

Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i
tverrfaglig miljø ved sykehus
Resultater fra kartlegging på
forsøkssykehusene 2020

Mars 2021



Oppsummering

I 2012 startet Helsedirektoratet en forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (Tromsø) og St.Olavs hospital (Trondheim), mens Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (Oslo) startet i 2014 og Haukeland Universitetssykehus i 2015. Det overordnede målet med forsøksordningen var å skaffe mer kunnskap om behovet for oral helsehjelp i den norske befolkningen, og bidra til å sikre et forsvarlig helsetilbud i spesialisthelsetjenesten som inkluderer oral helse.

Forsøksordningen skulle i utgangspunktet vare i fem år, dvs. til 2017, men ble forlenget ut 2021. I mai 2019 igangsatte Helsedirektoratet en systematisk kartlegging på de fem forsøkssykehusene som en del av videreutviklingen av den sykehusodontologiske forsøksordningen. Målet med kartleggingen var å opparbeide seg mer kunnskap om behovet for sykehusodontologiske helsetjenester.

Kartleggingen på forsøkssykehusene pågikk fra januar til desember 2020, men som følge av covid-19 ble datainnsamlingen midlertidig stoppet på flere avdelinger og redusert på andre avdelinger mellom april og august. Totalt ble det samlet inn data fra 2 664 pasienter på alle forsøkssykehusene. På grunn av begrensninger i muligheten til å undersøke pasientene, samt feilregistreringer og manglende registreringer i sentrale variabler, ble utvalget redusert til 1 996 pasienter.

Resultatene fra kartleggingen viser at det er et behov for orale helsetjenester blant pasientene som deltok i kartleggingen. Sykehusene angir at om lag 70 pst. av pasientene har samlet sett behov eller omfattende behov for tannbehandling. Resultatene viser at det ikke er tydelige forskjeller i behandlingsbehov mellom mannlige og kvinnelige pasienter, og at behovet for tannbehandling øker med alder, hvor behovet er størst blant pasientene over 70 år. Andelen pasienter som har behov for tannbehandling, er relativt lik for de fleste diagnosegruppene i utvalget. Pasienter med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (kap. V) skiller seg litt ut ved at de har størst tannbehandlingsbehov blant diagnosegruppene.

Kartleggingen viser at sykehusene har vurdert at 32 pst. av pasientene i utvalget som har behov eller omfattende behov for tannbehandling, må behandles helt eller delvis på sykehus. Resultatene er relativt likt for flere av diagnosegruppene. Diagnosegruppen som skiller seg mest ut er pasienter med svulster (kap. II), hvor behovet for behandling på sykehus er markant større enn i de andre diagnosegruppene. Vedrørende alder har sykehusene vurdert at behovet for å utføre behandlingen på sykehuset er størst blant barn under 18 år og minst blant pasienter over 70 år.

Kartleggingen viser at det er behov for ulike typer tannbehandling blant pasientene. Sykehusene har vurdert at om lag halvparten av pasientene i utvalget har behov for hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak, samt scaling og puss, mens i overkant av 1/3 av pasientene har behov for infeksjonsforebyggende behandling. Pasienter med svulster (kap. II) har større behov for infeksjonsforebyggende tiltak, munnstell og lindrende behandling i munnhulen enn pasientene i de andre diagnosegruppene.

Resultatene fra kartleggingen støtter oppunder og delvis nyanserer de kvalitative funnene i evalueringen av forsøksordningen fra 2019, som avdekket at det er et behov for orale helsetjenester på sykehus. I evalueringen fra 2019 var analysene i hovedsak basert på sykehusenes behandling av henviste pasienter til forsøksordningen, mens i denne kartleggingen har odontologisk personell gått bredere ut og oppsøkt pasienter på avdelinger og sengeposter på sykehusene. Kartleggingen supplerer derfor de kvalitative funnene fra evalueringen og viser at det er stort behov for odontologiske helsetjenester blant de kartlagte pasientgruppene.

I evalueringen i 2019 ble det drøftet hvem som kan få tilbud om oral behandling på sykehus. Disse pasientene gikk under paraplyen «Den sykehusodontologiske pasienten». Vår vurdering er at denne definisjonen står seg som et godt utgangspunkt i det videre arbeidet med å utvikle de sykehusodontologiske helsetjenestene. Evalueringen pekte også på andre temaer og problemstillinger som bør adresseres, herunder at grenseskillene mellom aktørene i den odontologiske sektoren burde gjennomgås grundig og at mulighetene for et forsvarlig og velfungerende finansieringssystem burde utredes. Vår vurdering er at arbeidet med disse temaene/problemstillingene bør igangsettes, hvor det er særskilt viktig at grenseskillene mellom aktørene i den odontologiske sektoren gjennomgås. Parallelt med dette arbeidet, anbefales det at Helsedirektoratet tar initiativ til å starte en utredning om hvordan sykehusodontologiske tjenester kan innrettes. En slik utredning bør følge utredningsinstruksen for statlige tiltak, som har som formål å sikre gode beslutningsgrunnlag før statlige tiltak iverksettes.

1. Introduksjon

Helse- og omsorgsdepartementet ga oppdrag til Helsedirektoratet i 2011 om å beskrive en forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. Helsedirektoratet startet forsøksordningen i 2012 med Universitetssykehuset i Nord-Norge (Tromsø) og St.Olavs hospital (Trondheim), mens Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (Oslo) startet i 2014 og Haukeland Universitetssykehus i 2015. Ordningen skulle i utgangspunktet vare i fem år, dvs. til 2017, men ble forlenget ut 2021. Det overordnede målet med forsøksordningen var å skaffe mer kunnskap om behovet for oral helsehjelp i den norske befolkningen, og bidra til å sikre et forsvarlig helsetilbud i spesialisthelsetjenesten som inkluderer oral helse.

I 2018 fikk PwC i oppdrag å gjennomføre en evaluering av forsøksordningen. Sluttrapporten fra evalueringen ble levert til Helsedirektoratet i mars 2019, og den belyste flere utfordringer som ble observert gjennom dokumentstudier og gjennomføring av intervjuer og spørreundersøkelse. PwC la frem flere anbefalinger, hvor en av hovedanbefalingene var at forsøksordningen ble videreført ved at det ble etablert en ny fase av forsøksordningen. En av hensiktene med å etablere en ny fase var å systematisere kunnskapen og datainnsamlingen i langt større grad, herunder hvilke pasientgrupper som burde omfattes av tjenestetilbudet, type og omfang av behandlingen og hvilke type odontologisk personell som burde inngå i det orale helsetilbudet. Evalueringen anbefalte også flere forhold som burde adresseres i den nye fasen:

- Det burde utarbeides en definisjon på hvem den sykehusodontologiske pasienten er, dvs. hvem som skal få tilbud om oral behandling på sykehus
- Grenseskillene mellom aktørene i den odontologiske sektoren burde gjennomgås grundig - det vil bidra til å forberede grunnen til å gjennomgå lovverket og tilpasse det til dagens organisering av det orale helsetilbudet, hvor pasientenes rettigheter til et sykehusodontologisk helsetilbud kommer tydelig frem
- Det burde tenkes mer helhetlig i oppbyggingen av det odontologiske sykehusstilbudet, og se forsøksordningen og eksisterende odontologisk helsepersonell på sykehusene under ett
- Det burde igangsettes et arbeid med å utvikle et journalsystem som er dekkende for det sykehusodontologiske personellet
- Mulighetene for et forsvarlig og velfungerende finansieringssystem burde utredes, hvor valg av system tar hensyn til hvordan myndighetene ønsker å organisere tilbudet av orale helsetjenester og evt. endringer i lovverket og rettigheter til behandling

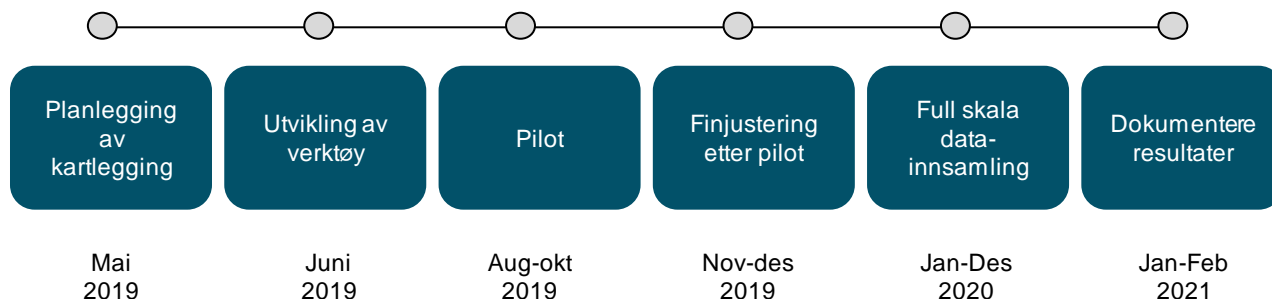
I mai 2019 igangsatte Helsedirektoratet en systematisk kartlegging på forsøkssykehusene som en del av videreutviklingen av forsøksordningen. Målet med kartleggingen er å opparbeide seg mer kunnskap om behovet for sykehusodontologiske helsetjenester, som kan inngå i beslutningsgrunnlaget for å avgjøre om det skal opprettes et permanent sykehusodontologisk helsetilbud. PwC bistod Helsedirektoratet i planleggingen og gjennomføringen av kartleggingen. Denne rapporten redegjør for resultatene fra kartleggingen.

Helsedirektoratet har vurdert kartleggingen ut fra § 26 i helsepersonelloven, og anser kartleggingen som et kvalitetssikringsprosjekt som ble etablert ved hvert forsøkssykehus og forankret i virksomhetenes ledelse. Datainnsamlingen er godkjent av personvernombudet på sykehusene.

2. Tilnærming og gjennomføring

2.1 Overordnet tilnærming i kartleggingen

Kartleggingen ble gjennomført i seks faser, jf. figur 1.



Figur 1 Overordnet tilnærming i kartleggingen

I den første fasen ble kartleggingen **planlagt**. Helsemyndighetene gjennomførte flere arbeidsmøter med odontologisk personell fra forsøkssykehusene og PwC. Sentrale temaer som ble drøftet var formålet med kartleggingen, fordeling av roller og ansvar, praktisk gjennomføring av datainnsamlingen, utvalg av pasientgrupper og utforming av kartleggingsskjemaet.

Etter planleggingen ble det utviklet **verktøy** til bruk i datainnsamlingen, herunder selve kartleggingsskjemaet og rutiner for undersøkelse, innsending av skjemaer, punching og framstilling av resultatene fra kartleggingen. I tillegg ble det utviklet digitale verktøy til visualisering og rapportering av resultatene i Power BI.

Før datainnsamlingen ble igangsatt i full skala, ble det gjennomført en **pilot** på alle forsøkssykehusene. Hensikten med piloten var å teste opplegget for å samle inn data og sammenstillingen av datamaterialet. Etter piloten ble opplegget finjustert, herunder mindre endringer i registreringskjemaet og oppdatering av rutiner for innsamling av data. Det ble også utviklet en veileder til utfylling av kartleggingsskjemaet med eksempler fra de første utfylte skjemaene.

Etter finjusteringen av opplegget, ble datainnsamlingen igangsatt i **full skala** på alle forsøkssykehusene. Kartleggingen pågikk fra januar til desember 2020, men som følge av covid-19 ble datainnsamlingen midlertidig stoppet og redusert på flere av avdelingene på sykehusene mellom april og august. Datainnsamlingen ble avsluttet medio desember 2020.

Etter at datainnsamlingen var ferdigstilt, ble datamaterialet analysert og resultatene **dokumentert** og fremstilt i denne rapporten. I analyseprosessen ble det gjennomført arbeidsmøter for å drøfte funnene i kartleggingen. Gjennom kartleggingen har det også vært gjort analyser av foreløpige resultater og Helsemyndighetene gjennomførte innspillmøter med forsøkssykehusene, herunder prosjektledere, odontologisk personell og representanter fra sykehusledelsen.

2.2 Praktisk gjennomføring av datainnsamlingen

Overordnet ble kartleggingen gjennomført likt for alle forsøkssykehusene. Odontologisk personell tilknyttet forsøksordningen på sykehusene fylte manuelt ut et skjema for hver pasient. Skjemaene ble deretter samlet inn på tvers av sykehusene og digitalisert. Kartleggingskjemaet var delt inn i 6 deler:

1. Personalia
2. Generell anamnese
3. Type undersøkelse
4. Odontologisk anamnese
5. Klinisk undersøkelse av munnhule (voksne og barn)
6. Behov for behandling i munnhule etter undersøkelse

Opplysningene om pasientene i skjemaet var anonymisert ved at de ikke inneholdt navn og fødselsnummer. Kartleggingskjemaet er vedlagt rapporten, jf. vedlegg C.

Ettersom det ikke var mulig å kartlegge alle pasienter på alle forsøkssykehusene, ble det gjort et utvalg av pasienter på hvert sykehus. Ettersom det odontologiske personellet i stor grad måtte oppsøke avdelingene på sykehusene for å komme i kontakt med pasientene – som var en ressurskrevende prosess med etablering av kontakt, utforming av rutiner for utvelgelse av pasienter, undersøkelse osv. – ble utvalget av pasienter på sykehusene i hovedsak gjort på avdelingsnivå. Omfanget av kartleggingen ble tilpasset kapasiteten til det odontologiske personellet i forsøksordningen.

Tabell D.1-D.5 i vedlegg D beskriver nærmere den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen på hvert av forsøkssykehusene.

3. Resultater fra kartleggingen

I dette kapittelet presenteres resultatene fra kartleggingen. Først gjennomgås avgrensninger i analysegrunnlaget og deretter resultatene. Det er delt mellom karakteristikker ved utvalget og spørsmål knyttet til behovet for behandling i munnhulen. Enkelte av resultatene er presentert i vedlegg A-C, og utvalgte analyser av datamateriale er presentert i kapittel 4.

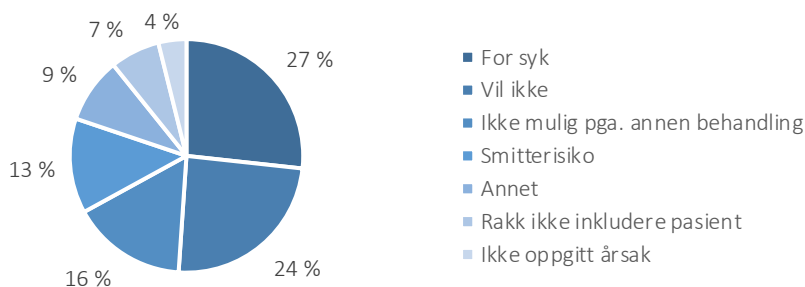
3.1 Avgrensninger i utvalget

I kartleggingen ble det totalt samlet inn data fra 2664 pasienter på alle sykehusene. Som følge av begrensninger i muligheten til å undersøke pasientene i tannlegestol eller sykehusseng, samt feilregistreringer og manglende registreringer i sentrale variabler, ble utvalget redusert til 1996 pasienter, jf. tabell 1.

Tabell 1 Utvalgsstørrelse

Utvalg	Antall
Pasienter kartlagt totalt	2664
Ikke registrert kjønn, alder og grunndiagnose ved innleggelse/undersøkelse	142
Ikke registrert forsøkssykehus eller feilregistrert tidspunkt for kartlegging	93
Ikke registrert undersøkelsestype	51
Ikke undersøkt eller kun foretatt klinisk inspeksjon	464
Totalt antall pasienter i utvalget	1996

For pasientene som ikke ble undersøkt i tannlegestol eller sykehusseng, eller kun fikk gjennomført en kort klinisk inspeksjon, er hovedårsakene til dette at de var for syke, at de ikke ønsket, at det ikke var mulig å foreta undersøkelse pga. annen behandling og risiko for smitte, jf. figur 2.



Figur 2 Årsaker til at pasienter ikke ble undersøkt¹

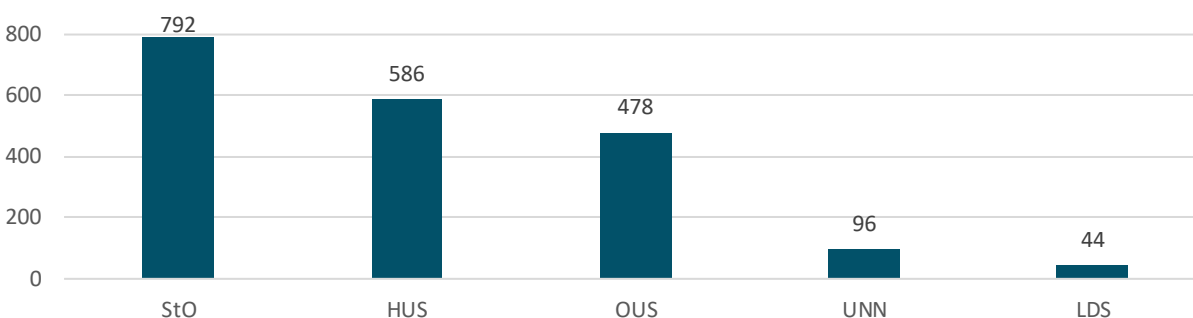
¹ N=464 pasienter.

I tillegg til de nevnte feil-/manglende registreringene i sentrale variabler, foreligger det sporadiske feil-/manglende registreringer i andre mindre sentrale variabler. Siden disse foreligger sporadisk i datamateriale er pasientene som er omfattet inkludert i hovedutvalget, men ekskludert når resultatene fra de aktuelle variablene er fremstilt. Utvalgsstørrelsen til hver variabel er angitt i figurene og tabellene.

3.2 Karakteristikk ved utvalget

Kartlagte pasienter på sykehusene

Figur 3 viser at det er stor forskjell i datainnsamlingen mellom forsøkssykehusene. St. Olavs, Haukeland universitetssykehus (HUS) og Oslo Universitetssykehus (OUS) har gjennomført flest undersøkelser. Lovisenberg sykehus (LDS) har hatt utfordringer med gjennomføringen av kartleggingen som følge av covid-19 og andre uforutsette årsaker, mens Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har hatt mindre kapasitet til kartlegging enn de andre forsøkssykehusene.

