hadde i 2013.



Figur 7.9 : Antall fyllinger lagt pr. pasient 2012 og 2022; kilde: SKaPa (Svensk kvalitetsregister for karies og parodontitt)

SKaPa rapporterer at i 2022 fikk mellom 65 prosent (personer 70 år og eldre) og 70 prosent (personer i alderen 20-69 år) i Sverige ikke noen form for reparativ behandling som følge av at de ikke hadde behandlingskrevende karies. Samtidig viser fig. 7.9 at det i gjennomsnitt ble lagt en fylling pr. person i den delen av befolkningen som fikk lagt fyllinger pga. karies.

Som før nevnt er det antall fylte approssimalflater som reduseres. Dermed reduseres behovet for både reparasjon av tidligere utført behandling og behovet for mer avansert behandling (fast protetik) betydelig.

7.4. Diskusjon (forbehold, konsistens og representativitet)

Landene²⁵ i Skandinavia har systemer for leveranse av tannhelsetjenester der prinsippene er like:

- det offentlige tilbyr gratis tannhelsetjenester til hovedsakelig barn og ungdom
- voksne tilbys private tannhelsetjenester, som betales fullt ut av pasientene

I tillegg har alle landene flere andre støttesystemer for tannbehandling til ulike grupper av befolkningen samt at kostnadene for noe tannbehandling til voksne også i ulik grad dekkes av de respektive trykkesystemene.

²⁵ Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131 #2

Det som imidlertid skiller Danmark og Sverige fra Norge, er at både i Sverige og Danmark har en bedre oversikt over omfanget av behandling som utføres på den voksne del av befolkningen, også den delen av befolkningen som selv betaler for hoveddelen av behandlingen. Dette fordi en har knyttet rapporteringsplikten av tannhelsesdata til utbetaling av ulike økonomiske stønader til tannbehandling.

SSB har i en rapport²⁶ understreket at ved en sammenligning mellom Sverige og Norge om tannhelseforhold, viser det seg at bl.a. det udekte behovet for tannlegetjenester er nokså likt. I begge land er økonomi den viktigste årsaken til at folk ikke går til tannlegen. En sammenligning av tannhelsetilstanden i de to landene viser sammenfallende resultater både når det gjelder kjønn, alder og ulike sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer. Bruken av tannhelsetjenesten er i tillegg sammenfallende etter alder, kjønn og ulike sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer.

Det er ingen grunn til å tro at ikke de samme forholdene også gjelder for en sammenligning mellom Danmark og Norge.

7.4.1. KPR data 2023 vs. danske og svenske tannhelsesdata

Felles for de tre skandinaviske landene er at alle barn og ungdommer har hatt et tilnærmet likt offentlig tannhelsetilbud i oppveksten. Tannhelsestatus når de forlater de respektive offentlige tilbudene for barne- og ungdomstannpleien er gjennomgående likt. Dermed er startpunktet relativt likt når de starter voksenlivet.

I arbeidet med å få tannhelsesdata inn i KPR, har en dessverre ikke fått inn data fra privat sektor, se kapittel 8.3 som forklarer nærmere hvorfor ikke det har skjedd.

Funn om som er fått frem via datahøst i offentlig sektor og som er innrapportert til KPR i 2023, er gjengitt i rapportens kapitler 2-5. Her er det funnene i kapittel 5 som er av størst interesse.

Tabell 6.1 viser at andelen med behandlingskrevende karies, Decayed er lav, for hele populasjonen har knapt 24 prosent behandlingskrevende karies. Som tabell 6.1. viser er variasjonen mellom 65 - 75 prosent som ikke har behandlingskrevende karies, avhengig av alder. Dette er funn som stemmer godt overens med det som er rapportert av SKaPa. for Sverige (her er sett bort fra barn alderen 6-11 år fordi de pga. manglende tenner pga. tannskifte har mindre behandlingskrevende karies).

Tabell 6.2. viser gjennomsnittlig antall tenner med behandlingskrevende karies. Med unntak for de eldste aldersgruppene viser tabellen at dette er relativt likt det en ser i det danske materialet, se fig. 7.4. Årsaken til at det er en forskjell i de eldste gruppene, er sannsynligvis at en relativt stor andel av personer over 25 år som er registret i KPR har rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten. Årsaken til at de har rettigheter er at de sannsynligvis har større behov for tannhelsehjelp enn resten av befolkningen.

²⁶ SSB; Rapportar 2016/28 ; Tannhelse blant vaksne i Sverige og Noreg; Ein sosioøkonomisk analyse

Tabell 6.3 viser pasienter som enten får behandling i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Gjennomsnittlig andel med behandlingskrevende karies er noe høyere enn det som er vist i tabell 6.2, 31% mot 24%. Som vist i tabell 6.4 har pasienter over 25 år i denne gruppen litt høyere antall tenner som trenger behandling.

Følgende fellestrekk gjelder for tannhelsen i de skandinaviske landene:

- for befolkningen som helhet er tannhelsen svært god, og den blir stadigvekk bedre
- tannhelseforbedringen som har skjedd siden ca. 1970 blir med de ulike årskullene gjennom voksenlivet
- fordi tannhelsen bedres suksessivt opp gjennom årsklassene, minsker også behandlingsbehovet for de eldre årsklassene
- flere overlever alvorlig sykdom og lever med økte utfordringer med sin munn- og tannhelse, fordi det er sammenheng mellom generell helse og munn- og tannhelse
- det understrekes fra alle land at det stadig er personer som av ulike årsaker har mindre god tannhelse og behov for mer omfattende tannbehandling

7.4.2. Estimering av behandlingsbehov for voksne del av befolkningen

Vi mangler fremdeles et helhetsbilde av tannhelsen blant voksne nordmenn. Det er derfor naturlig å legge til grunn de tannhelse- og behandlingsdata en finner i Sverige og Danmark for å si noe om et fremtidig tannbehandlingsbehov for den voksne del av befolkningen i Norge.

Den forbedrede tannhelsen blant befolkningen en har sett de siste ti-år må sees i lys av flere faktorer.

Generell bedring av levekår, mer vanlig å bruke fluor /tannkrem, bedret daglig tannhygiene og endringer i behandlingsfilosofi, -kriterier og -teknikker. Det har vært en gradvis utvikling der forebyggende og ikke-operativ kariesbehandling er blitt viktigere. Med dagens fyllingsmaterialer bevarer en mer tannsubstans enn hva som var mulig med andre fyllingsmaterialer som f.eks. amalgam

Bedringen i tannhelse fra 1960-årene tilskrives primært fluorider.

I Norge startet bruk av fluorider i kariesforebyggende arbeid ca. 1950²⁷, med fluorpenslinger med 2% natriumfluorid. Så kom skolebaserte fluorprogram i 1960-årene, og etter hvert startet også gratis utdeling av fluortabletter fra helsestasjoner og i offentlig tannhelsetjeneste. Fluortannkrem kom i fritt salg fra 1971, og har dominert markedet fra midten av 1980-tallet i alle aldersgrupper

²⁷ Haugejorden O. Adoption of fluoride-based caries preventive innovations in a public dental service. Community Dent Oral Epidemiol 1988; 16: 5–10.

Karieserfaringen blant barn var høy i Norge allerede i 1897²⁸, den sank under andre verdenskrig, økte deretter til midt på 1960-tallet for så å synke frem til årtusenskiftet, og har sunket ytterligere. Fra slutten av 60-årene fikk barn og ungdom stadig bedre tannhelse ved at færre tenner ble fylt eller ekstrahert. Endringene frem til 1983 tilsvarte ca. 60 % reduksjon i antall fylte flater. Færre incisiver (fortenner) og premolarer (små jeksler) ble fylt slik at mesteparten av fyllingsterapien ble utført på molarer (store jeksler).

Behovet for fyllinger har fortsatt å synke, slik som vist ved DMFT for 18-åringene se fig. 7.2. Bedringen i tannstatus fra 1960-årene har skjedd over hele landet, og den har vært synlig hos barn, ungdom og voksne.

Oppsummert har det i Norge de siste 50-60 årene skjedd følgende endringer i tannhelsen i Norge:

- færre tenner er trukket på grunn av karies
- det er færre tenner med tannrestaurering (fylling/kroner)
- de er flere personer som er uten karieserfaring

Tilgjengelig data viser at de eldre voksne (60-70 år) som dro fordel av en bedret tannhelse som barn og ungdom fra midten av 1960- og begynnelsen av 1970-tallet, beholder den gjennom livet og har en mye bedre tannhelsesituasjon enn hva eldre generasjoner (80 +) har, se fig. 7.8.

De eldre aldersgruppene har ikke hatt tilgang til samme forebyggende tiltak som dagens barn og ungdom, og har fått tannbehandling i en periode der behandlingsfilosofi og fyllingsmaterialer førte til flere og større restaureringer.

Helsepersonellkommissjonen påpeker²⁹ at den forbedrede tannhelsen gjør at finnes det tegn på at det er overkapasitet i den private tannhelsetjenesten i sentrale strøk. Fremtidens eldre forventes jevnt over å få bedre tannhelse enn i dag, og derfor vil trolig behovet for tannhelsetjenester etter alder falle. Samtidig påpeker kommissjonen at eventuelle reformer som gir utvidede rettigheter for voksne innen offentlige tannhelsetjenester, vil kunne påvirke fremtidig behov for tannhelsepersonell.

For den delen av den voksne befolkningen som i dag har rett til offentlig finansiering av sine tannhelsetjenester, er rettighetene i hovedsak hjemlet i lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) og lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven).

Begge lovene gir rettigheter til grupper av befolkningen som er utformet med bakgrunn i tannhelsesituasjonen slik den var på 1960, -70 og -80 tallet.