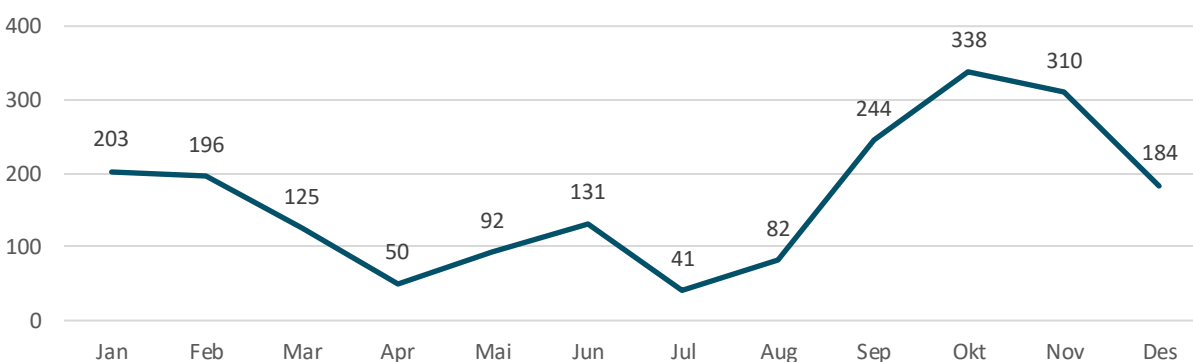


Figur 3 Kartlagte pasienter på forsøkssykehusene¹

¹ N=1996 pasienter.

Kartlegging over tid

Kartleggingen pågikk fra januar til desember 2020, men som følge av covid-19 ble datainnsamlingen midlertidig stoppet på enkelte avdelinger og redusert på andre avdelinger mellom april og august, jf. figur 4. Før covid-19-tiltakene ble vedtatt i mars ble det gjennomført rundt 200 undersøkelser per måned. I september økte antallet undersøkelser betydelig og antallet ble liggende høyt ut året. Siden kartleggingen ble avsluttet medio desember er antallet registreringer i desember lavere enn de foregående månedene.

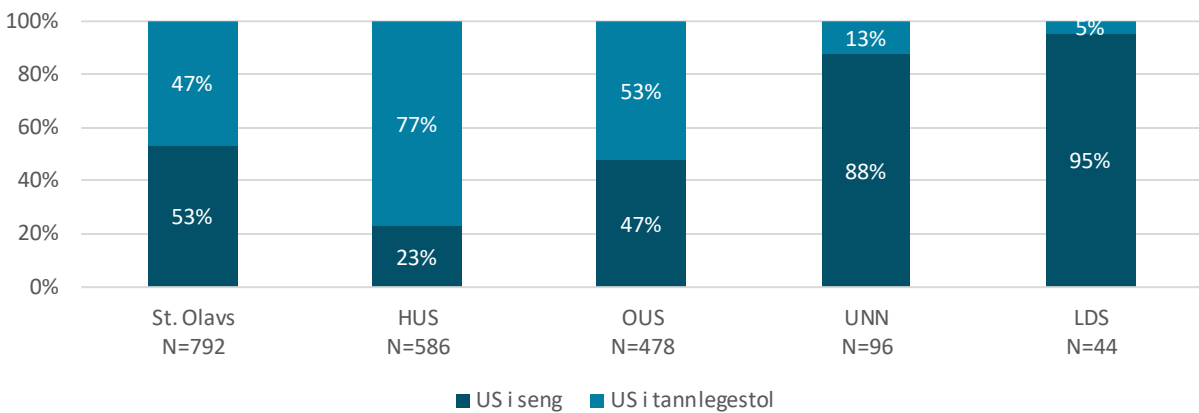


Figur 4 Kartlegging over tid¹

¹ N=1996 pasienter.

Type undersøkelse

I kartleggingen ble det gjennomført undersøkelser i både seng og tannlegestol, jf. figur 5. HUS har gjennomført flest undersøkelser i tannlegestol, mens St. Olavs og OUS har gjennomført om lag like mange undersøkelser i seng som i tannlegestol. UNN og LDS har flest undersøkelser i seng, ved UNN skyldes det at undersøkelsene ble gjennomført ute på avdelingene.

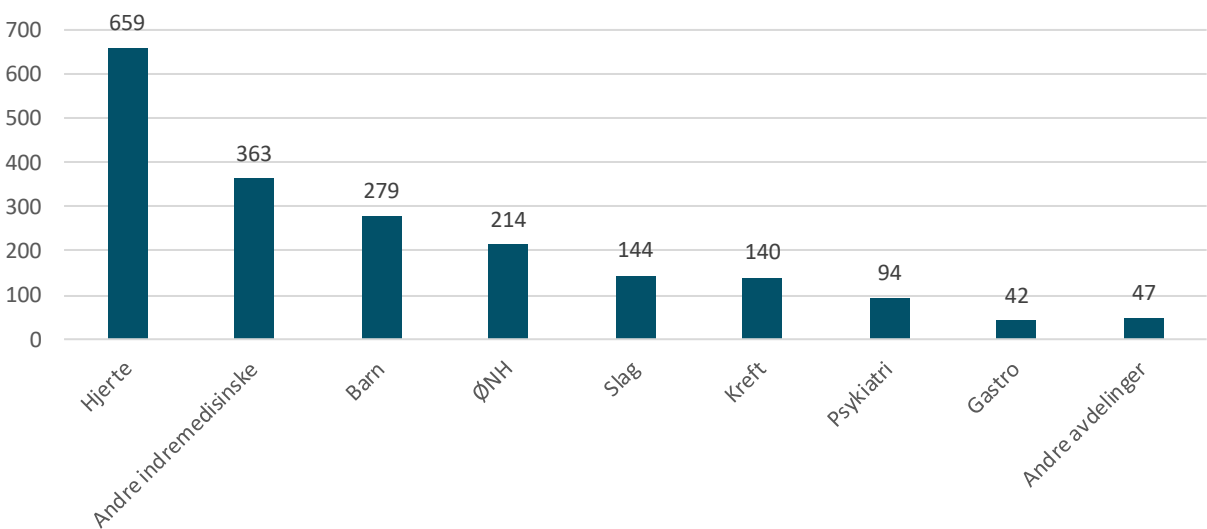


Figur 5 Type undersøkelse gjennomført¹

¹ N=1996 pasienter.

Sykehusavdeling

I samarbeid med sykehusene gjennomførte Helsedirektoratet en kategorisering av sykehusenes avdelinger for å kunne sammenstille resultatene på tvers av sykehusene. Figur 6 viser at de fleste undersøkelsene ble gjennomført på hjerteavdelinger etterfulgt av andre indremedisinske avdelinger. Avdelingen omfatter blant annet infeksjon, lunge og geriatri. Barneavdelingene omfatter blant annet BTXS avdelingene på Rikshospitalet og HABU-avdelingen på HUS.



Figur 6 Sykehusavdeling ¹

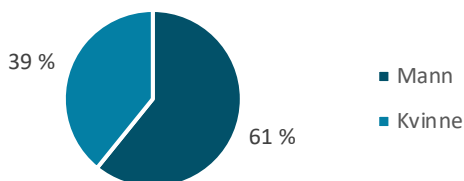
¹ N=1982 pasienter.

Generell anamnese

Under generell anamnese har kartleggingen registrert pasientenes kjønn, alder, antall faste medisiner pasientene benytter og grunndiagnosen ved innleggelse/tidspunkt for undersøkelse. Disse benyttes senere for å se nærmere på behovet for tannbehandling.

Kjønn

I kartleggingen har det blitt undersøkt flere menn enn kvinner, jf figur 7. Kjønnforskjellen er størst for voksne i alderen 19-69 år (65 vs 35 pst.) og for personer over 70 år (60 vs 40 pst.), mens for barn og unge under 18 år er kjønnforskjellen mindre fremtredende (53 vs 47 pst.).

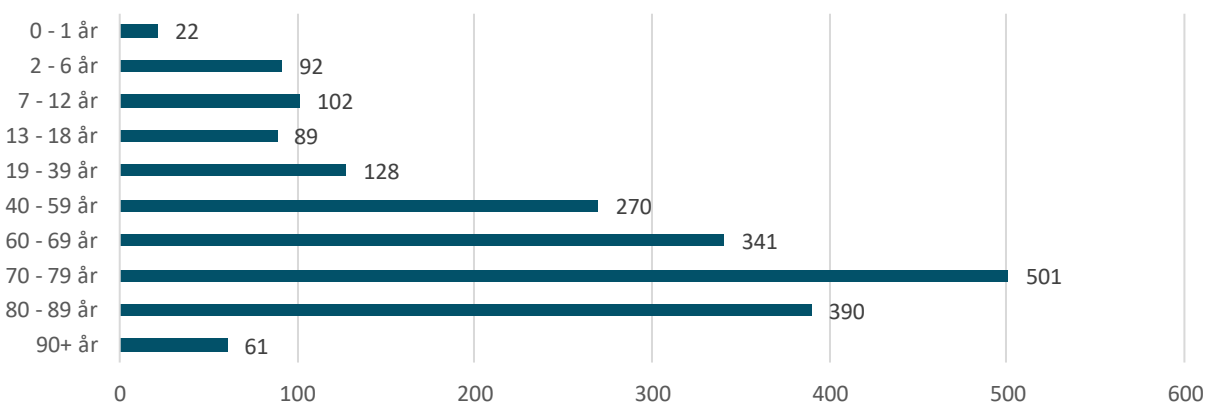


Figur 7 Kjønn¹

¹ N=1993 pasienter. 3 personer har svart «ikke aktuelt».

Alder

Figur 8 viser antall undersøkelser fordelt på aldersgrupper. Det er gjennomført flest undersøkelser i aldersgruppen 70-79 år, etterfulgt av aldersgruppene 80-89 år og 60-69 år. Blant barn (0-18 år) er aldersgruppe relativt like store bortsett fra den yngste aldersgruppen (0-1 år) som er relativt liten i størrelse.

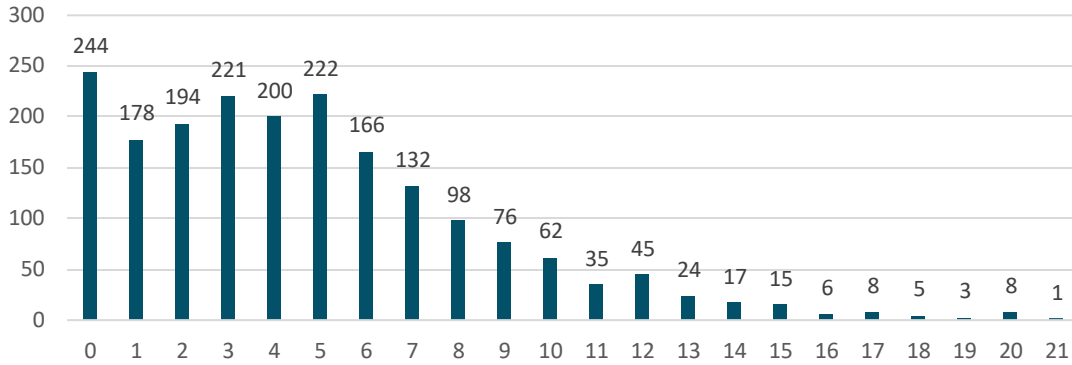


Figur 8 Alder¹

¹ N=1996 pasienter.

Antall faste medisiner

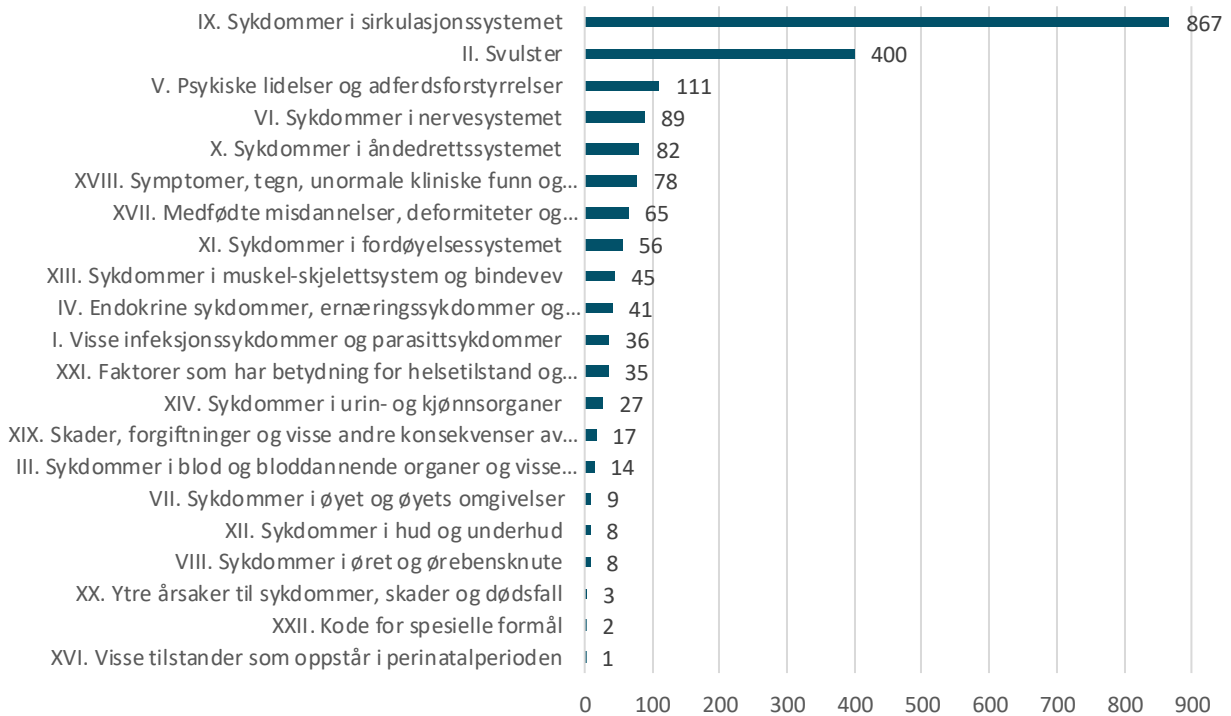
Litt over 10 pst. av pasientene som inngår i kartleggingen tar ingen faste medisiner, jf. figur 9. Blant pasientene som tar medisiner fast, øker andelen pasienter fra en til tre medisiner, for deretter å flate ut. Fra seks faste medisiner synker antall pasienter jevnt, og kun ett fåtall pasienter tar mer enn 5 medisiner fast. Når vi deler utvalget etter alder, er medisinbruken betydelig høyere blant voksne (18+ år) enn blant barn og unge (0-18 år). Eldre pasienter (over 70 år) er overrepresentert blant pasientene som tar 4 faste medisiner eller mer.



Figur 9 Antall faste medisiner¹
¹ N=1961.

Grunddiagnose ved innleggelse/behandling i poliklinikk

Figur 10 gir en oversikt over pasientenes grunddiagnose ved innleggelse på sykehus/behandling i poliklinikk. Av de undersøkte pasientene er det markant flest pasienter i kapittel IX «Sykdommer i sirkulasjonssystemet» (43 pst.), dvs. hjerte- og karsykdommer. Den største enkelt diagnosen i gruppen er aortastenose, som i overkant av halvparten av pasientene i gruppen er diagnostisert med. Den nest største diagnosegruppen er kapittel II «Svulster» (20 pst.), hvor de største enkelt diagnosene er ulike varianter av leukemi og svulster i lungene. Den tredje største diagnosegruppen er kapittel V «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» (6 pst.).



Figur 10 Grunddiagnose ved innleggelse/behandling i poliklinikk¹
¹ N=1994.

Odontologisk anamnese

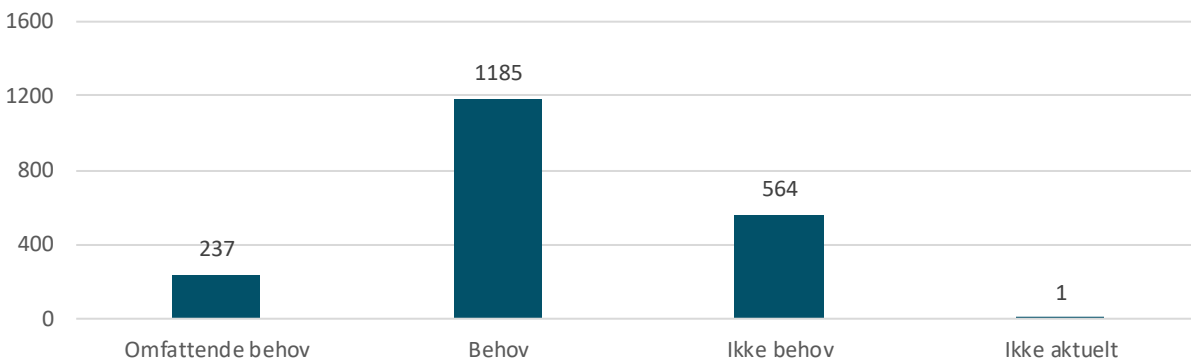
Resultatene fra den odontologiske anamnesen er presentert i vedlegg A. Resultatene viser bl.a. at 75 pst. av pasientene i utvalget går regelmessig til tannlege, ref. figur A.3.

3.3 Behov for behandling i munnhulen

For å avdekke behovet for behandling i munnhulen har kartleggingen registrert det samlede behovet for tannbehandling blant pasientene, samt om behandlingen bør gjennomføres på sykehus eller privat tannklinikk. I tillegg er det registrert hvilken type behandlingsbehov pasientene har, uavhengig av hvor behandling bør finne sted.

Samlet behov for behandling

Andelen pasienter som har behov og omfattende behov for tannbehandling etter undersøkelse er i overkant av 70 pst., jf. figur 11. Denne andelen har vært stabil gjennom hele kartleggingsperioden. Antall pasienter som inngår i kartleggingen som har omfattende behov for tannbehandling er om lag 12 pst.