Felles for begge rettighetslovene er at det i hovedsak gis offentlig stønad til grupper av befolkningen, ikke pga. et odontologisk behandlingsbehov, men som en avledet rettighet fordi de enten har en lidelse/sykdom eller mottar ulike typer av tjenester. Det å gi rettigheter til deler av den voksne befolkningen på denne måten var relativt

²⁸ Nor Tannlegeforen Tid 2008; 118: 84–90; Haugejorden O, Birkeland JM, Karies i Norge i fortid og fremtid: Analyse av endringer og årsaker

²⁹ NOU 2023: 4; Tid for handling; *Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

treffsikkert i og med at størsteparten av den voksne befolkningen hadde omfattende tannhelseproblemer sammenlignet med dagens situasjon.

Problemet i dag med å basere rettigheter til offentlig finansiering til grupper av den voksne befolkningen som en konsekvens av at de har lidelse/sykdom eller mottar ulike typer av tjenester, er at personene i disse gruppene har svært ulikt behov for tjenester.

Slik det er vist med data i dette kapittelet er tannhelsen i befolkningen gjennomgående god, og befolkningen generelt har ikke lengre et stort behov for tannhelsehjelp (fig. 7.8 og 7.9). Som vist i tabell 7.2 har under 5 prosent av et årskull 18-åringer hatt omfattende tannbehandling, slik at flertallet av unge mennesker starter voksenlivet med et relativt lite behov for tannhelsehjelp senere i livet.

Om en regner med tilsvarende for ca. 5 prosent av den voksne befolkningen, kan dette bety at ca. 210 000 voksne over 20 år vil ha et betydelig høyere behov for tannbehandling enn resten av befolkningen.

Jo bedre den generelle tannhelsen i befolkningen blir, med påfølgende mindre behandlingsbehov, jo mindre treffsikkert vil det være å gi offentlig finansiering til grupper av befolkningen. Dette fordi gruppene vil være svært heterogene, der noen få har et stort behov for tannhelsetjenester, mens mange ikke har det.

Årsaken til at det gis stønad fra folketrygden skal være et forhøyet behov for tannhelsetjenester, der stønadsbeløpet reflekterer behandlingsbehovet. Som vist av folketrygdens utbetalinger til stønad for tannbehandling vil flertallet, 85 prosent, av stønadsmottakere over 20 år motta beskjedne stønadsbeløp noe som tyder på at de har en bra tannhelse og lite behandlingsbehov.

En mulig måte å få til bedre treffsikre ordninger kan være å basere rett til offentlig finansiering mer på det odontologiske behovet. Det å gi offentlig finansiering ut fra en persons tannhelsesituasjon vil kunne bidra til å få offentlig finansiering av tannhelsetjenester mer i overenstemmelse med finansieringen av helseutgifter i det øvrige helsevesenet.

Samtidig vil den eldste delen av befolkningen fremdeles ha gjennomgått betydelig tannbehandling siden tidlige barne- og ungdomsår, og det må derfor regnes med at i et kort perspektiv vil den eldste delen av befolkningen i en periode ha behov for mer tannbehandling, før behandlingsbehovet vil synke betydelig ettersom årskull med betydelig mindre erfart tannbehandling blir eldre. ("pukkeeffekt"). Imidlertid er det ikke slik at alle i de eldste årsklassene nødvendigvis verken har bruk for omfattende helse- og tannhelsehjelp.

På den annen side vil forekomsten av eksempelvis karies, være skjevfordelt og det vil være andeler av befolkningen som har større forekomst av karies og behov for ulike typer behandling. Det kan være forårsaket av langvarig sykdom og behandling (somatisk og psykisk), medisinbruk, nedsatt evne til egenomsorg, økt andel eldre med komorbiditet, økt andel med demens sykdom.

Oppsummert:

- den tannhelseforbedring som er oppnådd blant ungdom de siste ti-år ser det ut som at beholdes gjennom livsløpet

- en ser tannhelseforbedring opp til vel 70 -årsalder, og vil antagelig fortsett når disse blir eldre
- behovet for tannbehandling er betydelig redusert i befolkningen, og det ser ut som reduksjonen fortsetter blant alle aldersgrupper
- det å rettighetsbasere offentlig finansiering ut fra avledede rettigheter på gruppenivå er lite treffsikkert om en ønsker å hjelpe de med størst odontologisk behandlingsbehov
- det er mere treffsikkert å basere rettigheter på det odontologiske behovet
- på kort sikt vil de eldste aldersgruppene kunne ha et omfattende behov for tannhelsehjelp som en konsekvens av tidligere tannbehandlingserfaring

8. Fremtidige behov for data og statistikk fra tannhelsetjenesten

I dette kapittelet er formålet å diskutere hvilke opplysninger om norsk tannhelsetjeneste det er behov for, hvilke av disse opplysningene som kan bli tilgjengelige fra KPR innenfor dagens regelverk, tekniske løsninger og terminologi og kodeverk. Tilsvarende beskrives hvilke endringer som kan være relevante for å få frem bedre opplysninger dersom det gjennomføres endringer i regelverk, tekniske løsninger samt terminologi og kodeverk.

Frem til 2023 har det i hovedsak vært to kilder til data og statistikk om tannhelsetjenesten på nasjonalt nivå: Manuelt rapporterte data om offentlig tannhelsetjeneste som rapporteres til SSB og benyttes i deres system for Kommune Stat Rapportering (KOSTRA). Videre finnes det opplysninger om tannbehandling som har gitt stønad fra folketrygden til tannbehandling, knyttet til personer med fødselsnummer. Disse opplysningene er tilgjengelige i KUHR, og relevante data overføres også løpende fra KUHR til KPR. Her finnes det opplysninger om kjeveortopedi og andre stønader til tannbehandling til pasientene som har spesielle behov for tannhelsetjenester.

I tillegg inneholder NPR opplysninger om behandling av tenner, munnhule osv. fra somatisk spesialisthelsetjeneste.

Helsedirektoratet har også gjennomført et eget uttrekk fra elektronisk pasientjournal (EPJ) fra offentlig tannhelsetjeneste, og det er statistikk fra dette uttrekket kombinert med andre relevante opplysninger i KPR og NPR som danner grunnlaget for denne rapporten. Det finnes også opplysninger fra utvalgsundersøkelser, hvor bl.a. Helseundersøkelsen Trøndelag (HUNT) inneholder opplysninger om tannhelse, behandling mv.

8.1. Tilgjengelige data med innmelding fra EPJ

Uttrekk og innmelding av opplysninger fra EPJ fra offentlig tannhelsetjeneste gir bedre muligheter for styringsinformasjon fra tjenestene fordi data er personidentifiserbare og inneholder i utgangspunktet opplysninger om alle kontakter i tjenestene. Personidentifiserbare data gjør det mulig å koble data til andre opplysninger om

helsehjelp i KPR og andre helseregistre, og det er også mulig å få informasjon om pasienter fra andre registre, f.eks. landbakgrunn, flyktningstatus, sosioøkonomisk status eller utdanning.

Innmeldingen som er utgangspunktet for denne rapporten, inneholder ikke nødvendigvis alle relevante opplysninger som er tilgjengelig i dagens journalsystemer. Vi savner for eksempel opplysninger om hvilken gruppe i tannhelsetjenesteloven pasienten i offentlige tannhelsetjeneste tilhører. Det arbeides videre med et format for innmelding av helseopplysninger fra tannhelsetjenesten til KPR, og vi antar at dette uttrekket i større grad kan ivareta KPR sitt behov for strukturert informasjon.

I denne rapporten har det ikke vært mulig å hente ut strukturerte data om tannhelsetilstand over tid. Det er mulig å registrere fullstendig tannstatus i EPJ, men denne er ikke komplett. Det er funnet data om nye funn, tilstander og også om behandling, i data som er meldt inn til KPR fra EPJ i tannhelsetjenesten. Det er også mulig å trekke ut data om ulike pasientgrupper etter tannhelsetjenesteloven og TOO pasienter, selv om disse opplysningene ikke er med i det foreløpige uttrekket. Statistikk om behandling og tannstatus som i dag meldes til SSB fra fylkeskommunene (KOSTRA skjema 43), kan også i fremtiden hentes direkte fra KPR. Det er også mulig å koble data i KPR med andre registre, slik at vi ved behov kan få statistikk om forbruk av tannhelsetjenester til ulike grupper i befolkningene, som personer med psykisk sykdom (som vist ovenfor) eller personer med lav inntekt og utdanning.

Følgende opplysninger er tilgjengelig for KPR, ved hjelp av et nytt uttrekk av opplysninger fra EPJ:

***TOO** Tannhelsetilbudet til tortur og overgrepsofsatte og personer med odontofobi

- Antall under behandling
- Antall ferdigbehandlet
- Omfang av tann- og munnsykdom
- Type behandling
- Tilgjengelighet (se

Tannhelsetjenester til innsatte i fengsel³⁰

Ovenfor har vi laget en oversikt over behandlinger i klinikker som er lokalisert i fengsler (**Tabellene 2.6** og **2.7**). Det er imidlertid behov for mer kunnskap, både om tannhelsetilbudet i fengslene og om hvilke innsatte som mottar tannbehandling utenfor fengslene. Helsedirektoratet mener det er mulig å gjennomføre en registerkobling mellom KPR og Kriminalomsorgen for å kunne lage statistikk over innsattes bruk av helsetjenester i KPR og NPR. Statistikkbehovet er kort oppsummert nedenfor.

- Antall under behandling
- Antall ferdigbehandlet
- Omfang av tann- og munnsykdom
- Type behandling

³⁰ Kommunale helse- og omsorgstjenester og fylkeskommunale tannhelsetjenester til innsatte i fengsel - årsrapport 2021 - Helsedirektoratet

Tannhelsetjenester til flyktninger

Per 1.1.2023 er det ifølge SSB 280 000 personer med flyktningstatus i Norge (inkludert familietilknyttet flyktning), 18 500 0-29 år og 5 500 over 67 år. Fra Syria er det ca. 35 000 og fra Ukraina ca. 30 000. Nesten 10 000 av de ukrainske flyktningene er under 18 år. UDI anslår for 2023 basert på et mellom scenario, at ytterligere 33-45 000 fra Ukraina vil komme til Norge i 2023

- Antall under behandling
- Antall ferdigbehandlet
- Omfang av tann- og munnsykdom
- Type behandling

Det er behov for flere opplysninger om tannhelsetjenesten enn de som er benyttet i denne rapporten. Vi vil likevel se spesielt på hvilke opplysninger vi har behov for som IKKE kan hentes ut fra EPJ med dagens løsninger, som grunnlag for mulige tiltak for bedre tilgang til opplysninger frem i tid.

8.2. Behovet for flere opplysninger fra tannhelsetjenesten i KPR

Det er et viktig prinsipp at data som meldes inn til KPR skal kunne hentes ut fra elektronisk pasientjournal, for å redusere arbeidsbelastningen ved innmelding av data til KPR mest mulig. Det betyr at behovet for nye opplysninger ofte forutsetter at det er mulig å registrere mer strukturerte data i EPJ. Enten i form av en utvidelse av eksisterende kodeverk i opplysninger som allerede blir registrert, knytninger mellom opplysningene eller helt nye opplysninger med nye kodeverk.

Tannhelsetjenesten benytter ikke diagnosekoder. Det finnes strukturerte opplysninger om karies og alvorlighetsgrad, også som kodet informasjon i journalsystemet Opus Dental. Det finnes også strukturerte data om andre tilstander, men det finnes ingen nasjonale anbefalinger eller krav til kodeverk eller terminologi for diagnostisk informasjon i tannhelsetjenesten. Vi kan dermed ikke gi komplett informasjon om årsak til ulike former for tannbehandling.

Selve behandlingen er beskrevet i form av takster, og takstene benyttes uavhengig om behandling gir stønad fra folketrygden etter gjeldende regelverk. Foreløpig gir takstene gode data om behandlinger i KPR, men også når det gjelder beskrivelse av behandling i form av prosedyrer hadde det også vært en fordel med sterkere nasjonale føringer for registrering og innhold i EPJ.

I dagnes journalføring er det heller ikke en direkte knytning mellom opplysninger om tannhelsetilstand og behandling. Vi må derfor anta at en tilstand beskrevet for en pasient på tann og tannflate henger sammen med behandling som er gjennomført på samme tann og tannflate, dersom det er nærhet i tid mellom registrering av tilstand og registrering av behandling.

I kapittel 6 viser vi også at det ikke foreligger god informasjon om erosjoner i innmeldte data fra tannhelsetjenesten til KPR. Her er det også behov for standardisering av hvordan erosjoner skal registreres i EPJ, bl.a. fordi det er to validerte graderingssystemer i bruk i Norge, men disse benyttes i liten grad av behandlerne fordi EPJ ikke er tilrettelagt for registrering av alvorlighetsgrad på tannflate nivå, men bare som erosjon. Dersom vi får etablert en felles standard for dokumentasjon, kan også denne type opplysninger meldes til KPR.

Det gjennomføres også en del tannbehandling i sykehus, hvor selve behandlingen ikke er spesialisert. Det dreier seg i hovedsak om pasienter som behandles under full narkose og pasienter hvor ubehandlede sykdommer i tenner og munnhule gir økt risiko for komplikasjoner i behandlingsforløp som ikke er direkte knyttet til tannhelse. Helsedirektoratet har fått et eget oppdrag i å se nærmere på organisering og finansiering av dette tilbudet. I denne sammenhengen er det viktig å nevne at denne type behandling også må meldes til KPR. Behandlingen er tidligere definert å være under fylkeskommunenes ansvar og ikke spesialisthelsetjenesten. Det er likevel behov for en tydeligere presisering av fylkeskommunenes ansvar å sørge for at behandling blir rapportert til KPR, og at det er tydelige avtaler mellom helseforetak og fylkeskommunal tannhelsetjeneste om hvordan behandling blir journalført og meldt til KPR.

Når det gjelder behandling under full narkose, er det også behov for flere strukturerte opplysninger om dette i EPJ, slik at disse kan trekkes ut og meldes til KPR. Det er også relevant å se på tilgjengelighet til tilbudet om tannbehandling under narkose, type tannbehandling som utføres i narkose og ev. informasjon om henvisninger og ventetid fra henvisning mottatt til gjennomført behandling.

Behov for tolk er også viktig informasjon for styring og planlegging av tjenester, siden tolketjenester kommer i tillegg når tjenester skal planlegges og finansieres.

Betydningen av forebyggende og helsefremmende tjenester er også understreket, bl.a. i nasjonale faglige retningslinjer for tannhelsetjenesten. Vi har tilgang til data om systematiske undersøkelser og generell forebyggende behandling med rens og ev. fluorpensling. Vi har imidlertid ikke tilgang til mer detaljerte opplysninger om individrettede forebyggende tiltak. Her vil det også være behov for standardiserte opplysninger om aktuelle tiltak i form av kodeverk eller begreper.

Det har også vært arbeidet med å etablere et kvalitetsregister for implantater i tannhelsetjenesten. Et slikt register skal kunne gi systematisk informasjon om hvilke produkter som benyttes, slik at tannhelsetjenesten fremover benytter produkter med best kvalitet i form av bestandighet eller tid fra innsetting til revisjon. I arbeidsmøter med tannhelsetjenesten har Helsedirektoratet fått tilbakemeldinger om at dette er relevant og ønsket informasjon i tannhelsetjenesten. Det gjelder ikke bare implantater, men også fyllingsmaterialer og varighet på fyllinger generelt.

På denne bakgrunn er det behov for mer strukturert informasjon i EPJ som kan trekkes ut og meldes til KPR på følgende områder:

- Strukturerte felles opplysninger om helsetilstand og skader som oppdateres ved hver kontakt

- Strukturerte felles opplysninger om behandlinger, enten i form av videreføring av dagens takster eller nye kodeverk eller terminologier
- En direkte knytning mellom helsetilstand/skader og behandling
- Strukturerte data om TOO behandling ut over vanlig tannbehandling
- Strukturerte data om narkosebehandling ut over vanlig tannbehandling
- Strukturerte data om tilgjengelighet (ventetider mv..) generelt, men særlig knyttet til TOO og narkose
- Strukturerte data om behov/tilgang til tolketjenester under behandling
- Strukturerte opplysninger om fyllingsmaterialer og implantater og tid fra innsetting til revisjon av slike

For å kunne innfri disse behovene for mer strukturerte data fra tannhelsetjenesten er det både behov for å etablere nasjonale begreper eller kodeverk til bruk i tannhelsetjenesten. Tidligere forsøk og statistikken som presenteres i denne rapporten viser at SNOMED CT har vist seg å være egnet til dette formålet.

Videre er det behov for utvikling av EPJ som benyttes i tannhelsetjenesten. Både for at opplysninger blir registrert korrekt i henhold til nasjonale standarder, og for at opplysningene lar seg hente ut for innmelding til KPR og ev. andre helseregistre.

Det er i utgangspunktet ikke behov for endringer i regelverket (helseregisterloven, KPR-forskriften mv.) for at vi kan få tilgang til nødvendige helseopplysninger fra tannhelsetjenesten i tråd med KPR sitt formål. I avsnittet nedenfor peker vi imidlertid på muligheten til å knytte direkte oppgjør fra Folketrygden til en obligatorisk rapportering fra privat tannhelsetjeneste til KPR.

8.3. Opplysninger fra privat tannhelsetjeneste

Det har vært en målsetning for Helsedirektoratet å legge frem analyser fra et mest mulig representativt utvalg av behandlinger i privat tannhelsetjeneste. Arbeidet med å etablere hjemmelsgrunnlag for dette startet i prinsippet med lovforslaget ([Prop. 106 L \(2015–2016\)](#)) som lå til grunn for etablering av KPR. I lovproposisjonen ble det på et generelt grunnlag pekt på at KPR kunne ha behov for å inneholde opplysninger fra private helsetjenester for å ivareta sine formål. KPR-forskriften ble endret i november 2022.

Den norske tannlegeforening (NTF) mener likevel at Helsedirektoratet ikke har hjemmel til å behandle opplysninger fra privat tannhelsetjeneste. Til tross for at både Helsedirektoratet og Helsedepartementet har gjort rede for hjemmelsgrunnlaget både muntlig og skriftlig flere ganger. I møtet mellom Datatilsynet, NTF og Helsedirektoratet er Datatilsynets synspunkter i saken oppsummert slik:

Datatilsynet gav uttrykk for at tilsynet deler NTFs vurdering av at den foreslåtte registreringen av tannhelsesdata fra privat sektor i KPR utfordrer personverninteressene. Likevel har ikke Datatilsynet mandat til å forhåndsgodkjenne registrering av personopplysninger. Datatilsynet tar foreløpig Helse- og omsorgsdepartementets juridiske vurdering til etterretning. Det samme gjelder

Helsedirektoratets personvernkonsekvensvurdering. Datatilsynet vil kunne komme tilbake til disse spørsmålene ved et eventuelt tilsyn. (Referat fra møte 15.08.2022)

NTF mente fortsatt at Helsedirektoratet manglet hjemmelsgrunnlag, selv om sitatet over viser at det var gjort en vurdering av hjemmelsgrunnlaget i HOD. Videre viste vi til følgende ordlyd i KPR forskriftens § 3-1 ledd lyder som følger (4. ledd et uthevet av oss):

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2](#), virksomheter som yter tannhelsetjenester og Helsedirektoratet skal sørge for at opplysninger som nevnt i [§ 2-1](#) blir meldt inn til registeret i samsvar med kravene etter [§ 3-2](#). Virksomhetene skal sørge for at det finnes rutiner som sikrer dette.