Figur 11 Samlet behov for tannbehandling¹

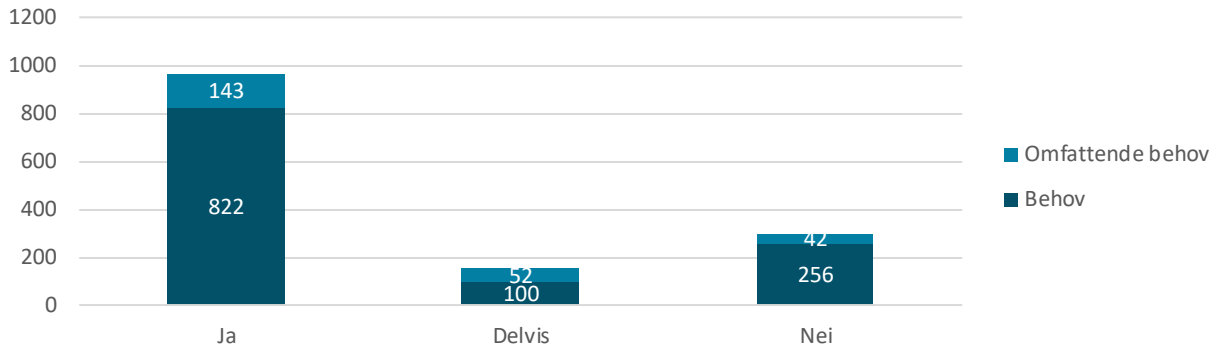
¹ N=1987.

² Omfattende behov for tannbehandling innebærer at pasientene har behov for behandling av minst 5 karieslesjoner med fylling eller behov for periobehandling av > 2 tenner i ≥ 2kvadranter eller erstatning av tapt premolar(en eller flere) eller fortann(en eller flere).

Hvor bør tannbehandlingen utføres

For pasientene som har et behov og omfattende behov for tannbehandling, har kartleggingen registrert om den nødvendige behandlingen kan utføres ute på en lokal tannklinikk på en medisinsk trygg, samt effektiv måte for pasienten. Er svaret **ja** er vurderingen på sykehusene at tannbehandlingsbehovet kan utføres ute på en lokal tannklinikk, mens er svaret **nei** eller **delvis** er vurderingen at tannbehandlingsbehovet må utføres helt eller delvis på sykehus.

Resultatene fra kartleggingen viser at det odontologiske personellet har vurdert at flertallet av pasientene som har et tannlegebehov, kan motta tannbehandling utenfor sykehuset, jf. figur 12. Det er sykehusenes vurdering at 32 pst. av pasientene må behandles helt eller delvis på sykehus (dvs. «nei» og «delvis»). Dersom vi deler opp tannbehandlingsbehovet i «omfattende behov» og «behov», er andelen som må behandles helt eller delvis på sykehus høyere blant pasientene som har omfattende behov for behandling enn de som har behov (hhv. 40 og 30 pst.).



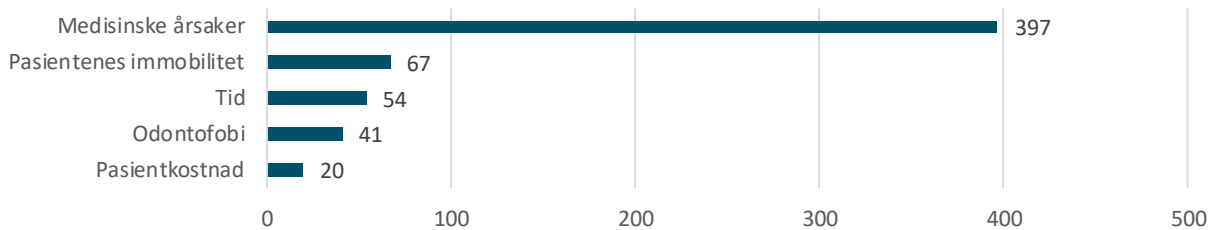
Figur 12 Hvor bør tannbehandlingen utføres¹

¹ N=1421.

Årsaker til at tannbehandlingsbehovet må utføres helt eller delvis på sykehus

Av pasientene som ble registrert med dette behovet (dvs. «nei» og «delvis»), var medisinske årsaker den desidert viktigste årsaken (88 pst.), jf. figur 12. Blant de andre årsakene var det mindre forskjeller med andeler på mellom 5 og 15 pst.

I kartleggings skjemaet var det mulig å krysse av for flere årsaker, og om lag 1/3 av pasientene var registrert med mer enn en årsak. Blant annet hadde flere pasienter medisinske årsaker i kombinasjon med andre årsaker, som pasientens immobilitet (11 pst.) og tid (9 pst.).



Figur 13 Årsaker til tannbehandling helt eller delvis på sykehus¹

¹ N=450.

Type behov for tannbehandling

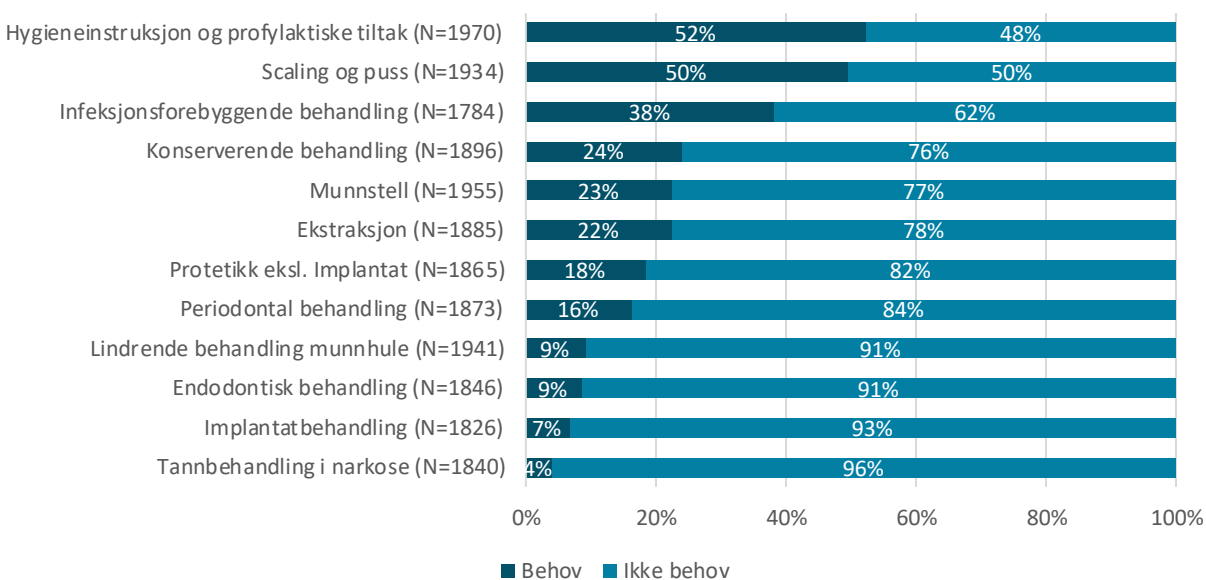
Sykehusene har også kartlagt hvilke type behandling det er behov for. Tabell 2 gir en oversikt over de ulike typene tannbehandlingene det er behov for, dvs. behandlinger som omfatter tenner og munnhule.

Tabell 2 Typer tannbehandlingsbehov

Type behov	Forklaring
Hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak	Forebyggende tiltak mot tannsykdom
Scaling og puss	Fjerne tannstein og bakteriebelegg
Infeksjonsforebyggende behandling	Fjerne infeksjonsfoci
Konserverende behandling	Fyllingsterapi ved karies
Munnstell	Munnstell gitt av tannhelsepersonell, grunnet symptomer og/eller redusert almenntilstand
Ekstraksjon	Trekke tenner
Protetikk ekskl. implantat	Kroner, broer, avtagbare proteser
Periodontal behandling	Behandling av tannkjøttesykdom
Lindrende behandling	Smertestillende, skylling etc. ved smerter i slimhinne-tunge
Endodontontisk behandling	Rotfylling

Kartleggingen viser at det er ulike behandlingsbehov blant pasientene, jf. figur 14. Det odontologiske personellet har vurdert at om lag halvparten av pasientene i utvalget har behov for hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak, samt scaling og puss. I tillegg har i overkant av 1/3 av pasientene behov for infeksjonsforebyggende behandling. Behandlingen som det er minst behov for er tannbehandling i narkose (4 pst.). Denne «behandlingstypen» er imidlertid litt annerledes enn de andre kategoriene ettersom den ikke spesifiserer hvilke type behandling det er behov for, men hvordan behandlingen skal finne sted (dvs. i narkose).

I kartleggingsskjemaet var mulig å krysse av for flere typer behandlinger. De fleste pasientene ble vurdert til å ha mer enn et behandlingsbehov utover de mer enkle behandlingene som hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak og lindrende behandling i munnhulen. Om lag 15 pst. av pasientene hadde behov for konserverende behandling i kombinasjon med hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak, samt scaling og puss. Om lag 10 pst. hadde behov for protetikk ekskl. implantat i kombinasjon med hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak, samt scaling og puss.



Figur 14 Type behov for tannbehandling

4. Utvalgte analyser

I dette kapittelet presenteres noen utvalgte analyser om det samlede behovet for tannbehandling, sted for tannbehandling og type tannbehandlingsbehov. Det er ikke forsøkt å avdekke kausale sammenhenger ettersom kartleggingen ikke er en vitenskapelig undersøkelse hvor metodevalg og fremgangsmetode har som formål å avdekke kausale effekter. Eventuelle sammenhenger avdekket i analysene kan derfor være kausale og/eller spuriøse sammenhenger, men dette kan vi ikke skille mellom. Avslutningsvis er det gjort en sammenligning av hjertepasienter på Haukeland universitetssykehus og St.Olavs Hospital.

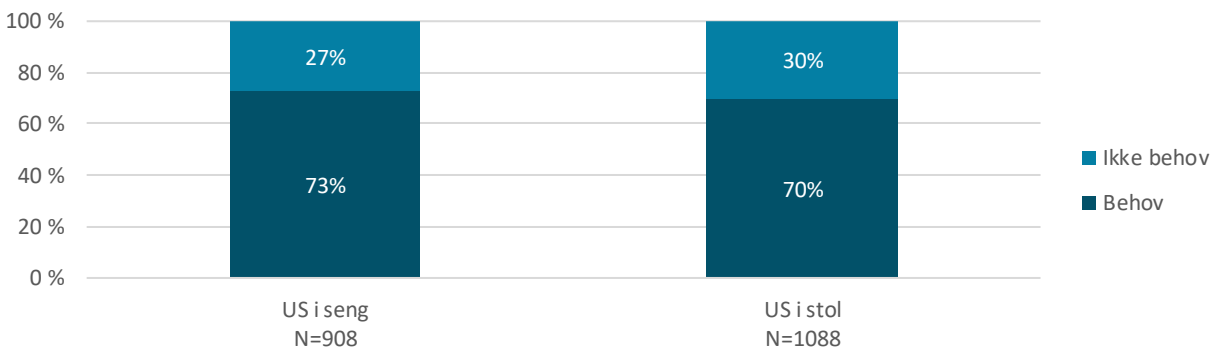
4.1 Nærmere om samlet behov for tannbehandling

For å studere det samlede behovet for tannbehandling har vi sett nærmere på følgende variabler: Undersøkellesmetode, kjønn, alder, antall faste medisiner og grunddiagnose.

Undersøkellesmetode

I kartleggingen ble det gjennomført undersøkelser i både seng og tannlegestol. Resultatene viste stor variasjon i undersøkelsesmetode mellom forsøkssykehusene og at det samlet sett var flest pasienter som ble undersøkt i tannlegestol, jf. figur 5. For å utelukke eventuelle systematiske skjevheter som følge av fremgangsmetoden i kartleggingen, har vi undersøkt hvorvidt vurderingen av pasientenes samlede behov varierer på tvers av undersøkelsesmetode, jf. figur 15. Figuren viser at det samlede behovet for tannbehandling ikke er vesentlig forskjellig mellom pasienter som har blitt undersøkt i seng og i tannlegestol. Andelen pasienter med behov er marginalt større blant pasientene som er undersøkt i seng, men forskjellen er trolig ikke statistisk signifikant.

Dersom vi deler opp tannbehandlingsbehovet i «omfattende behov» og «behov», jf. figur 11, er det heller ingen vesentlig forskjell mellom pasienter som har blitt undersøkt i seng og i tannlegestol. For pasienter med omfattende behov er andelen 13 og 11 pst. i hhv. i seng og tannlegestol, mens for pasienter med behov er andelen 60 og 59 pst. i hhv. seng og tannlegestol.



Figur 15 Samlet behov for tannbehandling fordelt etter undersøkelsesmetode^{1,2}

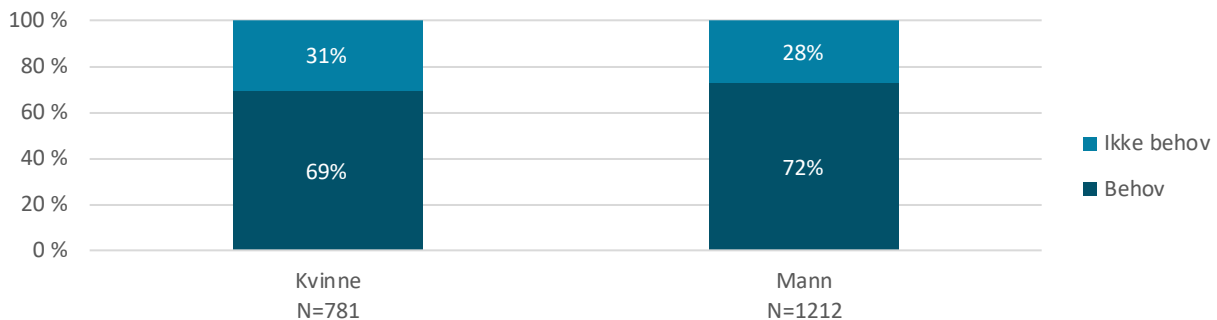
¹ N=1996.

² Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling, jf. figur 11.

Kjønn

I kartleggingen er det en overvekt av mannlige pasienter (61 pst. menn og 39 pst. kvinner). Når vi sammenligner det samlede behovet for tannbehandling på tvers av kjønnene, er det imidlertid ingen store kjønnsforskjeller i behandlingsbehovet, jf. figur 16. Menn har samlet sett et marginalt større behov for tannbehandling enn kvinner, men forskjellen er trolig ikke statistisk signifikant.

Dersom vi deler opp tannbehandlingsbehovet i «omfattende behov» og «behov», jf. figur 11, er det heller ingen ikke store kjønnsforskjeller. 11 pst. av de kvinnelige pasientene og 13 pst. av de mannlige pasientene har «omfattende behov» for tannbehandling, mens 59 og 60 pst. av hhv. kvinner og menn har «behov» for tannbehandling.



Figur 16 Samlet behov for tannbehandling fordelt etter kjønn^{1,2}

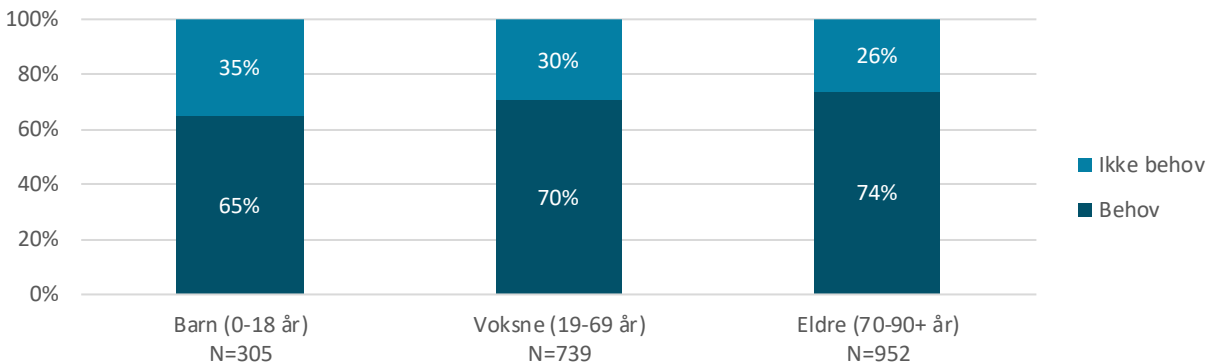
¹ N=1993.

² Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling jf. figur 11.

Alder

I kartleggingen har yngre og eldre pasienter blitt registrert i relativt finmaskede aldersintervaller.¹ I enkelte av aldersintervallene er det imidlertid ikke registrert tilstrekkelig antall pasienter til at vi kan se nærmere på behovet for tannbehandling innenfor de registrerte aldersintervallene. Vi har derfor valgt å gruppere pasientene i tre aldersgrupper: Barn (0-18 år), voksne (16-69 år) og eldre (70-90+ år) pasienter. Fordelt på de tre aldersgruppene, viser figur 17 at det samlede behovet for tannbehandling øker med alder og at behovet er størst blant pasientene over 70 år. Denne observasjonen kan ha flere årsaker. Den generelle helsetilstanden i befolkningen har blitt bedre over tid, inkludert tannhelsen. Blant annet har fluortannpastaen blitt innført og man har fått bedre pussevaner. Videre har eldre mennesker i gjennomsnitt flere sykdommer og lidelser enn yngre mennesker. Både sykdommer og behandling av sykdommer kan påvirke tannhelsen negativt.

¹ Aldersintervallene i kartleggingskjemaet: 0-1 år, 2-6 år, 7-12 år, 13-18 år, 19-39 år, 40-59 år, 60-69 år, 70-79 år, 80-89 år og 90+ år.

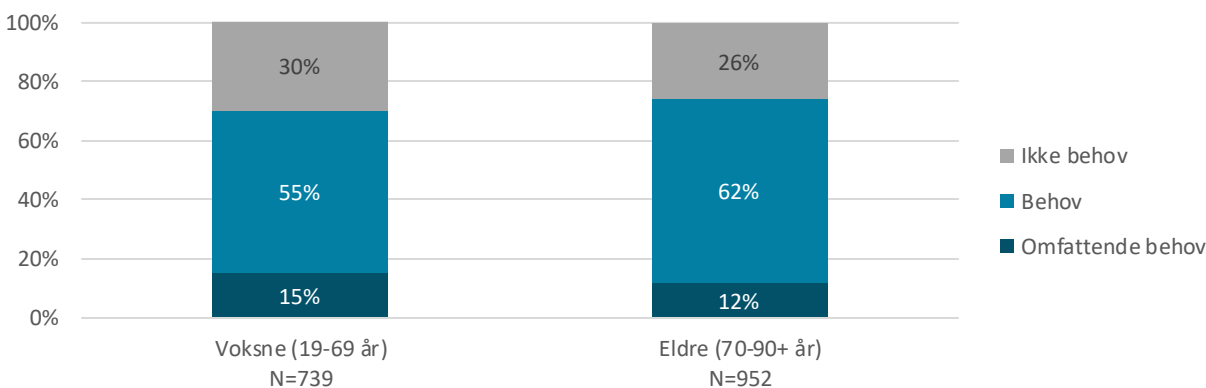


Figur 17 Samlet behov for tannbehandling fordelt etter aldersgrupper^{1,2}

¹ N=1996.

² Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling jf. figur 11.

For voksne (16-69 år) og eldre (70-90+ år) pasienter kan vi dele opp tannbehandlingsbehovet i «omfattende behov» og «behov», jf. figur 18. Figuren viser at eldre pasienter generelt har større behov for tannbehandling enn voksne pasienter, men at andelen som har omfattende behov er noe mindre blant eldre sammenlignet med voksne pasienter. Blant barn (0-18 år) er for få pasienter som har omfattende behov til at vi kan dele opp tannbehandlingsbehovet og vurdere resultatene.



Figur 18 Behov og omfattende behov for tannbehandling fordelt etter aldersgrupper¹

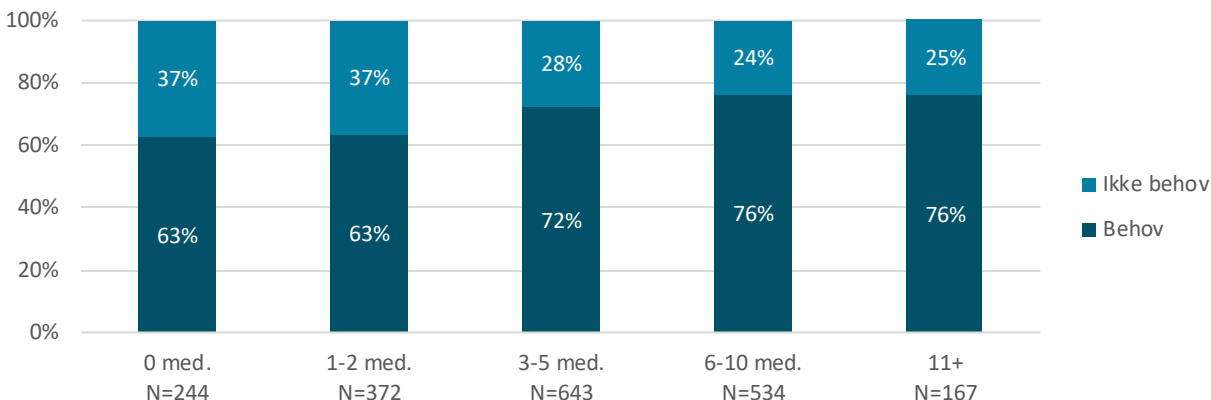
¹ N=1691.

Antall faste medisiner

Blant pasientene i utvalget er det stor forskjell på medisinbruk, jf. figur 9. Vi har derfor undersøkt om behovet for tannbehandling varierer med medisinbruken. Figur 19 viser at det er en overvekt av pasienter som har behov for tannbehandling i alle medisingrupperne.² Behovet for tannbehandling er likt for pasientene som ikke tar noen faste medisiner og pasientene som tar 1-2 faste medisiner, men deretter ser vi en økning i behovet for tannbehandling jo flere faste medisiner pasientene tar. Antall pasienter som

² Som følge av små gruppestørrelser, har vi slått sammen pasienter som har «behov» og «omfattende behov» for tannbehandling i figuren.

tar flere enn 11 faste medisiner er lavere enn i de andre medisingruppene, og resultatet må derfor tolkes med varsomhet.

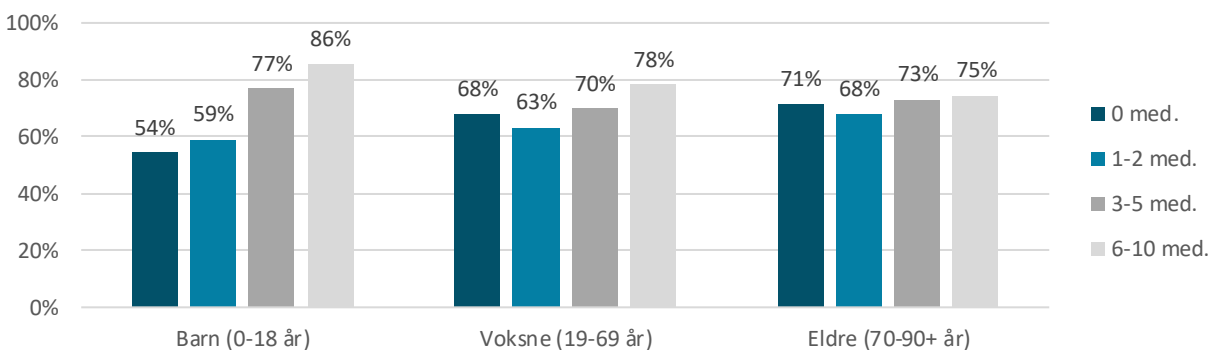


Figur 19 Samlet behov for tannbehandling fordelt etter antall faste medisiner^{1,2}

¹ N=1961.

² Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling jf. figur 11.

Det kan være flere årsaker til at behovet for tannbehandling øker med antall faste medisiner blant pasientene i utvalget. Medisinbruken er betydelig høyere blant pasienter over 18 år enn de under 18 år, og særsilt blant de eldste i utvalget. Når vi ser at behovet for behandling øker med alder, kan dette potensielt være en av årsakene til de observerte sammenhengene mellom medisiner og behandlingsbehov. For å belyse dette ytterligere har vi gruppert pasientene i tre aldersgrupper - barn (0-18 år), voksne (16-69 år) og eldre (70-90+ år) – og sett på behovet for tannbehandling fordelt på medisingruppene over, jf. figur 20. Figuren viser at for barn øker behovet for tannbehandling markant fra 1-2 til 3-5 faste antall medisiner. Det er relativt få barn som tar mer enn 5 medisiner, så resultatene for den gruppen må tolkes med forsiktighet. For aldersgruppen voksne er behovet for tannbehandling generelt høyere enn for barn og øker med faste antall medisiner. For aldersgruppen eldre i dette utvalget er behovet for tannbehandling generelt høyere enn for barn og voksne uavhengig av antall medisiner, og øker svakt med antall faste medisiner. Større behandlingsbehov i aldersgruppen eldre kan også skyldes generell helsetilstand/type sykdom/ behandling og andre faktorer.



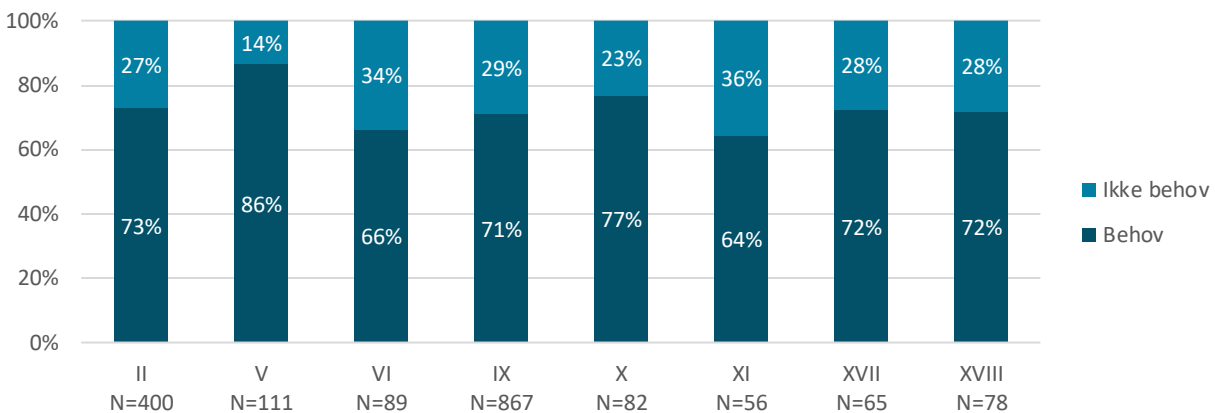
Figur 20 Samlet behov for tannbehandling fordelt på antall medisiner og aldersgrupper¹

¹ N=1261. Se tabellen under for fordeling av antallet pasienter i de ulike gruppene.

	Barn (0-18 år)	Voksne (19-69 år)	Eldre (70-90+ år)
0 med.	103	106	35
1-2 med.	98	180	94
3-5 med.	69	239	335
6-10 med.	28	148	358

Grunddiagnose

I utvalget er det flest pasienter som er registrert med en grunddiagnose innen kapittel IX «Sykdommer i sirkulasjonssystemet» i ICD 10-kodesystemet (43 pst.), etterfulgt av kapittel II «Svulster» (20 pst.) og kapittel V «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» (6 pst.), jf. figur 10. Figur 21 viser det samlede behovet for tannbehandling fordelt på de ulike diagnosekapitlene.³ Figuren viser at andelen pasienter som har behov for tannbehandling er relativt lik for de fleste diagnosegruppene. Diagnosegruppen som skiller seg mest ut er kapittel V, dvs. pasienter med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, hvor behovet for tannbehandling er større enn for de resterende gruppene. Diagnosegruppen med minst behov for tannbehandling er kapittel XI, dvs. pasienter med sykdommer i fordøyelsessystemet. Det er imidlertid viktig å påpeke at flere av diagnosegruppene er relativt små i størrelse, noe som kan medfører større tilfeldige utslag i utfallsvariabelen (dvs. behovet) enn i grupper hvor antallet er høyere.



Figur 21 Samlet behov for tannbehandling fordelt etter grunddiagnose^{1,2,3}

¹ N=1748.

² Diagnosegruppene er som følger: Kapittel II er «Svulster», kapittel V er «Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser», kapittel VI er «Sykdommer i nervesystemet», kapittel «IX» er «Sykdommer i sirkulasjonssystemet», kapittel X er «Sykdommer i åndedrettssystemet», kapittel XI er «Sykdommer i fordøyelsessystemet», kapittel XVII er «Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik» og kapittel XVIII er «Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted».

³ Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling jf. figur 11.

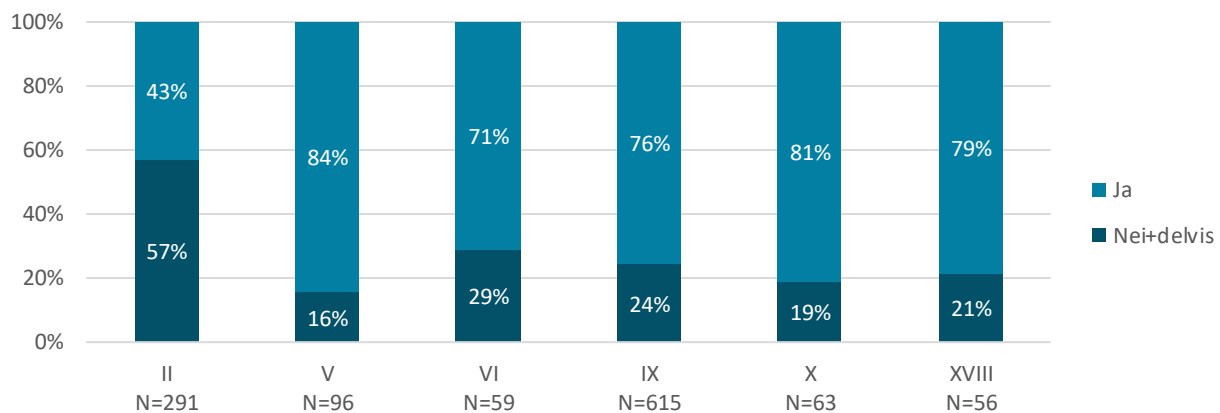
³ Som følge av små gruppestørrelser, har vi slått sammen pasienter som har «behov» og «omfattende behov» for tannbehandling i figuren.

4.2 Nærmere om hvor tannbehandlingen utføres

Resultatene fra kartleggingen viser at sykehusene har vurdert at 32 pst. av pasientene i utvalget som har behov eller omfattende behov for tannbehandling, må behandles helt eller delvis på sykehus, jf. figur 12. For å utforske dette funnet nærmere har vi stratifisert utvalget på grundiagnose og alderen til pasientene. Som følge av små gruppestørrelser, har vi slått sammen pasientene som har «behov» og «omfattende behov» for tannbehandling.

Grundiagnose

Figur 22 viser hvor tannbehandlingen bør utføres fordelt på diagnosegrupper, hvor gruppestørrelsen per diagnosegruppe er høyere enn 50 pasienter. Resultatene viser at behovet for behandling på sykehus (dvs. «nei+delvis») er relativt likt for flere av diagnosegruppene. Diagnosegruppen som skiller seg mest ut er kapittel II, dvs. pasienter med svulster, hvor behovet for behandling på sykehus er markant større enn i de andre diagnosegruppene. Blant pasienter med sykdommer i nervesystemet, dvs. kapittel VI, er også behovet for behandling høyere enn gjennomsnittet, mens gruppen med minst behov for å utføre behandlingen på sykehus er kapittel V, dvs. pasienter med psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser. Det er viktig å påpeke at flere av diagnosegruppene er relativt små i størrelse og at resultatene må tolkes med varsomhet.



Figur 22 Hvor tannlegebehandlingen bør utføres fordelt på diagnosegrupper^{1,2,3}

¹ N=1180.

² Diagnosegruppene er som følger: Kapittel II er «Svulster», kapittel V er «Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser», kapittel VI er «Sykdommer i nervesystemet», kapittel «IX» er «Sykdommer i sirkulasjonssystemet», kapittel X er «Sykdommer i åndedrettssystemet» og kapittel XVIII er «Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted».

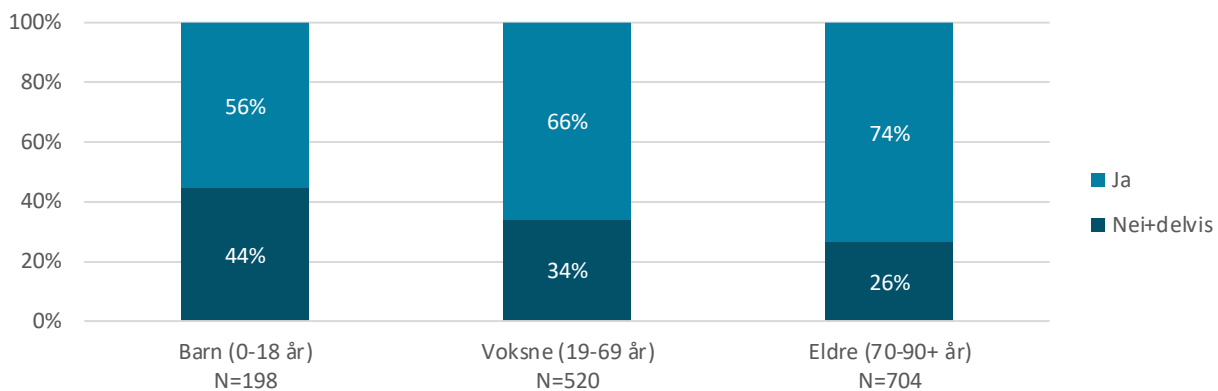
³ Svaret *ja* innebærer at odontologisk personell har vurdert at tannbehandlingsbehovet kan utføres ute på en lokal tannklinikk på en medisinsk trygg måte. Svaret *nei* eller *delvis* innebærer at odontologisk personell har vurdert at tannbehandlingsbehovet må utføres helt eller delvis på sykehus.

Aldersgrupper

Figur 23 viser hvor tannbehandlingen bør utføres fordelt på aldersgruppene barn (0-18 år), voksne (19-69 år) og eldre (70-90+ år) pasienter. Resultatene viser at det er store forskjeller i sykehusenes vurdering av hvor tannbehandlingen bør utføres på tvers av alder. Sykehusene har vurdert at behovet for å utføre behandlingen helt eller delvis på sykehus (dvs. «nei»+«delvis» i figuren) er størst blant barn og minst

blant eldre pasienter. I kartleggingen har sykehusene også registrert hva de mener er årsakene til at pasientene bør behandles på sykehuset, jf. figur 13. For alle tre aldersgrupper er «medisinske årsaker» oppgitt som hovedårsak for at tannbehandlingen må gjøres helt eller delvis på sykehus. Samtidig er denne andelen høyere blant barn enn eldre pasienter, hhv. 95 og 85 pst. For andre faktorer, som pasientenes immobilitet, er andelen høyere blant eldre pasienter enn barn, hhv. 20 og 8 pst.

Når vi deler behovet for tannbehandling på «behov» og «omfattende behov» for voksne og eldre pasienter, ser vi det samme mønstre som vist i figur 12: Andelen pasienter som bør behandles helt eller delvis på sykehus (dvs. «nei»+«delvis») er høyere blant pasientene som har «omfattende behov» for behandling enn de som har «behov».



Figur 23 Hvor tannlegebehandlingen bør utføres fordelt på aldersgrupper^{1,2}

¹ N=1393.

² Svaret *ja* innebærer at odontologisk personell har vurdert at tannbehandlingsbehovet kan utføres ute på en lokal tannklinikk på en medisinsk trygg måte. Svaret *nei* eller *delvis* innebærer at odontologisk personell har vurdert at tannbehandlingsbehovet må utføres helt eller delvis på sykehus.