Helsedirektoratet kan gi forskrifter om plikt til å melde opplysninger for private tjenesteytere uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune som yter helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå, jf. [helsepersonelloven § 37](#).

Lovbestemt taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysningene meldes inn til registeret.

Første og tredje ledd gjelder også for private virksomheter som yter tannhelsetjenester uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune.

Vi henviste derfor NTF til HOD, og det ble gjennomført flere møter på ulikt nivå. Dette førte imidlertid ikke til noen endret oppfatning. Vi legger derfor til grunn at vi har det nødvendige hjemmelsgrunnlaget og at HOD har gitt oss i særskilt oppdrag i tildelingsbrevet (oppdrag 79) å fremskaffe data fra privat og offentlig tannhelsetjeneste fra KPR til Tannhelseutvalgets arbeid. Vi kan også nevne at spørsmålet om behandling av opplysninger fra privat tannhelsetjeneste fra pasient- og brukerorganisasjoner da saken ble tatt opp i Helsedirektoratets Brukerråd 15. mars 2023. Representantene i brukerrådet mente at det ikke er grunn til å behandle opplysninger fra helprivate tannhelsetjenester annerledes enn fra offentlig tjenester. Hensynet til helhetlige tjenester er viktig, at vi trenger data for å forbedre helsen og utvikle helsetjenesten.

Helsedirektoratet hadde omfattende dialog med de tre største kjedene innen privat tannhelsetjeneste i Norge, Colosseum klinikkene, Odontia og Oris Dental, om innmelding av data til KPR. NTF sine spørsmål om hjemmelsgrunnlag ble reist av kjedene, og vi viste igjen til vurderingen fra departementet og Datatilsynet nevnt ovenfor. Kjeden fikk pålegg om innmelding av helseopplysninger etter KPR forskriftens § 3-1 i oktober i år, og på forespørsel ble fristen utvidet til 1.12.2023. 22. november ble vi varslet om at NTF hadde sendt en «henvendelse» til Datatilsynet om vårt brev om innmelding av helseopplysninger. I ettertid mottok vi en kopi av brevet fra NTF, som også er lagt ved rapporten. I brevet gjentar NTF sine tidligere juridiske vurdering og dels argumenterer de for at data ikke er en del av KPR da metode for innmelding av opplysningene er midlertidig. Videre mener man også at leveranser av analyser til et offentlig oppnevnt utvalg ikke kan ansees å være innenfor KPR sitt hovedformål som er å:

(...) gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet har etter dette på nytt henvendt seg til kjedene og presisert at opplysningene juridisk er en del av KPR, selv om utleveringer av statistikk til Tannhelseutvalget er høyt prioritert. Plikten til innmelding av data gjelder, og vi er selvsagt forberedt på å svare ut alle spørsmål Datatilsynet måtte ha til vår behandling av opplysninger i KPR. Et evt. pålegg fra Datatilsynet om å stanse behandling av opplysningene vil selvsagt også bli fulgt.

Status er likevel at vi per desember 2023 ikke har fått inn opplysninger om privat tannhelsetjeneste, og at vi til tross for departementets vurderinger og pålegg til oss ikke er i stand til å levere analyser av privat tannhelsetjeneste i Norge til Tannhelseutvalget.

Vi vet det har vært diskutert å sette innmelding av data til KPR kan settes som en forutsetning for å kunne motta trygderefusjon. Dette gjelder allerede for privatpraktiserende avtalespesialister, der det er en del av avtalen som gir rett til trygderefusjon mellom spesialist og regionalt helseforetak.

8.4. Hvordan sikre at tannhelsesdata blir analysert og brukt til videre utvikling av tannhelsetjenesten

Det er viktig at opplysninger i helseregistre blir benyttet både til styring, analyse og forskning for at data skal være relevante og av god kvalitet. Uten bredde i bruk av data er det stor risiko for at viktige feil og mangler i opplysningene ikke blir avdekket.

Data i KPR er tilgjengelige fra nettstedet www.helsedata.no. Nettstedet gir både informasjon om innhold i norske helseregistre og muligheter til å søke om utleveringer av både anonyme opplysninger (statistikk) og personidentifiserbare data til bruk for forskning, analyse og andre formål som ikke er i strid med KPR sitt formål.

Data fra KPR bør være relevante for fylkeskommunene og regionale kompetansesentra. Det utføres forskning med KPR som en av flere kilder ved regionale kompetansesentra for helse- og omsorgstjenester ([NTNU Open: The influence of individual and municipality characteristics on allocation of long-term care services: a register-based cross-sectional study](#)). Vi vil anta at tilgang til data om tannhelsetjenester også vil være relevante for de regionale kompetansesentrene for tannhelsetjenesten i tillegg til andre frittstående forskningsmiljøer og ved lærestedene.

KPR har også gjennom samarbeid med sentrale aktører for allmennlegetjenesten etablert statistikk for lokalt utviklingsarbeid i allmennlegetjenesten ([Statistikk om allmennlegetjenester - Helsedirektoratet](#)). I tillegg til offentlig tilgjengelig anonymisert statistikk fra allmennlegetjenesten, er det også publisert egne rapporter for den enkelte fastlege bak en påloggingsløsning. Det er mål å etablere en tilsvarende visning av statistikk for tannhelsetjenesten, basert på samarbeid med relevante aktører.

KPR har også god erfaring med å melde data tilbake kort tid etter innsending, slik at rapporteringsenhetene får innsyn i nøkkeltall i egen innsending, samt endringer i forhold til forrige års rapportering. Dette motiverer til korrekt rapportering og korreksjon

dersom nøkkeltall og utvikling ikke oppfattes å samsvare med rapporteringsenhetens erfaringer.

9. Avsluttende betraktninger

9.1. Erfaringer med innmelding av data fra tannhelsetjenesten til KPR

Denne rapporten viser at det har vært mulig å hente ut strukturerte data fra EPJ i tannhelsetjenesten på en forholdsvis enkel måte. Vi har fått data fra 11 fylkeskommuner som i hovedsak har hatt pasientdata samlet ett sted. En tilsvarende innmelding av data fra klinikker med egne pasientdatabaser hadde naturlig nok vært vanskeligere og svært ressurskrevende å gjennomføre for både register og rapporteringsenheter.

9.2. Muligheter for videre analyser

I 2024 er analysene utvidet med statistikk om betaling fra voksne pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten som i utgangspunktet skal dekke utgiftene til behandling selv (kapittel 3 ovenfor).

Helsedirektoratet har også søkt og fått godkjenning fra SSB til å koble data brukt til denne rapporten med for eksempel utdanningsnivå og sosioøkonomisk status fra SSB. Vi har muligheten til å se på likheter og ulikheter i tannhelsestatus fordelt på slike variabler. Det samme gjelder for landbakgrunn og flyktningstatus. Dette er analyser som eventuelt kan utføres etter at Tannhelseutvalget har levert sin innstilling.

Vi vil også fortsette arbeidet for å få tilgang til opplysninger fra private tannhelsetjenester, selv om virksomhetene så langt ikke har vært villige til å melde inn data.

9.3. Videre arbeid med permanent innmelding av data fra tannhelsetjenesten til KPR

I 2024 er dataansvaret for KPR overført til Folkehelseinstituttet. Instituttet fortsetter arbeidet med teknologiske løsninger samt krav til rapportering for framtidig permanent innmelding av data til KPR. Erfaringene med analysene av de innmeldte dataene fra offentlig tannhelsetjeneste gir gode muligheter for å etablere permanente løsninger for innmelding som kan gi bedre, rikere og mer aktuelle opplysninger om tannhelsetjenesten i KPR. Svært mye av dette arbeidet – spesielt teknologisk løsning og arbeidsmetodikk – går på tvers av andre tjenesteområder som skole- og helsestasjon, og helse- og omsorgsdata.