4.3 Nærmere om type behov for tannbehandling

Kartleggingen viser at det er behov for ulike typer tannbehandling blant pasientene, jf. figur 14.⁴ Det odontologiske personellet har vurdert at om lag halvparten av pasientene i utvalget har behov for hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak, samt scaling og puss, mens i overkant av 1/3 av pasientene har behov for infeksjonsforebyggende behandling. For å utforske dette nærmere har vi sett behovet fordelt på grunndiagnose og alderen til pasientene.

Grunndiagnoser

Tabell 3 viser de ulike behovene for tannbehandling fordelt på grunndiagnosene. For bortimot alle diagnosegruppene er hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak, samt scaling og puss, behandlingene pasientene har størst behov for. Pasienter med grunndiagnose i kapittel II (svulster) skiller seg ut med et markant større behov for infeksjonsforebyggende tiltak, munnstell og lindrende behandling i munnhulen enn pasientene fra de andre diagnosegruppene. Tilsvarende skiller pasienter med grunndiagnose V (psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser) seg ut ved at de har markant større behov for konserverende behandling og implantatbehandling. For pasienter med grunndiagnose X (sykdommer i

⁴ I kartleggings skjemaet var mulig å krysse av for flere typer behandlinger.

åndedrettssystemet) er derimot behovet for protetikk ekskl. implantat og periodontal behandling større enn for de andre pasientgruppene.

Tabell 3 Type behov for tannbehandling fordelt på grunnidiagnose¹

	II	V	VI	IX	X	XI	XVII	XVIII
Hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak	65 % N=385	83 % N=110	51 % N=88	41 % N=864	68 % N=82	56 % N=55	53 % N=64	68 % N=77
Scaling og puss	35 % N=372	87 % N=110	38 % N=87	54 % N=848	62 % N=82	57 % N=54	22 % N=63	59 % N=75
Infeksjonsforebyggende behandling	66 % N=370	2 % N=81	11 % N=80	36 % N=839	32 % N=41	30 % N=53	31 % N=62	28 % N=54
Konserverende behandling	26 % N=379	42 % N=106	15 % N=86	22 % N=829	33 % N=72	37 % N=54	10 % N=62	30 % N=70
Munnstell	38 % N=375	25 % N=110	16 % N=88	13 % N=863	37 % N=81	35 % N=54	6 % N=62	44 % N=77
Ekstraksjon	31 % N=378	11 % N=107	6 % N=84	25 % N=827	18 % N=72	20 % N=54	10 % N=62	22 % N=67
Protetikk ekskl. implantat	16 % N=357	27 % N=108	10 % N=69	18 % N=846	34 % N=82	9 % N=54	4 % N=54	34 % N=65
Periodontal behandling	17 % N=367	20 % N=107	11 % N=81	15 % N=829	25 % N=73	20 % N=55	5 % N=61	25 % N=69
Lindrende behandling munnhule	32 % N=375	3 % N=108	3 % N=86	2 % N=859	6 % N=82	11 % N=54	2 % N=63	4 % N=73
Endodontisk behandling	9 % N=366	8 % N=105	4 % N=77	11 % N=814	6 % N=72	11 % N=55	0 % N=61	6 % N=66
Implantatbehandling	6 % N=343	15 % N=108	3 % N=60	7 % N=839	7 % N=81	4 % N=54	0 % N=53	8 % N=61
Tannbehandling i narkose	9 % N=368	4 % N=106	3 % N=88	1 % N=864	2 % N=81	7 % N=54	11 % N=63	5 % N=58

¹ Diagnosegruppene er som følger: Kapittel II er «Svulster», kapittel V er «Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser», kapittel VI er «Sykdommer i nervesystemet», kapittel «IX» er «Sykdommer i sirkulasjonssystemet», kapittel X er «Sykdommer i åndedrettssystemet», kapittel XI er «Sykdommer i fordøyelsessystemet», kapittel XVII er «Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik» og kapittel XVIII er «Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted».

Aldersgrupper

Tabell 4 viser de ulike behovene for tannbehandling fordelt på aldersgruppene barn (0-18 år), voksne (19-69 år) og eldre (70-90+ år) pasienter. Resultatene viser at alle aldersgruppene har desidert størst behov for hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak. Behovet for scaling og puss er like høyt som hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak hos voksne og eldre pasienter, men betydelig lavere hos barn. For de resterende behandlingstypene er behovet for behandling blant barn lavere enn for voksne og eldre pasienter.

Tabell 4 Type behov for tannbehandling fordelt på aldersgrupper

	Barn (0-18 år)	Voksne (19-69 år)	Eldre (70-90+ år)
Hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak	51 % N=303	54 % N=724	51 % N=943
Scaling og puss	20 % N=300	53 % N=714	57 % N=920
Konserverende behandling	8 % N=299	31 % N=718	23 % N=879
Munnstell	7 % N=300	24 % N=714	26 % N=941
Ekstraksjon	6 % N=297	27 % N=708	24 % N=880
Protetikk	1 % N=243	18 % N=693	24 % N=929
Periodontal behandling	1 % N=278	19 % N=712	19 % N=883
Lindrende behandling munnhule	7 % N=297	14 % N=707	7 % N=937
Endodontisk behandling	0 % N=279	10 % N=699	10 % N=868
Implantatbehandling	1 % N=229	9 % N=687	7 % N=910
Tannbehandling i narkose	5 % N=300	4 % N=669	3 % N=871

4.4 Hjerterpasienter på HUS og StOlav

Forsøkssykehusene som har flest registrerte pasienter i kartleggingen er Haukeland universitetssykehus (HUS) og St. Olavs Hospital (StO). Begge sykehusene har kartlagt et betydelig antall pasienter med grunn diagnoser i kapittel IX «Sykdommer i sirkulasjonssystemet», jf. tabell 5, som gjør at det er mulig å sammenligne resultatene fra kartleggingen for disse pasientene.

Tabell 5 Sammenligning av pasienter fra HUS og StOlav

	HUS	St. Olav
Antall kartlagte pasienter med grunn diagnose i kapittel IX «Sykdommer i sirkulasjonssystemet»	397	409
Behov for tannbehandling		
Omfattende behov og behov	285	288
Ikke behov	111	121
Av pasientene som har behov og omfattende behov - kan behandlingen utføres på en lokal tannklinikk?		
Nei	82	10
Delvis	20	23
Ja	183	252

Som vi ser av tabell 5, har Haukeland universitetssykehus og St. Olavs hospital kartlagt omtrent like mange pasienter med grunndiagnose innenfor kapittel IX. Om lag halvparten av disse pasientene har grunndiagnose I35 «Ikke-reumatisk aortastenose» på begge sykehusene. I vurderinger av behovet for tannbehandling har sykehusene vurdert behovet for tannbehandling også relativt likt – 72 og 70 pst. for hhv. HUS og St.Olav. Når det kommer til vurderinger av hvor tannbehandlingen bør utføres, er det imidlertid stor forskjell mellom sykehusene. Mens HUS vurderer at 36 pst. av pasientene som har behov for tannbehandling må helt eller delvis få utført behandlingen på sykehus, er tilsvarende andel hos StO 11 pst.

Denne differansen kan ha bakgrunn i ulike medisinske vurderinger på sykehusene. Men det kan også skyldes andre forhold, som innretning og rutiner for behandling. HUS oppgir at en betydelig andel av pasientene som har behov for tannbehandling undersøkes tett opp mot tidspunktet for operasjon, dvs. når pasientene er innlagt, og at tannbehandlingen således må utføres på sykehuset. På St.Olav undersøkes pasientene tidligere i behandlingsforløpet og ofte før pasientene er innlagt på sykehusene. Det gir pasientene tid til å benytte en lokal tannklinikk til å få utført nødvendig tannbehandling før en planlagt innleggelse og operasjon på sykehuset. Dette eksempelet illustrerer at det kan være andre årsaker enn medisinske behov som kan påvirke hvor pasientene kan få utført den nødvendige tannbehandlingen.

5. Vurderinger og veien videre

Oppsummering

I mai 2019 igangsatte Helsedirektoratet en systematisk kartlegging på forsøkssykehusene som en del av videreutviklingen av den sykehusodontologiske forsøksordningen. Målet med kartleggingen var å opparbeide seg mer kunnskap om behovet for sykehusodontologiske helsetjenester.

Kartleggingen pågikk fra januar til desember 2020, men som følge av covid-19 ble datainnsamlingen midlertidig stoppet på flere avdelinger og redusert på andre avdelinger mellom april og august. Totalt ble det samlet inn data fra 2 664 pasienter på alle forsøkssykehusene. På grunn av begrensninger i muligheten til å undersøke pasientene i tannlegestol eller sykehusseng, samt feilregistreringer og manglende registreringer i sentrale variabler, ble utvalget redusert til 1 996 pasienter.

Resultatene fra kartleggingen viser at det er et behov for orale helsetjenester blant pasientene i kartleggingen. Sykehusene angir at om lag 70 pst. av pasientene har samlet sett behov eller omfattende behov for tannbehandling. Resultatene viser at det ikke er tydelige forskjeller i behandlingsbehov mellom mannlige og kvinnelige pasienter, og at behovet for tannbehandling øker med alder, hvor behovet er størst blant pasientene over 70 år. Andelen pasienter som har behov for tannbehandling, er relativt lik for de fleste diagnosegruppene i utvalget. Pasienter med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (kap. V) skiller seg litt ut ved at de har størst behov tannbehandlingsbehov blant diagnosegruppene.

Resultatene fra kartleggingen viser at sykehusene har vurdert at 32 pst. av pasientene i utvalget som har behov eller omfattende behov for tannbehandling, må behandles helt eller delvis på sykehus. Resultatene er relativt likt for flere av diagnosegruppene. Diagnosegruppen som skiller seg mest ut er pasienter med svulster (kap. II), hvor behovet for behandling på sykehus er markant større enn i de andre diagnosegruppene. Vedrørende alder har sykehusene vurdert at behovet for å utføre behandlingen på sykehuset er størst blant barn under 18 år og minst blant pasienter over 70 år.

Kartleggingen viser at det er behov for ulike typer tannbehandling blant pasientene. Sykehusene har vurdert at om lag halvparten av pasientene i utvalget har behov for hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak, samt scaling og puss, mens i overkant av 1/3 av pasientene har behov for infeksjonsforebyggende behandling. Pasienter med svulster (kap. II) skiller seg ut med et større behov for infeksjonsforebyggende tiltak, munnstell og lindrende behandling i munnhulen enn pasientene fra de andre diagnosegruppene.

Overordnede vurderinger

Resultatene fra kartleggingen støtter oppunder og delvis nyanserer de kvalitative funnene i evalueringen av forsøksordningen fra 2019, som avdekket at det er et behov for orale helsetjenester på sykehus. I evalueringen var tilbakemeldingene fra pasienter, helsepersonell (odontologisk og ikke-odontologisk) og sykehusledelsen at det er et behov for tannbehandling på sykehus. I tillegg ga ikke-odontologisk personell på sykehusene klare tilbakemeldinger om at et oralt helsetilbud på sykehus har styrket behandlingene av pasientene.

Denne kartleggingen har hatt fokus på å gå bredt ut, hvor odontologisk personell har oppsøkt pasienter på avdelinger og sengeposter på sykehusene. Analysegrunnlaget i evalueringen i 2019 var i hovedsak basert på sykehusenes behandling av henviste pasienter til forsøksordningen. Kartleggingen supplerer de kvalitative funnene fra evalueringen med at resultatene viser at det er stort behov for odontologiske helsetjenester blant de kartlagte pasientgruppene. Videre viser kartleggingen at pasientene i utvalget

hadde størst behov for hygieneinstruksjon og profylaktiske tiltak, samt forebyggende tannbehandling som scaling og puss og infeksjonsforebyggende behandling.

Kartleggingen viser at det er stort behov for odontologiske helsetjenester (ca 70 pst.), men det bør vurderes om deler av disse behovene kan dekket utenfor sykehusene. For pasienter hvor sykehusene har vurdert at tannbehandlingen helt eller delvis må gjennomføres på sykehus (ca 30 pst.) oppgis den viktigste årsaken å være medisinske årsaker. Gjennom å sammenligne resultater fra Haukeland universitetssykehus og St.Olavs hospital pasienter med sykdommer i sirkulasjonssystemet (kap. IX), gir kartleggingen likevel indikasjoner på at det kan være andre faktorer enn det rent medisinskfaglige som spiller inn når det kommer til å vurdere hvor tannbehandling skal finne sted. Sammenligningen viser at organisering på sykehusene kan potensielt ha stor betydning for hvorvidt tannbehandlingen må utføres på sykehuset eller på en lokal tannklinikk. Samtidig ble det i evalueringen i 2019 pekt på at enkelte pasientgrupper, som for eksempel barn som får behandling over flere år, eller pasienter med kreft i hodehals-regionen, kan ha omfattende behov for tannbehandling som kan være fordelaktig for pasientene å gjennomføre på sykehus.

Et av funnene i evalueringen fra 2019 var at forsøksordningen hadde opparbeidet seg en del kunnskap som indikerte at det ikke kan utformes en generisk "personellpakke" som kan etableres på sykehus med forskjellige pasientgrunnlag. Konsekvensen er at innretningen av type personell må tilpasses det enkelte sykehus. Med utgangspunkt i de ulike typene tannbehandling som er registrert i denne kartleggingen, kan en mulig tilnærming være å se på fordelingen av type behandling mellom odontologisk personell som en «behandlingstrapp». Et eksempel er vist i figur 24 hvor de ulike typene tannbehandling er delt mellom tannpleier, tannlege uten spesialisering og tannlege med spesialisering. Dette er normalt behandlingstyper som utføres av de ulike typene odontologisk personell, selv om personellet kan utføre hverandres oppgaver, avhengig av kompetanse og erfaring.



Figur 24 «Behandlingstrappen» for odontologisk personell

Siden behandlingsbehovet til pasientene i kartleggingen var størst for behandlingstypene på det nederste trappetrinnet, kan det vurderes alternative løsninger hvor tannpleiere og tannleger uten spesialisering inngår som en fagenhet på sykehus. Dette kan gjøres på ulike måter:

- Dersom behandlingsomfanget er stort nok, kan den odontologiske fagenheten lokaliseres på sykehusene
- Dersom behandlingsomfanget ikke er omfattende, er en mulighet å inngå avtaler med den offentlige tannhelsetjenesten eller private tannklinikker

For tannleger med spesialisering er omfanget av behandlingsbehov på et nivå som gjør at det må vurderes for hvert sykehus. For å sikre tilstrekkelig volum på behandlinger slik at personellet får bygget erfaring er det grunn til å anta at tannleger med spesialisering må konsentreres om sykehus med nasjonal og regionalt ansvar, som for eksempel forsøkssykehusene som har inngått i kartleggingen.

Veien videre

I evalueringen i 2019 ble det drøftet hvem som kan få tilbud om oral behandling på sykehus. Disse pasientene gikk under paraplyen «Den sykehusodontologiske pasienten», hvor evalueringen hadde følgende forslag til definisjon:

- Pasienten mottar behandling på sykehuset for en ikke-odontologisk sykdom eller lidelse, hvor tilstanden har en sammenheng med munnhulen
- Det er ikke mulig å gjennomføre den odontologiske behandlingen andre steder pga:
 - Immobilitet
 - Behov for rask behandling/er i et pakkeforløp
 - Kompliserte tilfeller der det er behov for tverrfaglig behandling
- Behandlingen hos den primære tannhelsetjenesten ikke vurderes som tilstrekkelig

Definisjonen bygger på forutsetninger om at behandlingen bør gjennomføres på lavest mulig behandlingsnivå, samt at pasientens sosioøkonomiske status ikke blir en faktor i vurderingen av behandlingstilbudet. Vår vurdering er at denne definisjonen står seg som et godt utgangspunkt i det videre arbeidet med å utvikle de sykehusodontologiske helsetjenestene. Evalueringen pekte også på andre temaer og problemstillinger som bør adresseres:

- Grenseskillene mellom aktørene i den odontologiske sektoren burde gjennomgås grundig - det vil bidra til å forberede grunnen til å gjennomgå lovverket og tilpasse det til dagens organisering av det orale helsetilbudet, hvor pasientenes rettigheter til et sykehusodontologisk helsetilbud kommer tydelig frem
- Mulighetene for et forsvarlig og velfungerende finansieringsystem burde utredes, hvor valg av system tar hensyn til hvordan myndighetene ønsker å organisere tilbudet av orale helsetjenester og evt. endringer i lovverket og rettigheter til behandling
- Det burde tenkes mer helhetlig i oppbyggingen av det odontologiske sykehusstilbudet, og se forsøksordningen og eksisterende odontologisk helsepersonell på sykehusene under ett
- Det burde igangsettes et arbeid med å utvikle et journalsystem som er dekkende for det sykehusodontologiske personellet

Vår vurdering er at arbeidet med disse temaene/problemstillingene bør igangsettes, hvor det er særskilt viktig at grenseskillene mellom aktørene i den odontologiske sektoren gjennomgås. Parallelt med dette arbeidet, anbefales det at Helsedirektoratet tar initiativ til å starte en utredning om hvordan sykehusodontologiske tjenester kan innrettes. En slik utredning bør følge utredningsinstruksen for statlige tiltak, som har som formål å sikre gode beslutningsgrunnlag før statlige tiltak iverksettes.⁵ En slik utredning bør omfatte følgende informasjon og vurderinger:

- En beskrivelse av dagens situasjon og rammebetingelser
- En beskrivelse av eventuelle endringer i behov og potensiale for utvikling av de sykehusodontologiske tjenestene

⁵ <https://dfo.no/fagomrader/utredningsinstruksen>.