Vedlegg

1. Vedlegg A: Dagens kommuners KOSTRA-grupper

KOSTRA-grupper	Dagens kommunenummer	Dagens kommunenavn
2000-9999 innbyggere	1 160	Vindafjord
2000-9999 innbyggere	1 515	Herøy
2000-9999 innbyggere	1 516	Ulstein
2000-9999 innbyggere	1 517	Hareid
2000-9999 innbyggere	1 525	Stranda
2000-9999 innbyggere	1 528	Sykkylven
2000-9999 innbyggere	1 531	Sula
2000-9999 innbyggere	1 532	Giske
2000-9999 innbyggere	1 539	Rauma
2000-9999 innbyggere	1 554	Averøy
2000-9999 innbyggere	1 566	Surnadal
2000-9999 innbyggere	3 013	Marker
2000-9999 innbyggere	3 015	Skiptvet
2000-9999 innbyggere	3 016	Rakkestad
2000-9999 innbyggere	3 017	Råde
2000-9999 innbyggere	3 018	Våler (Viken)
2000-9999 innbyggere	3 032	Gjerdrum
2000-9999 innbyggere	3 038	Hole
2000-9999 innbyggere	3 053	Jevnaker
2000-9999 innbyggere	3 054	Lunner
2000-9999 innbyggere	3 412	Løten
2000-9999 innbyggere	3 414	Nord-Odal
2000-9999 innbyggere	3 415	Sør-Odal
2000-9999 innbyggere	3 417	Grue
2000-9999 innbyggere	3 418	Åsnes

2000-9999 innbyggere	3 441	Gausdal
2000-9999 innbyggere	3 448	Nordre Land
2000-9999 innbyggere	4 201	Risør
2000-9999 innbyggere	4 206	Farsund
2000-9999 innbyggere	4 213	Tvedestrand
2000-9999 innbyggere	4 214	Froland
2000-9999 innbyggere	4 216	Birkenes
2000-9999 innbyggere	4 612	Sveio
2000-9999 innbyggere	4 630	Osterøy
2000-9999 innbyggere	4 651	Stryn
2000-9999 innbyggere	5 027	Midtre Gauldal
2000-9999 innbyggere	5 029	Skaun
2000-9999 innbyggere	5 053	Inderøy
2000-9999 innbyggere	5 419	Sørreisa
2000-9999 innbyggere	1 813	Brønnøy
2000-9999 innbyggere	1 820	Alstahaug
2000-9999 innbyggere	1 841	Fauske
2000-9999 innbyggere	1 865	Vågan
2000-9999 innbyggere	1 868	Øksnes
2000-9999 innbyggere	3 011	Hvaler
2000-9999 innbyggere	3 427	Tynset
2000-9999 innbyggere	3 436	Nord-Fron
2000-9999 innbyggere	3 439	Ringebu
2000-9999 innbyggere	3 440	Øyer
2000-9999 innbyggere	3 451	Nord-Aurdal
2000-9999 innbyggere	4 625	Austevoll
2000-9999 innbyggere	4 643	Årdal
2000-9999 innbyggere	4 649	Stad
2000-9999 innbyggere	5 021	Oppdal
2000-9999 innbyggere	5 025	Rørros
2000-9999 innbyggere	5 055	Heim
2000-9999 innbyggere	5 418	Målselv
2000-9999 innbyggere	1 866	Hadsel
2000-9999 innbyggere	3 044	Hol

2000-9999 innbyggere	5 014	Frøya
2000-9999 innbyggere	5 056	Hitra
2000-9999 innbyggere	5 060	Nærøysund
2000-9999 innbyggere	5 404	Vardø
2000-9999 innbyggere	5 405	Vadsø
2000-9999 innbyggere	5 435	Nordkapp
2000-9999 innbyggere	5 436	Porsanger-Porsángu-Porsanki
2000-9999 innbyggere	1 111	Sokndal
2000-9999 innbyggere	1 112	Lund
2000-9999 innbyggere	1 114	Bjerkreim
2000-9999 innbyggere	1 514	Sande
2000-9999 innbyggere	1 535	Vestnes
2000-9999 innbyggere	1 557	Gjemnes
2000-9999 innbyggere	1 871	Andøy
2000-9999 innbyggere	3 037	Hurdal
2000-9999 innbyggere	3 040	Nesbyen
2000-9999 innbyggere	3 042	Hemsedal
2000-9999 innbyggere	3 045	Sigdal
2000-9999 innbyggere	3 046	Krødsherad
2000-9999 innbyggere	3 050	Flesberg
2000-9999 innbyggere	3 416	Eidskog
2000-9999 innbyggere	3 419	Våler (Innlandet)
2000-9999 innbyggere	3 421	Trysil
2000-9999 innbyggere	3 422	Åmot
2000-9999 innbyggere	3 431	Dovre
2000-9999 innbyggere	3 435	Vågå
2000-9999 innbyggere	3 437	Sel
2000-9999 innbyggere	3 447	Søndre Land
2000-9999 innbyggere	3 449	Sør-Aurdal
2000-9999 innbyggere	3 453	Øystre Slidre
2000-9999 innbyggere	3 812	Siljan
2000-9999 innbyggere	3 815	Drangedal
2000-9999 innbyggere	3 821	Kviteseid
2000-9999 innbyggere	4 207	Flekkefjord

2000-9999 innbyggere	4 212	Vegårshei
2000-9999 innbyggere	4 219	Evje og Hornnes
2000-9999 innbyggere	4 611	Etne
2000-9999 innbyggere	4 623	Samnanger
2000-9999 innbyggere	4 632	Austrheim
2000-9999 innbyggere	4 645	Askvoll
2000-9999 innbyggere	4 650	Gloppen
2000-9999 innbyggere	5 032	Selbu
2000-9999 innbyggere	5 036	Frosta
2000-9999 innbyggere	5 047	Overhalla
2000-9999 innbyggere	5 061	Rindal
2000-9999 innbyggere	5 422	Balsfjord
2000-9999 innbyggere	1 511	Vanylven
2000-9999 innbyggere	1 560	Tingvoll
2000-9999 innbyggere	1 563	Sunddal
2000-9999 innbyggere	1 822	Leirfjord
2000-9999 innbyggere	1 840	Saltdal
2000-9999 innbyggere	1 851	Lødingen
2000-9999 innbyggere	1 867	Bø
2000-9999 innbyggere	3 041	Gol
2000-9999 innbyggere	3 043	Ål
2000-9999 innbyggere	3 423	Stor-Elvdal
2000-9999 innbyggere	3 428	Alvdal
2000-9999 innbyggere	3 433	Skjåk
2000-9999 innbyggere	3 434	Lom
2000-9999 innbyggere	3 438	Sør-Fron
2000-9999 innbyggere	3 452	Vestre Slidre
2000-9999 innbyggere	3 816	Nome
2000-9999 innbyggere	3 820	Seljord
2000-9999 innbyggere	4 211	Gjerstad
2000-9999 innbyggere	4 227	Kvinesdal
2000-9999 innbyggere	4 615	Fitjar
2000-9999 innbyggere	4 616	Tysnes
2000-9999 innbyggere	4 622	Kvam

2000-9999 innbyggere	4 628	Vaksdal
2000-9999 innbyggere	4 642	Lærdal
2000-9999 innbyggere	4 644	Luster
2000-9999 innbyggere	4 646	Fjaler
2000-9999 innbyggere	4 648	Bremanger
2000-9999 innbyggere	5 022	Rennebu
2000-9999 innbyggere	5 034	Meråker
2000-9999 innbyggere	5 041	Snåsa
2000-9999 innbyggere	5 424	Lyngen
2000-9999 innbyggere	5 428	Nordreisa
2000-9999 innbyggere	5 437	Kárášjohka-Karasjok
2000-9999 innbyggere	1 133	Hjelmeland
2000-9999 innbyggere	1 135	Sauda
2000-9999 innbyggere	1 573	Smøla
2000-9999 innbyggere	1 576	Aure
2000-9999 innbyggere	1 578	Fjord
2000-9999 innbyggere	1 832	Hemnes
2000-9999 innbyggere	1 837	Meløy
2000-9999 innbyggere	1 848	Steigen
2000-9999 innbyggere	1 875	Hamarøy
2000-9999 innbyggere	3 052	Nore og Uvdal
2000-9999 innbyggere	3 818	Tinn
2000-9999 innbyggere	3 824	Tokke
2000-9999 innbyggere	3 825	Vinje
2000-9999 innbyggere	4 635	Gulen
2000-9999 innbyggere	4 638	Høyanger
2000-9999 innbyggere	4 639	Vik
2000-9999 innbyggere	5 045	Grong
2000-9999 innbyggere	5 058	Åfjord
2000-9999 innbyggere	5 411	Kvæfjord
2000-9999 innbyggere	5 412	Tjeldsund
2000-9999 innbyggere	5 416	Bardu
2000-9999 innbyggere	5 417	Salangen
2000-9999 innbyggere	5 423	Karlsøy

2000-9999 innbyggere	5 426	Gáivuotna-Kåfjord-Kaivuono
2000-9999 innbyggere	5 427	Skjervøy
2000-9999 innbyggere	5 430	Guovdageaidnu-Kautokeino
2000-9999 innbyggere	5 441	Deatnu-Tana
2000-9999 innbyggere	5 443	Båtsfjord
10000-300000 innbyggere	1 101	Eigersund
10000-300000 innbyggere	1 119	Hå
10000-300000 innbyggere	1 120	Klepp
10000-300000 innbyggere	1 121	Time
10000-300000 innbyggere	1 122	Gjesdal
10000-300000 innbyggere	1 127	Randaberg
10000-300000 innbyggere	1 130	Strand
10000-300000 innbyggere	1 520	Ørsta
10000-300000 innbyggere	1 577	Volda
10000-300000 innbyggere	1 579	Hustadvika
10000-300000 innbyggere	3 019	Vestby
10000-300000 innbyggere	3 022	Frogn
10000-300000 innbyggere	3 023	Nesodden
10000-300000 innbyggere	3 026	Aurskog-Høland
10000-300000 innbyggere	3 027	Rælingen
10000-300000 innbyggere	3 028	Enebakk
10000-300000 innbyggere	3 036	Nannestad
10000-300000 innbyggere	3 047	Modum
10000-300000 innbyggere	3 048	Øvre Eiker
10000-300000 innbyggere	3 401	Kongsvinger
10000-300000 innbyggere	3 442	Østre Toten
10000-300000 innbyggere	3 443	Vestre Toten
10000-300000 innbyggere	3 446	Gran
10000-300000 innbyggere	3 808	Notodden
10000-300000 innbyggere	3 813	Bamble
10000-300000 innbyggere	3 814	Kragerø
10000-300000 innbyggere	3 817	Midt-Telemark
10000-300000 innbyggere	4 215	Lillesand
10000-300000 innbyggere	4 223	Vennesla

10000-300000 innbyggere	4 225	Lyngdal
10000-300000 innbyggere	4 602	Kinn
10000-300000 innbyggere	4 614	Stord
10000-300000 innbyggere	4 621	Voss
10000-300000 innbyggere	5 028	Melhus
10000-300000 innbyggere	5 031	Malvik
10000-300000 innbyggere	5 038	Verdal
10000-300000 innbyggere	5 054	Indre Fosen
10000-300000 innbyggere	5 059	Orkland
10000-300000 innbyggere	1 146	Tysvær
10000-300000 innbyggere	1 824	Vefsn
10000-300000 innbyggere	1 860	Vestvågøy
10000-300000 innbyggere	1 870	Sortland
10000-300000 innbyggere	4 613	Bømlo
10000-300000 innbyggere	4 617	Kvinnherad
10000-300000 innbyggere	4 618	Ullensvang
10000-300000 innbyggere	4 640	Sogndal
10000-300000 innbyggere	5 007	Namsos
10000-300000 innbyggere	5 057	Ørland
10000-300000 innbyggere	5 406	Hammerfest
10000-300000 innbyggere	5 421	Senja
10000-300000 innbyggere	5 444	Sør-Varanger
10000-300000 innbyggere	1 124	Sola
10000-300000 innbyggere	1 505	Kristiansund
10000-300000 innbyggere	1 806	Narvik
10000-300000 innbyggere	1 833	Rana
10000-300000 innbyggere	3 006	Kongsberg
10000-300000 innbyggere	3 021	Ås
10000-300000 innbyggere	3 031	Nittedal
10000-300000 innbyggere	3 034	Nes
10000-300000 innbyggere	3 035	Eidsvoll
10000-300000 innbyggere	3 049	Lier
10000-300000 innbyggere	3 405	Lillehammer
10000-300000 innbyggere	3 413	Stange

10000-300000 innbyggere	3 420	Elverum
10000-300000 innbyggere	3 801	Horten
10000-300000 innbyggere	3 802	Holmestrand
10000-300000 innbyggere	3 811	Færder
10000-300000 innbyggere	4 202	Grimstad
10000-300000 innbyggere	4 205	Lindesnes
10000-300000 innbyggere	4 624	Bjørnafjorden
10000-300000 innbyggere	4 627	Askøy
10000-300000 innbyggere	4 631	Alver
10000-300000 innbyggere	4 647	Sunnfjord
10000-300000 innbyggere	5 006	Steinkjer
10000-300000 innbyggere	5 035	Stjørdal
10000-300000 innbyggere	5 037	Levanger
10000-300000 innbyggere	5 402	Harstad - Hársttåk
10000-300000 innbyggere	5 403	Alta
10000-300000 innbyggere	1 106	Haugesund
10000-300000 innbyggere	1 149	Karmøy
10000-300000 innbyggere	1 506	Molde
10000-300000 innbyggere	3 001	Halden
10000-300000 innbyggere	3 007	Ringerike
10000-300000 innbyggere	3 014	Indre Østfold
10000-300000 innbyggere	3 029	Lørenskog
10000-300000 innbyggere	3 033	Ullensaker
10000-300000 innbyggere	3 403	Hamar
10000-300000 innbyggere	3 407	Gjøvik
10000-300000 innbyggere	3 411	Ringsaker
10000-300000 innbyggere	3 806	Porsgrunn
10000-300000 innbyggere	4 626	Øygarden
10000-300000 innbyggere	1 507	Ålesund
10000-300000 innbyggere	1 804	Bodø
10000-300000 innbyggere	3 002	Moss
10000-300000 innbyggere	3 003	Sarpsborg
10000-300000 innbyggere	3 020	Nordre Follo
10000-300000 innbyggere	3 803	Tønsberg

10000-300000 innbyggere	3 804	Sandefjord
10000-300000 innbyggere	3 805	Larvik
10000-300000 innbyggere	3 807	Skien
10000-300000 innbyggere	4 203	Arendal
10000-300000 innbyggere	1 103	Stavanger
10000-300000 innbyggere	1 108	Sandnes
10000-300000 innbyggere	3 004	Fredrikstad
10000-300000 innbyggere	3 005	Drammen
10000-300000 innbyggere	3 024	Bærum
10000-300000 innbyggere	3 025	Asker
10000-300000 innbyggere	3 030	Lillestrøm
10000-300000 innbyggere	4 204	Kristiansand
10000-300000 innbyggere	4 601	Bergen
10000-300000 innbyggere	5 001	Trondheim
10000-300000 innbyggere	5 401	Tromsø
Oslo kommune	0 301	Oslo
600-1999 innbyggere	1 145	Bokn
600-1999 innbyggere	1 815	Vega
600-1999 innbyggere	1 825	Grane
600-1999 innbyggere	1 853	Evenes
600-1999 innbyggere	1 857	Værøy
600-1999 innbyggere	3 012	Aremark
600-1999 innbyggere	3 051	Rollag
600-1999 innbyggere	3 424	Rendalen
600-1999 innbyggere	3 426	Tolga
600-1999 innbyggere	3 429	Folldal
600-1999 innbyggere	3 430	Os (Innlandet)
600-1999 innbyggere	3 432	Lesja
600-1999 innbyggere	3 450	Etnedal
600-1999 innbyggere	3 819	Hjartdal
600-1999 innbyggere	3 822	Nissedal
600-1999 innbyggere	3 823	Fyresdal
600-1999 innbyggere	4 217	Åmli
600-1999 innbyggere	4 218	Iveland

600-1999 innbyggere	4 220	Bygland
600-1999 innbyggere	4 226	Hægebostad
600-1999 innbyggere	4 620	Ulvik
600-1999 innbyggere	4 634	Masfjorden
600-1999 innbyggere	4 637	Hyllestad
600-1999 innbyggere	5 026	Holtålen
600-1999 innbyggere	5 046	Høylandet
600-1999 innbyggere	1 811	Bindal
600-1999 innbyggere	1 812	Sømna
600-1999 innbyggere	1 818	Herøy
600-1999 innbyggere	1 826	Hattfjelldal
600-1999 innbyggere	1 827	Dønna
600-1999 innbyggere	1 828	Nesna
600-1999 innbyggere	1 834	Lurøy
600-1999 innbyggere	1 836	Rødøy
600-1999 innbyggere	1 838	Gildeskål
600-1999 innbyggere	1 839	Beiarn
600-1999 innbyggere	1 845	Sørfold
600-1999 innbyggere	1 859	Flakstad
600-1999 innbyggere	1 874	Moskenes
600-1999 innbyggere	3 039	Flå
600-1999 innbyggere	3 425	Engerdal
600-1999 innbyggere	3 454	Vang
600-1999 innbyggere	4 221	Valle
600-1999 innbyggere	4 224	Åseral
600-1999 innbyggere	4 636	Solund
600-1999 innbyggere	5 020	Osen
600-1999 innbyggere	5 042	Lierne
600-1999 innbyggere	5 044	Namsskogan
600-1999 innbyggere	5 049	Flatanger
600-1999 innbyggere	5 413	Ibestad
600-1999 innbyggere	5 414	Gratangen
600-1999 innbyggere	5 415	Loabák - Lavangen
600-1999 innbyggere	5 420	Dyrøy

			Storfjord-Omasvuotna-	
600-1999 innbyggere			5 425	Omasvuono
600-1999 innbyggere			5 429	Kvænangen
600-1999 innbyggere			5 432	Loppa
600-1999 innbyggere			5 433	Hasvik
600-1999 innbyggere			5 434	Måsøy
600-1999 innbyggere			5 438	Lebesby
600-1999 innbyggere			5 439	Gamvik
600-1999 innbyggere			5 440	Berlevåg
600-1999 innbyggere			5 442	Unjárga-Nesseby
600-1999 innbyggere			1 144	Kvitsøy
600-1999 innbyggere			1 151	Utsira
600-1999 innbyggere			1 816	Vevelstad
600-1999 innbyggere			1 835	Træna
600-1999 innbyggere			1 856	Røst
600-1999 innbyggere			4 633	Fedje
600-1999 innbyggere			5 043	Røyrvik
600-1999 innbyggere			5 052	Leka
Høyest skatteinntekter per innbygger			1 134	Suldal
Høyest skatteinntekter per innbygger			1 547	Aukra
Høyest skatteinntekter per innbygger			4 222	Bykle
Høyest skatteinntekter per innbygger			4 228	Sirdal
Høyest skatteinntekter per innbygger			4 619	Eidfjord
Høyest skatteinntekter per innbygger			4 629	Modalen
Høyest skatteinntekter per innbygger			4 641	Aurland
Høyest skatteinntekter per innbygger			5 033	Tydal

2. Vedlegg B: NCSP- og DRG-koder for tannbehandling i spesialisthelsetjenesten

Kildekodeverk	Kode	Forklaring
NCSP	EAB00	Sutur av leppe
NCSP	EAB10	Eksisjon og rekonstruksjon av leppebånd
NCSP	EAB20	Plastisk rekonstruksjon av leppe
NCSP	EAB99	Annet rekonstruksjonsinngrep på leppe
NCSP	EAW99	Annen operasjon på leppe
NCSP	EBA00	Tannekstraksjon
NCSP	EBA10	Kirurgisk eksisjon av tann
NCSP	EBA20	Hemiseksjon av tann
NCSP	EBA30	Eksisjon av tannrot
NCSP	EBA40	Eksisjon av tannrotspiss
NCSP	EBA99	Annen ekstraksjon eller reseksjon av tann
NCSP	EBB00	Reposisjon og fiksasjon av tannluksasjon
NCSP	EBB05	Reposisjon og fiksasjon av tannfraktur
NCSP	EBB10	Innsetting av tannimplantat
NCSP	EBB15	Innsetting av tannimplantatsperre
NCSP	EBB20	Tanntransplantasjon
NCSP	EBB40	Ekstraradikulær rekonstruksjon av rotkanal
NCSP	EBB99	Annet rekonstruksjonsinngrep på tann
NCSP	EBW99	Annen operasjon på tann
NCSP	EBX00	Kroneterapi
NCSP	EBX10	Tannfylling med fast materiale
NCSP	EBX20	Tannfylling med plastisk materiale
NCSP	EBX30	Rotbehandling på tann
NCSP	EBX40	Drenasje av alveolærabscess gjennom tann
NCSP	ECA00	Frilegging av tann
NCSP	ECA10	Incisjon i gingiva
NCSP	ECA20	Biopsi av gingiva
NCSP	ECA30	Eksisjon av lesjon i gingiva
NCSP	ECA40	Kirurgisk behandling av periodontal abscess
NCSP	ECA50	Periodontal operasjon