- Et estimat for omfang, herunder pasientgrupper og geografisk fordeling
- Utvikling av alternative innretninger for de sykehusodontologiske tjenestene
- Kostnadsestimat for implementering med tilhørende sensitivitetsanalyse og risikovurdering
- Identifiseringer av gevinster (nytte) og verdsetting av disse for hvert alternativ
- Vurdere gjennomføringsrisiko
- Begrunne anbefalt alternativ

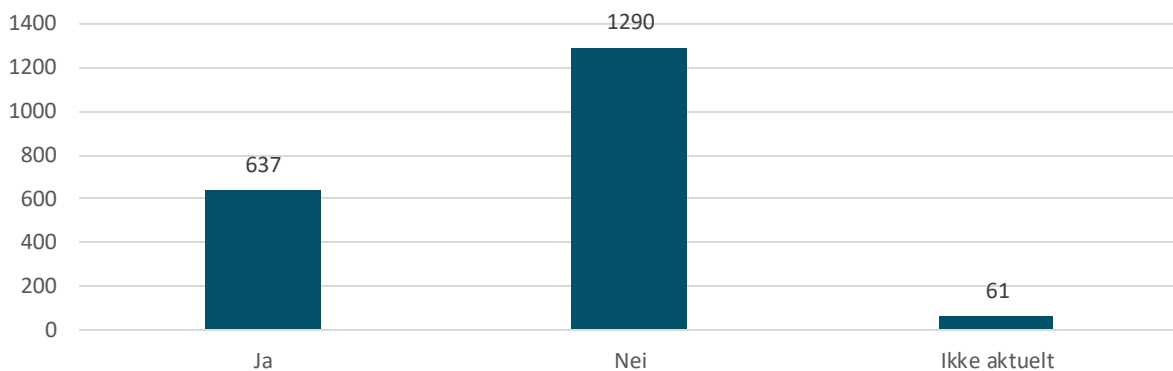
De tre første punktene kan basere seg på opparbeidet kunnskap i forsøksordningen, evalueringen i 2019 og denne kartleggingen, samt eventuelle suppleringer. I utvikling av alternative innretninger for de sykehusodontologiske tjenestene bør Helsedirektoratet utforske spennet i ambisjonsnivået der man ivaretar behovene til den «Den sykehusodontologiske pasienten» på ulike måter.

Vedlegg A: Odontologisk anamnese

I dette vedlegget presenteres resultater fra den odontologiske anamnesen i kartleggingen (se registreringskjemaet del 4). Utvalget er beskrevet nærmere i kapittel 3.1.

A.1 Bor du alene?

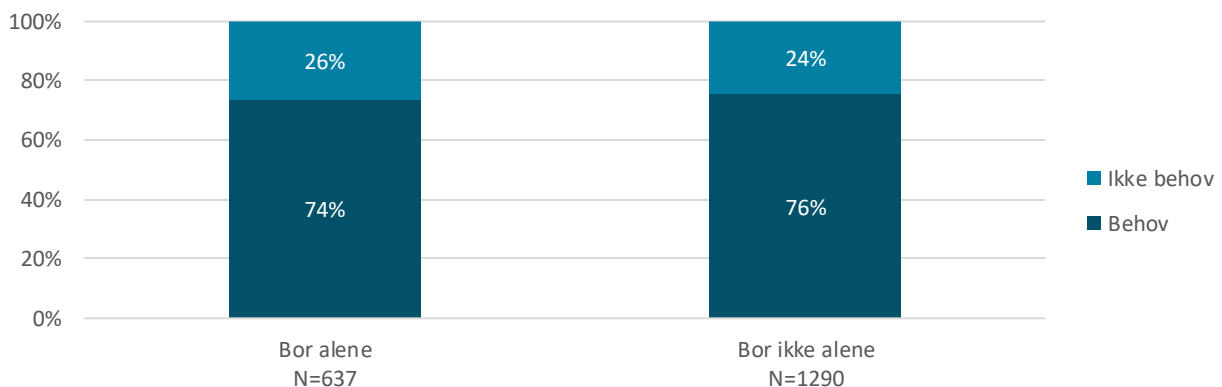
I kartleggingen er det registrert bosituasjonen til de undersøkte pasientene, jf. figur A.1. I underkant av 2/3 av utvalget bor sammen med andre personer. Blant pasientene som har svart «Ikke aktuelt» er det en overvekt av barn (0-18 år).



Figur A.1 Bor du alene?¹

¹ N=1988 pasienter.

I figur A.2 ser vi nærmere på bostatusen ved å koble behov for tannbehandling. Figuren viser at behandlingsbehovet er tilnærmet likt uavhengig om pasienten bor alene eller ikke.



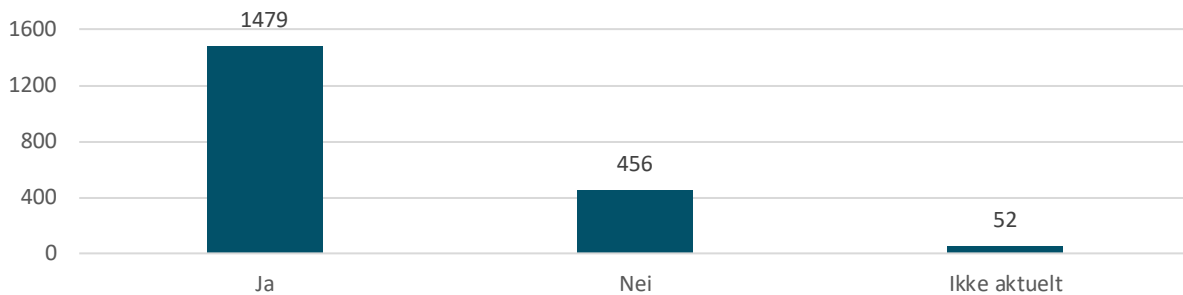
Figur A.2 Behov for tannbehandling fordelt etter bosituasjon^{1,2}

¹ N=1927 pasienter.

² Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling, jf. figur 11.

A.2 Går du regelmessig til tannlege?

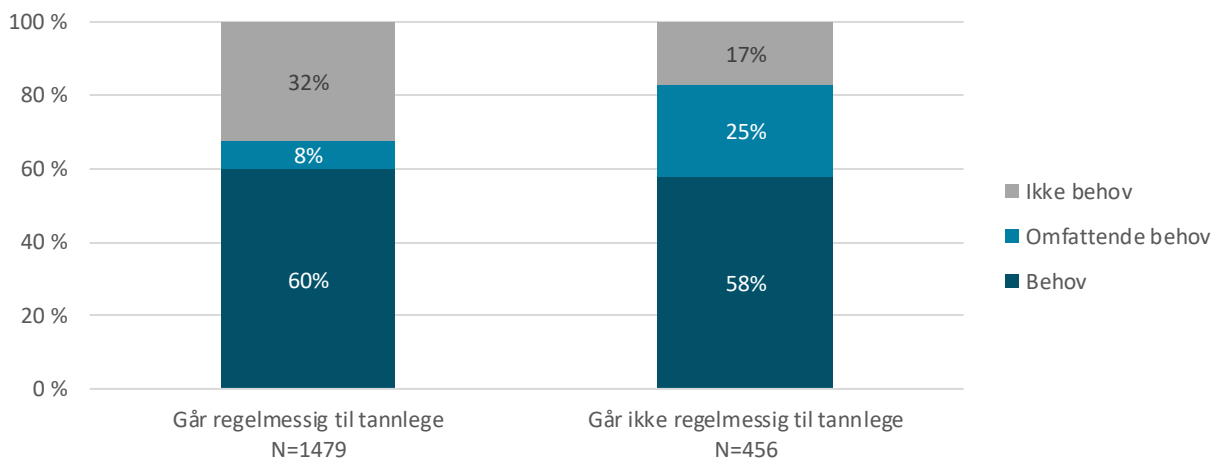
Figur A.3 gir en oversikt over om undersøkte pasienter går regelmessig til tannlege/tannpleier. Figuren viser at 75 pst går regelmessig til tannlegen. Blant de som har svart «Ikke aktuelt» ser vi i datagrunnlaget at omtrent halvparten er barn under 6 år. Ser vi på fordelingen av kjønn er den relativt likt fordelt mellom kvinner og menn.



Figur A.3 Regelmessig tannlegebesøk¹

¹ N= 1987 pasienter.

Figur A.4 viser behovet for tannbehandling fordelt på om pasientene går regelmessig til tannlege eller ikke. Figuren viser at tannbehandlingsbehovet er større dersom pasientene ikke går regelmessig til tannbehandling. Det er særskilt en forskjell i tannbehandlingsbehov som er kategorisert som «omfattende behov».

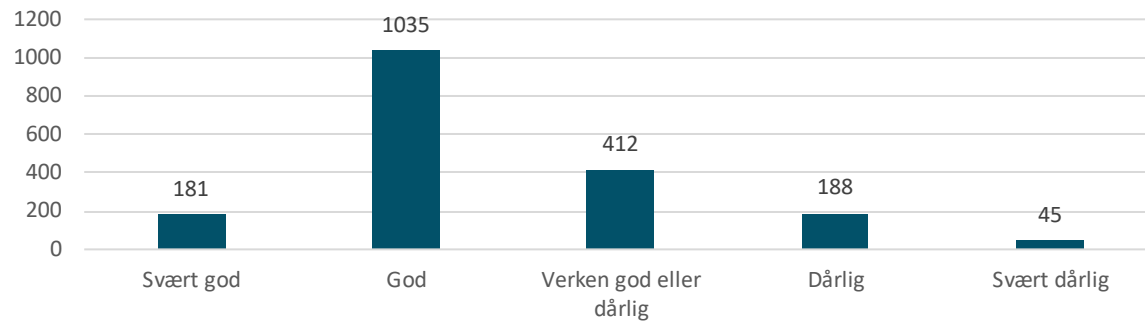


Figur A.4 Behov for tannbehandling fordelt etter regelmessig tannlegebesøk¹

¹ N=1935 pasienter.

A.3 Hvordan vurderer du tannhelsen din?

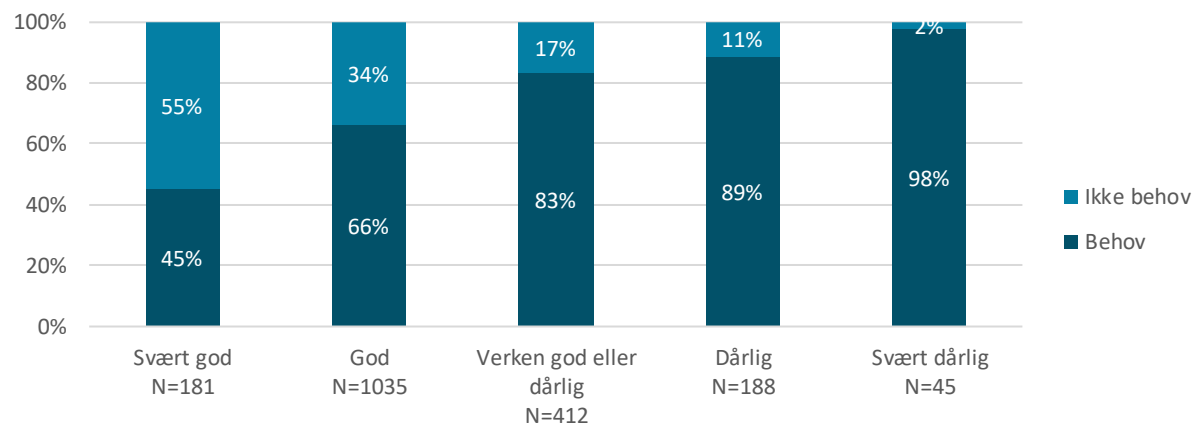
I figur A.5 gir en oversikt over egenvurdert tannhelse. De fleste pasientene oppgir at de har god tannhelse. I datagrunnlaget kan vi se at det er jevnt fordelt over aldersgruppene og kjønn.



Figur A.5 Tannhelse¹

¹ N=1861 pasienter.

I figur A.6 går vi nærmere på behovet for tannbehandling og egenvurdert tannhelse. Behovet for tannbehandling øker med dårligere selvrapportert helse.



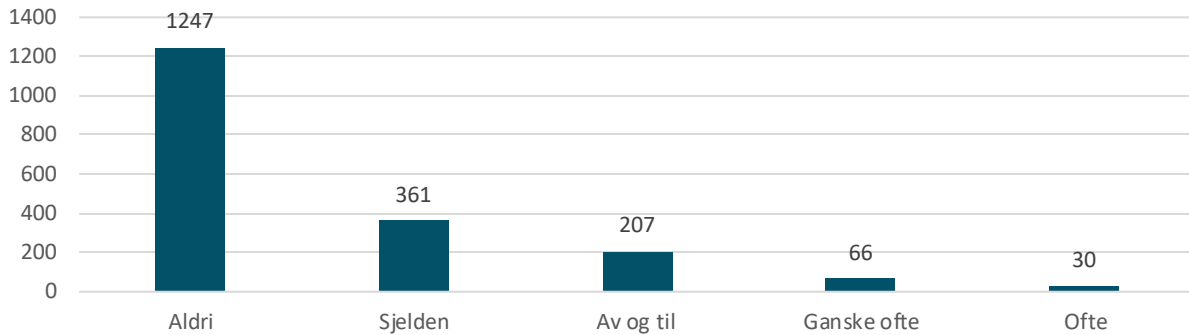
Figur A.6 Behov for tannbehandling fordelt etter tannhelse^{1,2}

¹ N= 1861 pasienter.

² Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling, jf. figur 11.

A.4 Smerter i tennene?

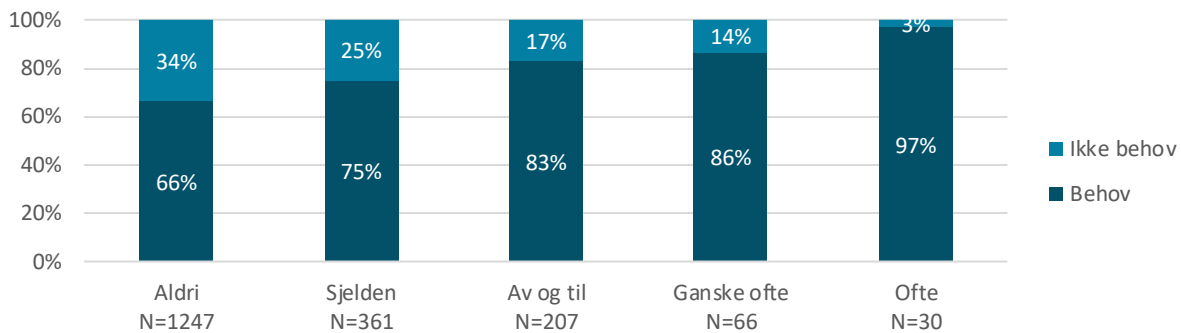
Figur A.7 viser egenvurdert smerte i tennene, munnen eller fra proteser. Vi ser at de fleste ikke opplever slike problemer. Også her er det jevnt fordelt mellom kjønn.



Figur A.7 Smerter i tenner¹

¹ N=1911 pasienter.

I figur A.8 vises hvordan behovet er fordelt blant de som opplever smerter i tenner og behovet for tannbehandling. Behovet er økende med hvor ofte pasienten opplever smerte. Det er imidlertid få observasjoner i kategoriene «Ganske ofte» og «Ofte», som gjør at man må tolke resultatene med varsomhet.



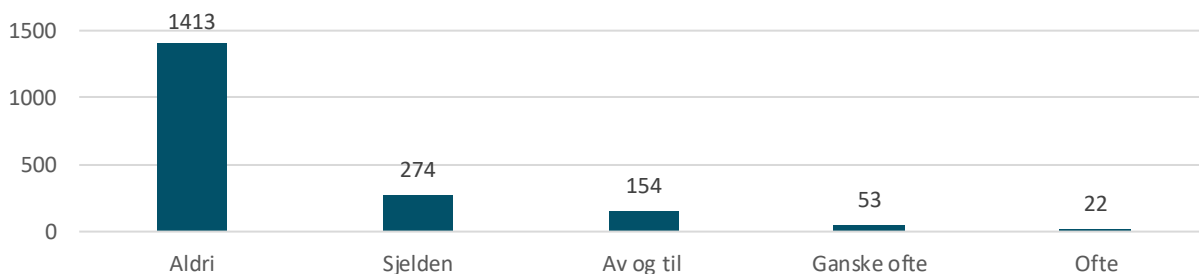
Figur A.8 Behov for tannbehandling fordelt etter smerter i tenner^{1,2}

¹ N= 1911 pasienter.

² Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling, jf. figur 11.

A.5 Sårhet på tunge og/eller slimhinner

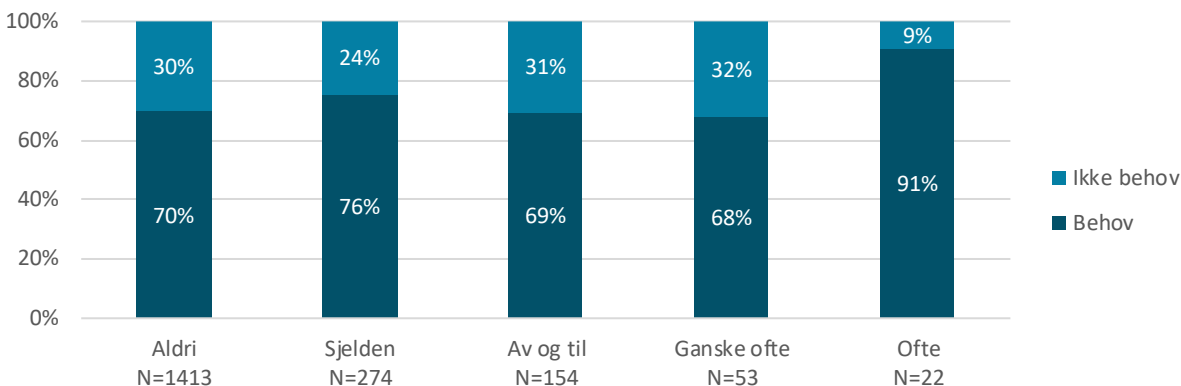
Figur A.9 viser egenrapportert sårhet på tunge og slimhinne. Vi ser at de fleste ikke opplever å ha slike problemer.



Figur A.9 Sårhet på tunge og/eller slimhinne¹

¹ N=1916 pasienter.

Figur A.10 tar for seg kategoriene i figur A.9 over, men vi ser nå på andelen med behov for tannbehandling. Her ser vi at de som svarer at de opplever sårhet «Av og til» og «Ganske ofte» har et noe lavere behov for tannbehandling. En mulig årsak til dette, kan være at det er veldig få observasjoner på noen av svaralternativene.



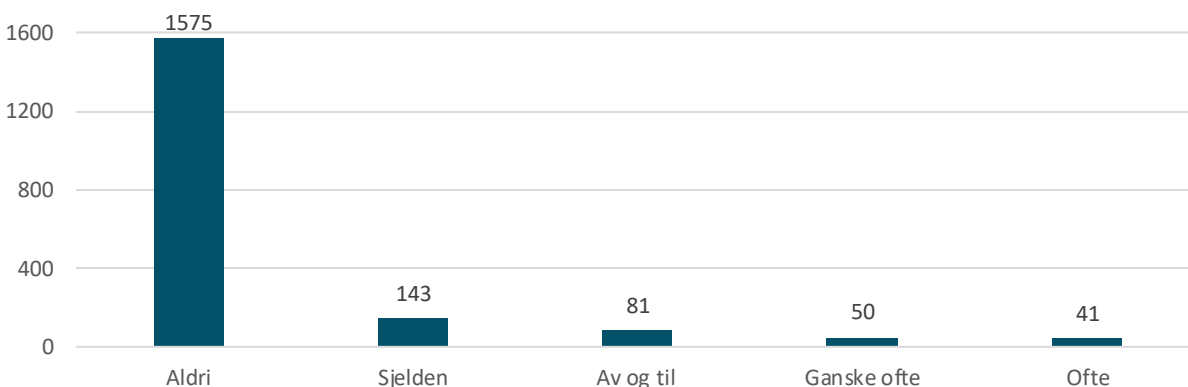
Figur A.10 Behov for tannbehandling fordelt etter sårhet på tunge og/eller slimhinne¹

¹ N=1916 pasienter.

² Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling, jf. figur 11.

A.6 Dårlig kost?

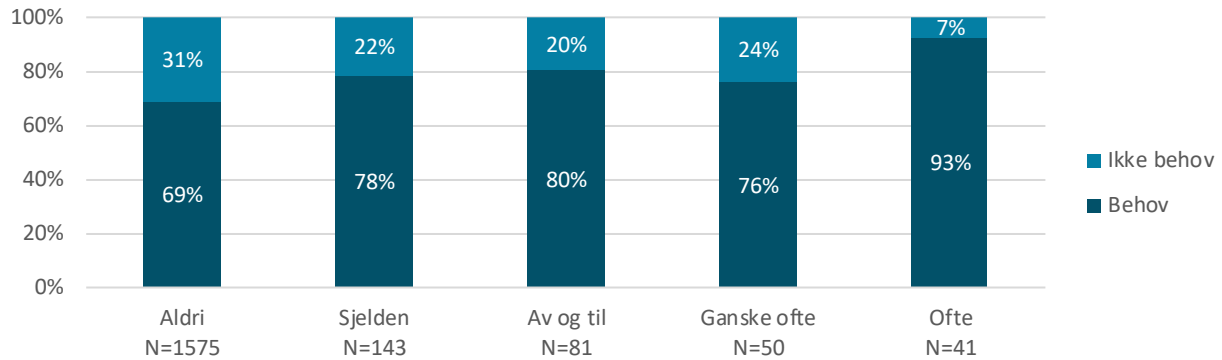
Figur A.11 viser hvordan vårt utvalg opplever om de har dårlig kost. Vi ser at de fleste ikke opplever at kosten er dårlig på grunn av tenner eller proteser. Også her er det ganske likt fordelt mellom kvinner og menn, relativt til skjevfordelingen i utvalget.



Figur A.11 Dårlig kost¹

¹ N=1890 pasienter.

Figur A.12 viser behovet for tannbehandling betinget av grad av selvopplevd dårlig kost. I kategoriene «Av og til» «Ganske ofte» og «Ofte» er det få observasjoner, og resultatene må tolkes med varsomhet.



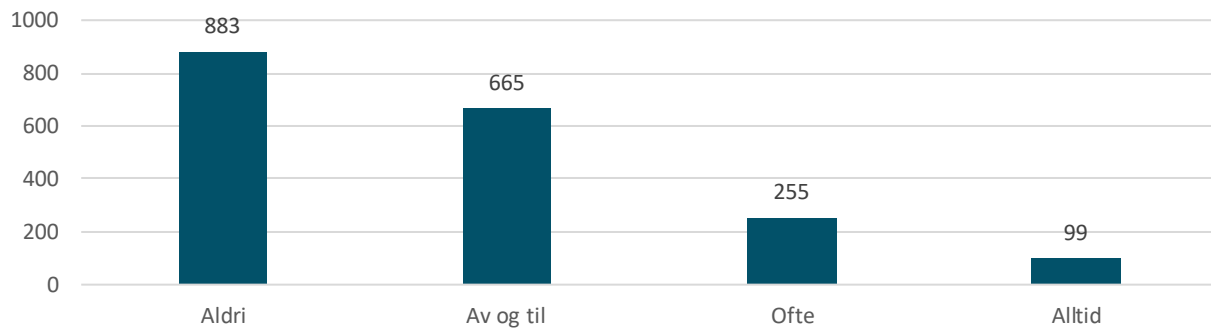
Figur A.12 Behov for tannbehandling fordelt etter dårlig kost¹

¹ N=1890 pasienter.

² Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling, jf. figur 11.

A.7 Munntørret

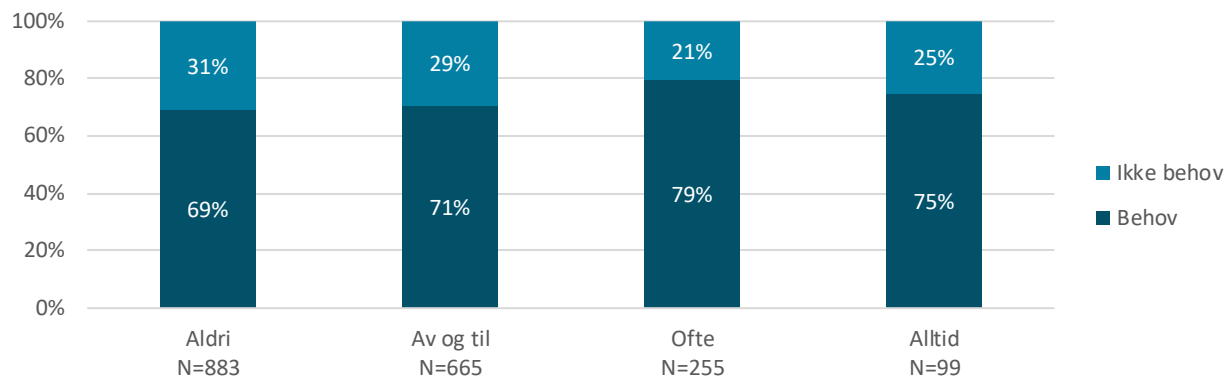
Figur A.13 gir en oversikt over utvalgets selvopplevd munntørret. Vi ser at de fleste «Aldri» eller «Av og til» opplever munntørret.



Figur A.13 Munntørret¹

¹ N=1902 pasienter.

Figur A.14 viser at behovet er ganske likt fordelt uavhengig av om pasienten opplever munntørret eller ikke. Vi ser mulig en svak tendens mot at behovet øker noe om man opplever munntørret oftere.



Figur A.14 Behov for tannbehandling fordelt etter munntørhet¹

¹ N = 1902 pasienter.

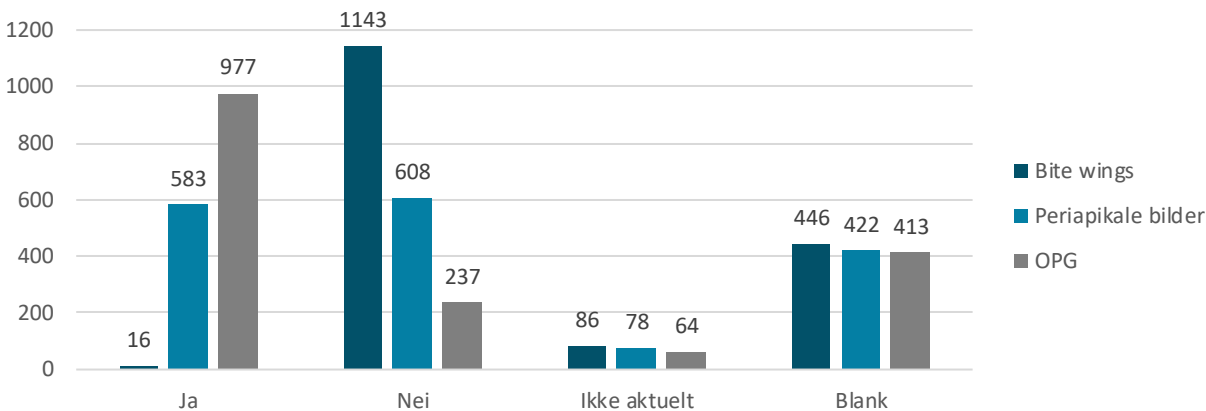
² Kategorien *Behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «behov» og «omfattende» behov for tannlegebehandling, mens kategorien *Ikke behov* består av pasienter som er vurdert til å ha «ikke behov» for tannlegebehandling, jf. figur 11.

Vedlegg B: Klinisk undersøkelse av munnhule for voksne

I dette vedlegget presenteres flere av resultatene fra den kliniske undersøkelsen av munnhulen blant voksne (19 år eller eldre) pasienter (se registreringskjemaet del 5.1). Utvalget er beskrevet nærmere i kapittel 3.1.

B.1 Røntgenbilder

Figur B.1 gir oversikt over type røntgenbilde(r) som er tatt av undersøkte pasienter i utvalget.



Figur B.1 Røntgenbilder^{1,2,3}

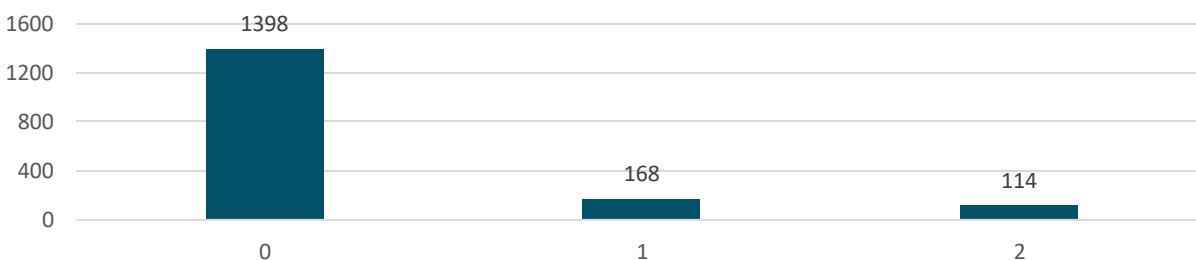
¹ N (Bite wings) = 1691 pasienter.

² N (Periapikale bilder) = 1691 pasienter.

³ N (OPG) = 1691 pasienter.

B.2 Antall helprotser

Figur B.2 viser antall pasienter fordelt på antall helprotser.

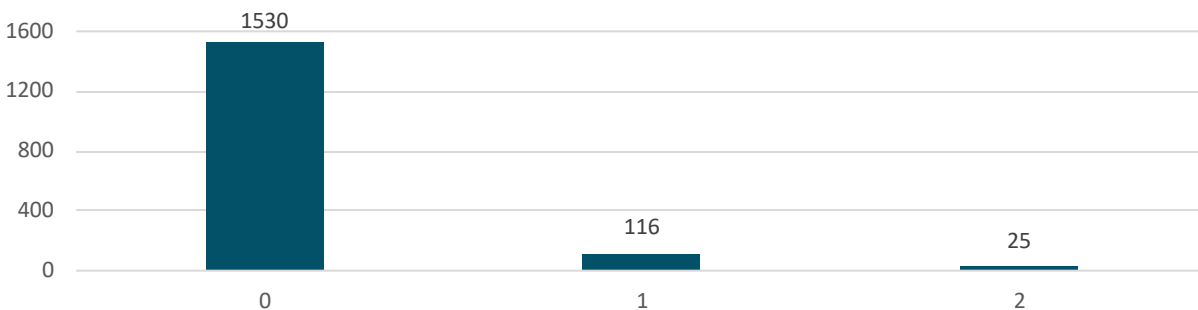


Figur B.2 Antall helprotser¹

¹ N = 1680 pasienter.

B.3 Antall delprotser

Figur B.3 gir oversikt over antall med delprotser blant pasienter undersøkt i utvalget vårt.

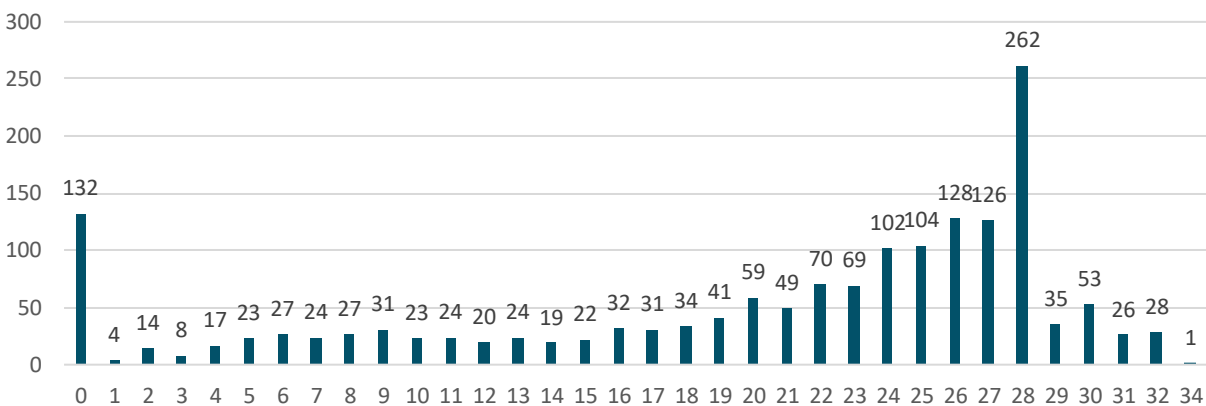


Figur B.3 Antall delproteser¹

¹ N=1671 pasienter.

B.4 Antall egne tenner

Figur B.4 viser antall tenner pasienter undersøkt har.

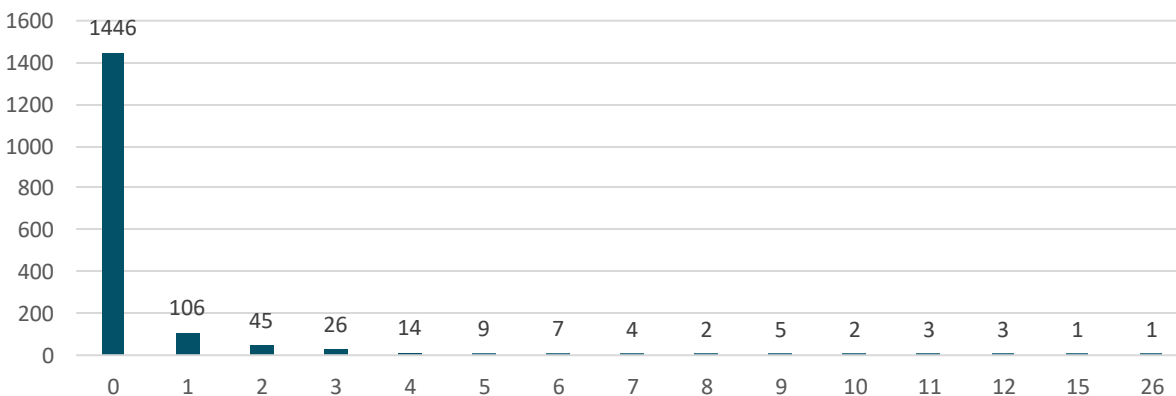


Figur B.4 Antall tenner¹

¹ N = 1689 pasienter.

B.5 Antall rotrester

Figur B.5 viser antall rotrester pasienter i utvalget hadde. De aller fleste hadde null rotrester.

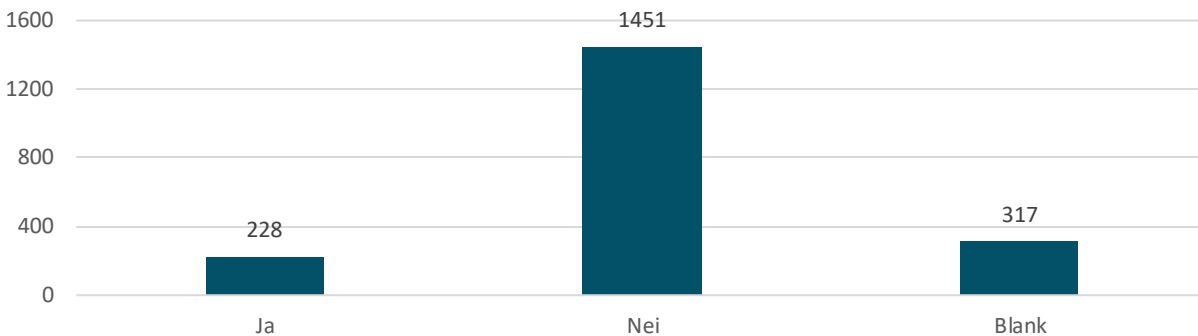


Figur B.5 Antall rotrester¹

¹ N= 1674 pasienter.

B.6 Munntørrehet under undersøkelsen

Figur B.6 gir oversikt over munntørrehet. Dette er til forskjell fra A.7 tannbehandlers vurdering under tannbehandlingen.