NCSP	ECA60	Fjerning av fremmedlegeme fra gingiva eller alveol
NCSP	ECA99	Annen incisjon eller eksisjon av gingiva eller alveol
NCSP	ECB00	Sutur av gingiva
NCSP	ECB05	Mukogingival rekonstruksjon
NCSP	ECB10	Rekonstruksjon av gingiva
NCSP	ECB15	Plastisk lukking av alveonasal eller alveoantral fistel
NCSP	ECB20	Processus alveolarisplastikk
NCSP	ECB30	Processus alveolarisplastikk med hud- eller mukosatransplantat
NCSP	ECB40	Kirurgisk behandling av processus alveolarisfraktur
NCSP	ECB50	Processus alveolarisplastikk med beintransplantat eller alloplastisk materiale
NCSP	ECB99	Annet rekonstruksjonsinngrep på gingiva eller processus alveolaris
NCSP	ECW99	Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris
NCSP	EFA10	Eksisjon av lesjon i kjeve
NCSP	EFA20	Dekortikasjon av kjeve
NCSP	EFA40	Fenestrasjon av kjevecyste
NCSP	EFA99	Annet reseksjonsinngrep på kjeve
NCSP	EHA10	Biopsi av ganen
NCSP	EHB00	Ekstirpasjon av lesjon i ganen
NCSP	EHC00	Sutur av ganen
NCSP	EHC10	Plastisk lukking av palatonasal eller palatoantral fistel
NCSP	EHC20	Korreksjon av arr i ganen
NCSP	EHC30	Rekonstruksjon av ganen
NCSP	EHC31	Fremre partiell rekonstruksjon av ganen
NCSP	EHC32	Bakre partiell rekonstruksjon av ganen
NCSP	EHC99	Annet rekonstruksjonsinngrep på ganen
NCSP	EHW99	Annen operasjon på ganen
NCSP	EJA00	Incisjon i tunge eller munngulv
NCSP	EJA10	Biopsi av tunge eller munngulv
NCSP	EJA20	Fjerning av fremmedlegeme fra tunge eller munngulv
NCSP	EJB00	Eksisjon av ranula
NCSP	EJB10	Ekstirpasjon av lesjon i tungen
NCSP	EJB20	Ekstirpasjon av lesjon i tungerot
NCSP	EJB30	Ekstirpasjon av lesjon i munngulv

NCSP	EJB40	Hemiglossektomi
NCSP	EJB60	Reseksjon av munngulv
NCSP	EJB99	Annet reseksjonsinngrep på tunge og munngulv
NCSP	EJC00	Sutur av tunge eller munngulv
NCSP	EJC20	Operasjon på tungebånd
NCSP	EJC30	Rekonstruksjon av tungen
NCSP	EJC40	Glossopeksi
NCSP	EJC50	Reduksjonsplastikk av tunge
NCSP	EJC99	Annet rekonstruksjonsinngrep på tunge eller munngulv
NCSP	EJW99	Annen operasjon på tunge eller munngulv
NCSP	EKA00	Incisjon i kinn
NCSP	EKA10	Biopsi av kinn
NCSP	EKB00	Ekstirpasjon av lesjon i kinn
NCSP	EKB99	Annet reseksjonsinngrep på kinn
NCSP	EKC00	Sutur av kinn
NCSP	EKC10	Fjerning av fremmedlegeme fra kinn
NCSP	EKC20	Plastisk operasjon på kinn
NCSP	EKC30	Rekonstruksjon av kinn
NCSP	EKC99	Annet rekonstruksjonsinngrep på kinn
NCSP	EKW99	Annen operasjon på kinn
NCSP	EAA00	Incisjon av leppe
NCSP	EAA10	Ekstirpasjon av lesjon i leppe
NCSP	EAA20	Reseksjon av overleppe
NCSP	EAA30	Reseksjon av underleppe
NCSP	EAA99	Annet reseksjonsinngrep på leppe
DRG	803T	Tannimplantatbehandling
DRG	1690	Prosedyrer i munnhulen, dagkirurgisk behandling
DRG	1870	Annen poliklinisk tannbehandling
DRG	903B	Poliklinisk kontakt vedr sykdommer og skader i kjeve, tenner eller munnhule

3. Vedlegg C: Komplette tabell 4.3. Hoveddiagnosegrupper ved psykisk helsevern/TSB, totalt og fordelt på kjønn. Antall og andeler for 2022.

Hoveddiagnoser	Hoveddiagnoser Gruppert	Kjønn	Psykisk helsevern/TSB	Psykisk helsevern/TSB til fylkestannhelsetjenesten	Andel psykisk helsevern/TSB som går til fylkestannhelsetjenesten
Annet	Annet	Kvinne	73 945	25 336	34 %
Annet	Annet	Mann	58 005	21 583	37 %
Annet	Annet	Total	131 950	46 919	36 %
F00-F09	Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	Kvinne	2 717	823	30 %
F00-F09	Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	Mann	2 405	685	28 %
F00-F09	Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	Total	5 122	1 508	29 %
F10-F19	Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	Kvinne	9 273	2 843	31 %
F10-F19	Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	Mann	20 712	5 821	28 %
F10-F19	Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	Total	29 985	8 664	29 %
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	Kvinne	5 462	1 661	30 %
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	Mann	7 780	2 332	30 %
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	Total	13 242	3 993	30 %
F30-F39	Affektive lidelser	Kvinne	34 723	5 581	16 %
F30-F39	Affektive lidelser	Mann	21 008	2 666	13 %
F30-F39	Affektive lidelser	Total	55 731	8 247	15 %
F40-F48	Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	Kvinne	58 623	12 074	21 %
F40-F48	Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	Mann	25 134	4 834	19 %

Hoveddiagnoser	Hoveddiagnoser Gruppert	Kjønn	Psykisk helsevern/TSB	Psykisk helsevern/TSB til fylkestannhelse-tjenesten	Andel psykisk helsevern/TSB som går til fylkestannhelse-tjenesten
F40-F48	Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	Total	83 757	16 908	20 %
F50-F59	Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	Kvinne	6 232	2 133	34 %
F50-F59	Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	Mann	786	204	26 %
F50-F59	Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	Total	7 018	2 337	33 %
F60-F69	Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	Kvinne	9 337	1 749	19 %
F60-F69	Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	Mann	5 039	686	14 %
F60-F69	Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	Total	14 376	2 435	17 %
F80-F89	Utviklingsforstyrrelser	Kvinne	6 463	3 705	57 %
F80-F89	Utviklingsforstyrrelser	Mann	9 014	5 411	60 %
F80-F89	Utviklingsforstyrrelser	Total	15 477	9 116	59 %
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	Kvinne	22 444	8 778	39 %
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	Mann	23 869	11 255	47 %
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	Total	46 313	20 033	43 %
F99	Uspesifisert psykisk lidelse	Kvinne	1 267	219	17 %
F99	Uspesifisert psykisk lidelse	Mann	751	137	18 %
F99	Uspesifisert psykisk lidelse	Total	2 018	356	18 %

4. Vedlegg D – Brev fra Den norske tannlegeforening til Datatilsynet



Den norske
tannlegeforening

Datatilsynet

Vår referanse
23/00919-2

Dato
10. november 2023

Klage på krav om innmelding av sensitive personopplysninger til bruk i analyser for Tannhelseutvalgets arbeid

Helsedirektoratet har i vedlagte brev av 26.9.23 bedt de tre største tannlegekjedene i Norge (Colosseum tannlege, Odontia AS og Oris Dental) om å melde inn helseopplysninger til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Rapporteringsfristen var opprinnelig satt til 15.10.23, men ble utsatt til 1.12.23 etter henvendelse fra virksomhetene som har blitt pålagt å melde inn opplysninger.

Den norske tannlegeforening (NTF) er en fag- og profesjonsforening som representerer det store flertallet av landets tannleger. NTF har siden forslaget om å inkludere data fra den private delen av tannhelsetjenesten i KPR var på høring i 2021, uttrykt stor bekymring rundt innlemmelsen og premisene for dette. Det samme gjorde blant annet Advokatforeningen og Datatilsynet selv. Grunnleggende rettigheter og friheter er ikke hensyntatt, og det skilles ikke mellom personvern og informasjonssikkerhet i de vurderingene som er gjort. NTF sendte sine bekymringer (vedlagt) knyttet til dette temaet til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i brev av 8.12.22, som ikke er besvart annet enn med generelle vurderinger som etter NTFs oppfatning trekker i retning av en lovgiver med manglende forståelse for den enkeltes rett til personvern.

Etter vår vurdering har KPR mange fellestrekk med «Bongdatasaken», hvor lovtekster ble vurdert uten å ta hensyn til den enkeltes rett til vern av egne personopplysninger, og uten reelle vurderinger av hva staten har behov for å vite om enkeltpersoner. Når NTF nå svarer på vegne av de tre største tannlegekjedene i Norge, er det fordi alle tannleger i privat sektor på sikt vil bli pålagt å melde inn opplysninger til registeret, et pålegg vi mener er i strid med personvernlovgivningen.

Den norske tannlegeforening
Christiania Torv 5
0158 OSLO

Postadresse:
Postboks 2073 Vika
0125 OSLO

Telefon:
+47 22 54 74 00

E-post:
post@tannlegeforeningen.no
www.tannlegeforeningen.no
Foretaksnummer: 870167962

Engangsuttrekk av helseopplysninger til analyse

Helsedirektoratet viser til at plikten til å melde inn opplysninger følger av KPR-forskriften § 3-1. Det er ingen uenighet om at plikten til å melde pasientopplysninger inn til KPR-registeret følger av denne bestemmelsen, men denne konkrete henvendelsen til virksomhetene omfatter et engangsuttrekk som etter hva vi har blitt informert om ikke skal inn i KPR-registeret. Etter hva vi har blitt informert om skal dataene slettes etter bruk. Helsedirektoratet har også meddelt virksomhetene at det kan være aktuelt å betale dem for å hente ut data, siden de nå bare skal hente data fra disse tre virksomhetene, og ikke resten av den private tannhelsetjenesten. Samlet sett tyder dette på at uttrekket ikke har noe med KPR å gjøre, og da kan man heller ikke henwise til en hjemmel som gjelder dette registeret.

Oppkoplingen til KPR er etter hva vi har blitt informert om ikke på plass, og direktoratet har vært tydelig på at dette uttrekket kun skal brukes for å levere data til Tannhelseutvalget (offentlig utvalg satt ned av regjeringen for å se på tannhelsetjenesten).

Etter vår vurdering må KPR-forskriften § 3-1 forstås slik at plikten til å melde inn opplysningene er betinget av at det foreligger et operativt register. Inntil en pilot med bruk av kunstige data er gjennomført og det er etablert nødvendige tekniske løsninger for at tannhelsevirksomhetene kan overføre opplysningene i samsvar med de krav forskriften stiller, blant annet til sikkerhet, kan vi ikke se at KPR-forskriften gir hjemmel til å utlevere opplysningene eller til å sette til side taushetsplikten.

Begrunnelse for og formålet med uttrekket

Begrunnelsen for uttrekket av pasientdata som Helsedirektoratet nå ønsker å foreta er at det er nødvendig for å «kunne levere data og analyser til Tannhelseutvalget». Det følger etter Helsedirektoratets syn av utvalgets mandat at utvalget har behov for informasjon om privat tannhelsetjeneste, og at det dermed dekkes av KPR sitt hovedformål.

Hovedformålet med KPR er etter forskriften § 1-1 andre ledd «å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester.»

Det følger imidlertid av § 1-1 tredje ledd at helseopplysninger som er samlet inn til formålene angitt i andre ledd skal kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal. Etter vår oppfatning er formålet som Helsedirektoratet viser til samsvarende med forskriftsbestemmelsens tredje ledd. Det kan ikke samles inn opplysninger til sekundærformål. I tillegg mener vi som nevnt at uttrekket ikke hører inn under forskriften i det hele tatt, men krever særskilt hjemmel i annen lovgivning.

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

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

Dataansvar og beslutningsmyndighet

Helsedirektoratet er dataansvarlig for registeret, og fastsetter hvilke tjenesteytere og hvilke konkrete opplysninger som skal meldes inn, jf. KPR forskriften § 3-2. Det er svært problematisk at dataansvarlig er den samme som fatter beslutningene om hvilke opplysninger som samles inn, for deretter å viderebehandle disse. Det medfører at det ikke er noen kontroll eller sikkerhetstiltak rundt hva som skal samles inn og hvorfor, slik at Helsedirektoratet i praksis har blankofullmakt til å samle inn det de måtte ønske fra den de måtte ønske uten videre begrunnelse.

Hva dataene skal brukes til

Helsedirektoratet opplyser at de vil analysere data med utgangspunkt i «*pasienter, og grupper av pasienter. I første omgang vil vi analysere data etter pasientenes alder, kjønn og bosted. Bosted grupperes til fylkeskommune, og kommunegrupper inndelt etter kommunestørrelse. Pris pr. utført tjeneste er lite interessant. Det relevante for Tannhelseutvalget vil være hvilke kostnader som påløper for pasientene i typiske behandlingsforløp, og årlige utgifter til tannhelsetjeneste for ulike deler av den voksne befolkningen.*»

Dette er opplysninger man ikke trenger privatpersoners sensitive helseopplysninger for å lage analyser av. Det skal hentes inn data fra de tre største kjedene i Norge, samt fra den offentlige tannhelsetjenesten Disse tre kjedene har konsentrert sin virksomhet i sentrale strøk, og en analyse som i stor grad er basert på data fra disse vil derfor gi et svært skjevt bilde av virkeligheten. Dataene vil altså ikke gi et totalbilde av befolkningen, og kunne like gjerne vært hentet inn via f.eks. en frivillig spørreundersøkelse eller tall fra SSB.

Det fremstår også som svært uklart hva dataene egentlig skal brukes til når det fremgår at pris pr utført tjeneste er «lite interessant». Etter hva som fremgår nedenfor skal disse opplysningene likevel hentes inn.

Innholdet i rapporteringen

Opplysningene som Helsedirektoratet etterspør, skal trekkes ut fra elektronisk pasientjournal i tjenestene. Uttrekket skal bestå av «*...opplysninger om virksomheten, evt. underavdeling, utførende helsepersonell, pasient og konsultasjoner (undersøkelse og behandling). For hver konsultasjon skal strukturerte data i form av journallinjer om undersøkelse, behandling og finansiering hentes ut. Fritekst inngår ikke i uttrekket.*»

Pasientene har ingen mulighet til å reservere seg mot utleveringen, og får i praksis heller ikke vite om at utleveringen finner sted.

Ansvar for pasientsikkerheten

I brev av 11.10.2023 hvor kjedene får utsettelse på innmelding av data skriver direktoratet at de ønsker at avdeling helseregistre i Helsedirektoratet skal bli invitert til et møte «for å presentere en tidsplan og tiltak med hensyn til pasientsensitivitet, konkurranse og praktisk gjennomføring.»

Det må kunne antas at det er direktoratet som har ansvar for «pasientsensitivitet» og praktisk gjennomføring. For KPR er Helsedirektoratet til sammenligning ansvarlig for å gjennomføre tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen, jf. KPR-forskriften §5-1.

NTF ber derfor om Datatilsynets vurdering av hvilke plikter den behandlingsansvarlige kan pålegge den virksomheten som kreves for opplysninger i denne sammenheng.

Oppsummering

Slik saken står krever Helsedirektoratet opplysninger om den private delen av tannhelsetjenesten for å kunne utføre analyser som skal legges til grunn for Tannhelseutvalget arbeid og bruker KPR-forskriften som hjemmelsgrunnlag for et uttrekk som ikke har noe med KPR å gjøre. Etter NTFs oppfatning passer ikke KPR-forskriften til faktum i denne saken, og gir heller ikke hjemmel i seg selv for denne formen for innhenting. Det er etter vår oppfatning heller ikke behov for å bruke data fra pasientjournaler for å lage statistikk, og det er ikke på noe tidspunkt tatt hensyn til at slike data er sensitive personopplysninger underlagt særskilte regler i personvernforordningen artikkel 9 og helsepersonelloven § 21.

NTF ber om Datatilsynets vurdering av hjemmelsgrunnlaget for å pålegge utlevering av pasientopplysninger i denne konkrete saken, og også om hvem som er ansvarlig for ivaretagelse av pasientopplysningene i denne sammenheng.

NTF ønsker også en vurdering av om inkludering av helprivate tjenester i KPR-registeret i det hele tatt er i tråd med personvernlovgivningen. For en nærmere beskrivelse av problemstillingene vises til vår bekymringsmelding til Helse- og omsorgsdepartementet.

Fristen for innlevering av data som er gitt Colosseum tannlege, Odontia AS og Oris Dental i denne konkrete saken er satt til 1. desember, det er derfor avgjørende at det iverksettes en midlertidig stansing av prosjektet frem til det er avklart om denne innhenting er lovlig.

Med vennlig hilsen
Den norske tannlegeforening

Silje Stokholm Nicolaysen
Advokatfullmektig

Vedlegg: 3. Bekymringsmelding til HOD sendt 8.12.22, brev fra Helsedirektoratet med krav om innmelding av opplysninger sendt 26.9.23, brev med innvilget utsettelse sendt fra Helsedirektoratet 11.10.23.

Kopier: Colosseum tannlege, Odontia AS og Oris Dental.

5. Vedlegg E: Tabell med antall unike personer fordelt på de fengslene inkludert i uttrekk av data, tall er total for perioden 2017-2022.

"Firmanavn"	Unike personer
Bastøy tannklinikk	507
Bergen Fengsel Tannklinikk	1648
Bodø Fengsel	636
Fengsel - Gjøvik tannklinikk	67
Fengsel - Hamar tannklinikk	297
Fengsel - Kongsvinger tannklinikk	201
Fengsel – Valdres tannklinikk	72
Fengsel - Vang tannklinikk	23
Fengsel - Åkershagan tannklinikk	62
Froland Fengsel	721
Halden Fengsel Tannklinikk	1157
Mandal Fengsel	267
Skien Fengsel	85
Tromsø Fengsel Tannklinikk	297
Trondheim Kretsfengsel Tannklinikk	1652
Åna Kretsfengsel	<4

Tannhelsetjenester i Norge

Utgitt

13.3.2024

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

E-post postmottak@helsedir.no

Forsidefoto

krediteres

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no