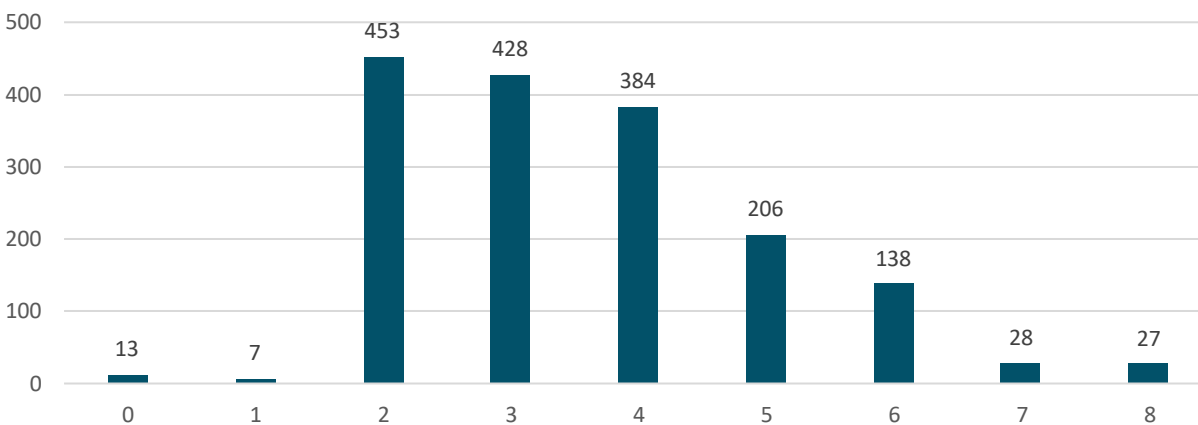


Figur B.6 Munntørrehet¹

¹ N=1996 pasienter.

B.7 Sum BSI indeks

Figur B.7 gir oversikt over BSI indeks score på undersøkte pasienter i utvalget.

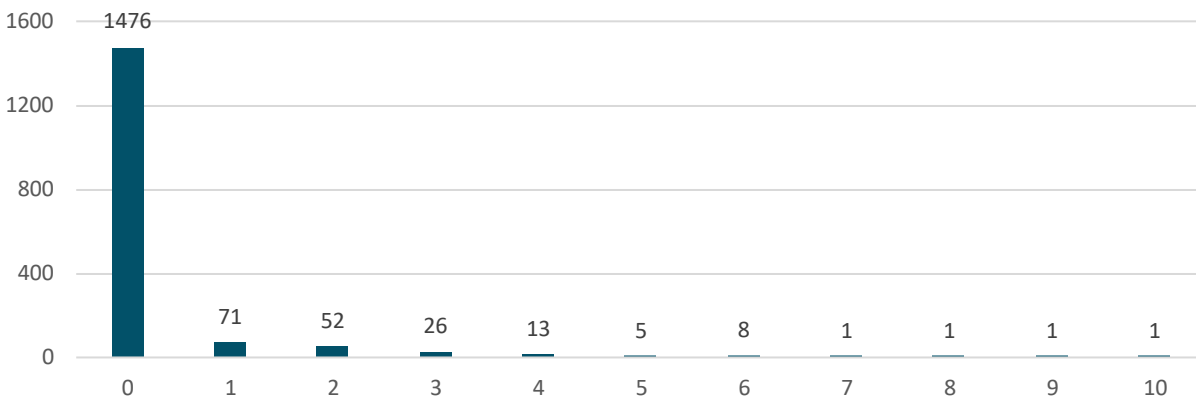


Figur B.7 BSI indeks¹

¹ N=1684 pasienter.

B.8 Antall mobile tenner

Figur B.8 viser antall mobile tenner hos pasienter i utvalget. Det er få som to eller mer mobile tenner.

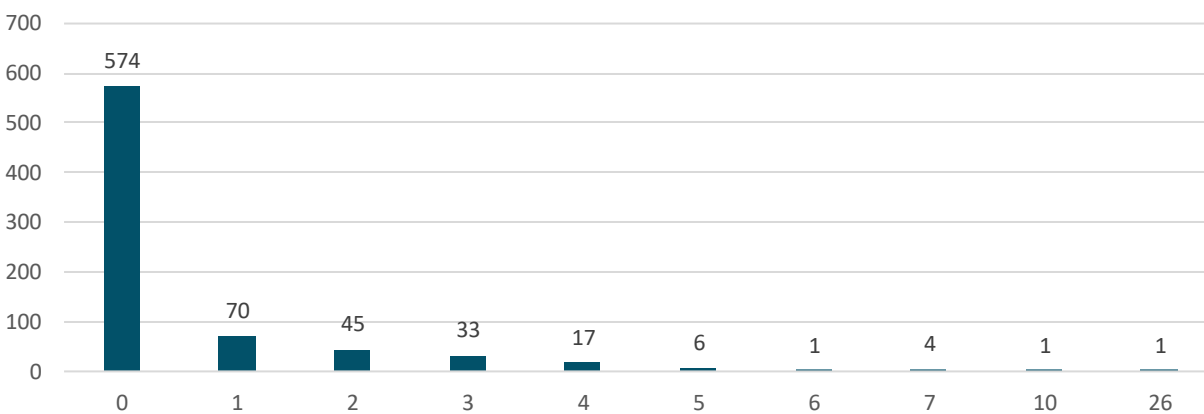


Figur B.8: Mobile tenner¹

¹ N=1685 pasienter.

B.9 Kariesangrep

Figur B.9 viser antall pasienter som har synlig kariesangrep når de er undersøkt i seng.

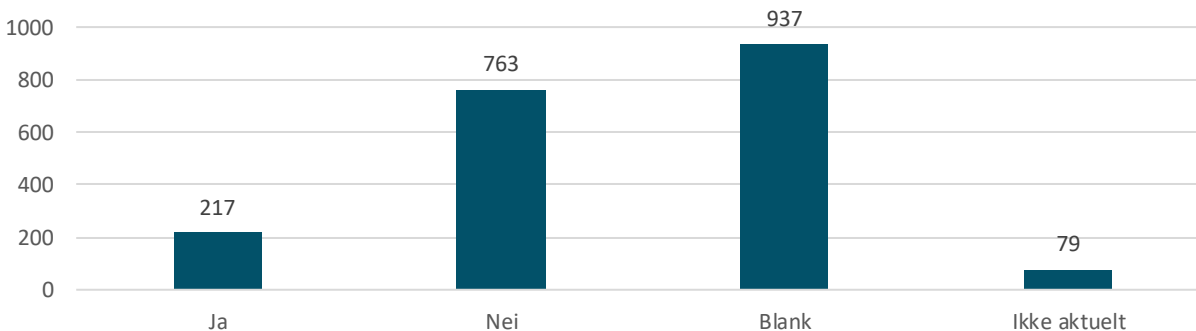


Figur B.9: Synlig kariesangrep¹

¹ N=752 pasienter.

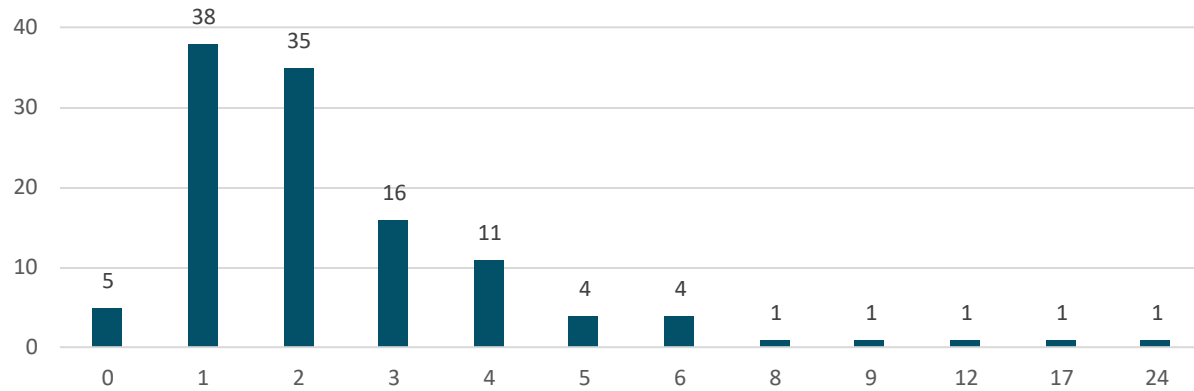
B.10 Undersøkelse i tannlegestol

Figur B.12, B.13 og B.14 viser undersøkelsene som er gjort i tannlegestol.



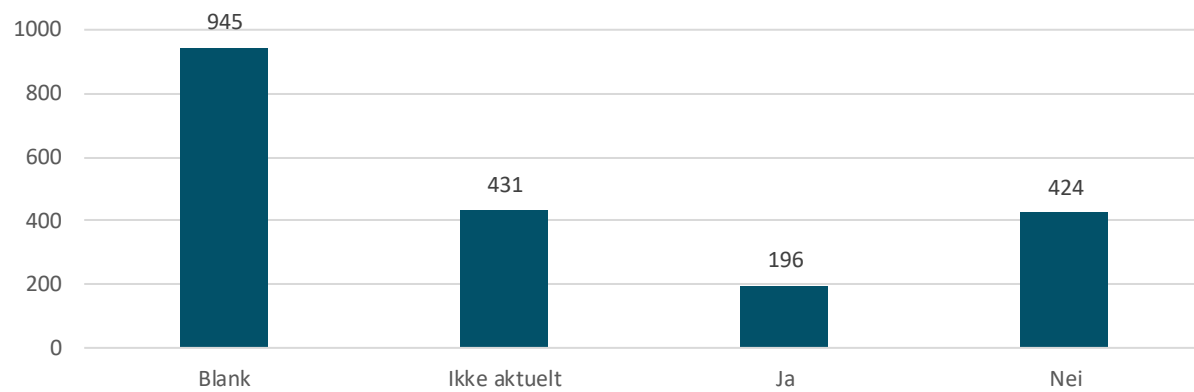
Figur B.10 Karies¹

¹ N=1996 pasienter.



Figur B.11 Periodontale lommer¹

¹ N=1996 pasienter.

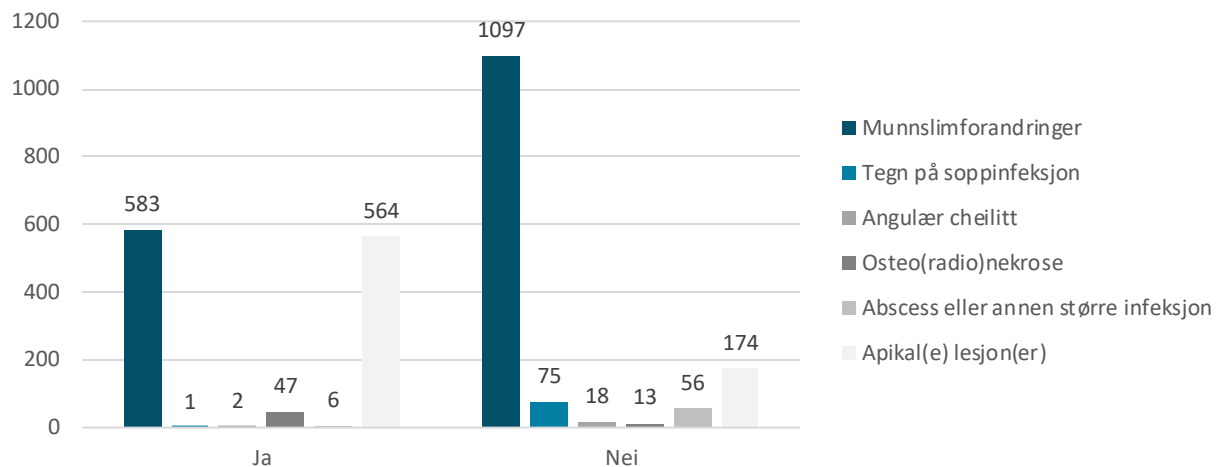


Figur B.12 Bleeding on probing¹

¹ N=1996 pasienter.

B.11 Andre resultater

Figur B.13 gir oversikt over andre resultater fra den kliniske undersøkelsen av munnhulen til voksne pasienter.



Figur B.13 Andre resultater fra klinisk undersøkelse av voksne pasienter^{1,2,3,4}

¹ N (munnslimforandringer) = 1680 pasienter.

² N (Tegn på soppinfeksjon) = 76 pasienter.

³ N (Angulær cheilitt) = 20 pasienter.

⁴ N (Osteo(radio)nekrose) = 60 pasienter.

⁵ N (Abscess eller annen større infeksjon) = 62 pasienter.

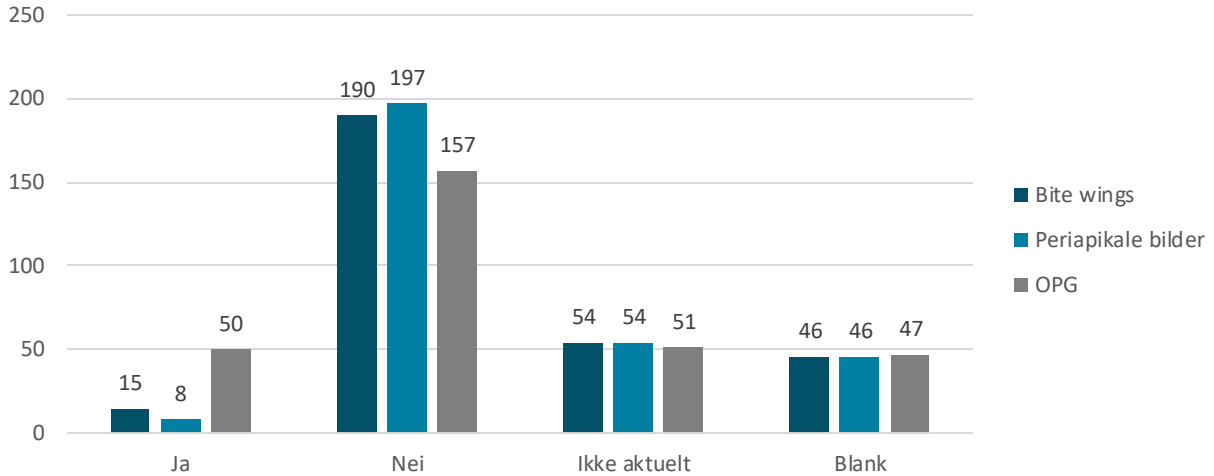
⁶ N (Apikal(e) lesjon(er)) = 738 pasienter.

Vedlegg C: Klinisk undersøkelse av munnhule for barn

I dette vedlegget presenteres flere av resultatene fra den kliniske undersøkelsen av munnhulen blant barn og unge (0-18 år) pasienter (se registreringskjemaet del 5.2). Utvalget er beskrevet nærmere i kapittel 3.1.

C.1 Oversikt over type røntgenbilder

Figur C.1 viser hvilken type røntgenbilde det er tatt av pasienten under undersøkelsen.

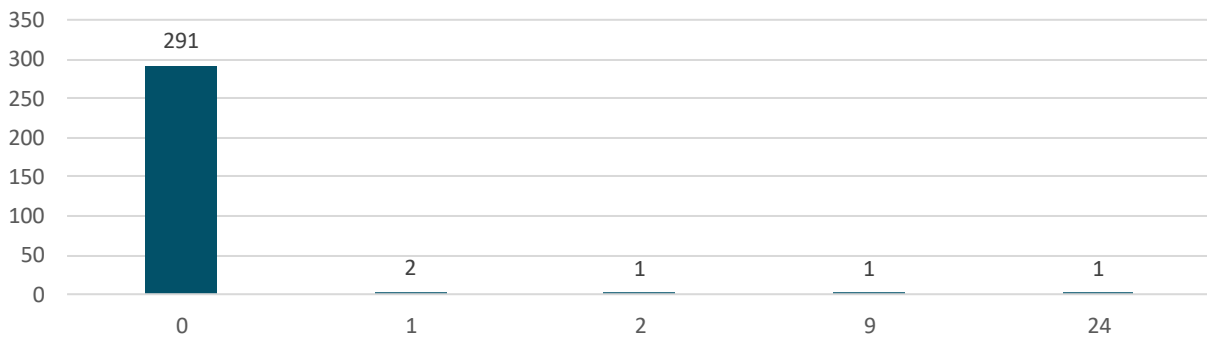


Figur C.1 Røntgenbilde¹

¹ N = 305 pasienter.

C.2 Antall rotrester

Figur C.2 viser antall rotrester hos barn i utvalget.

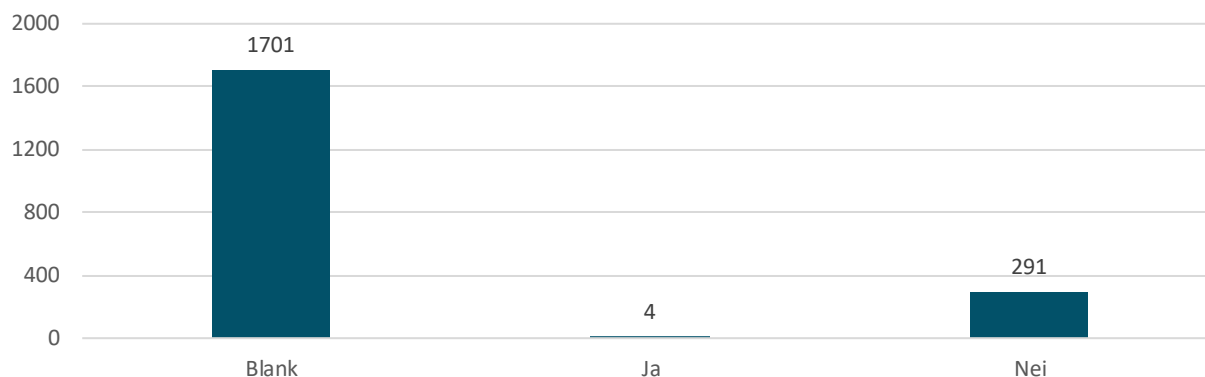


Figur C.2: Antall rotrester¹

¹ N=296 pasienter.

C.3 Munntørighet

Figur C.3 ser vi registreringen av munntørighet hos barn i utvalget på undersøkelsesdatoen.

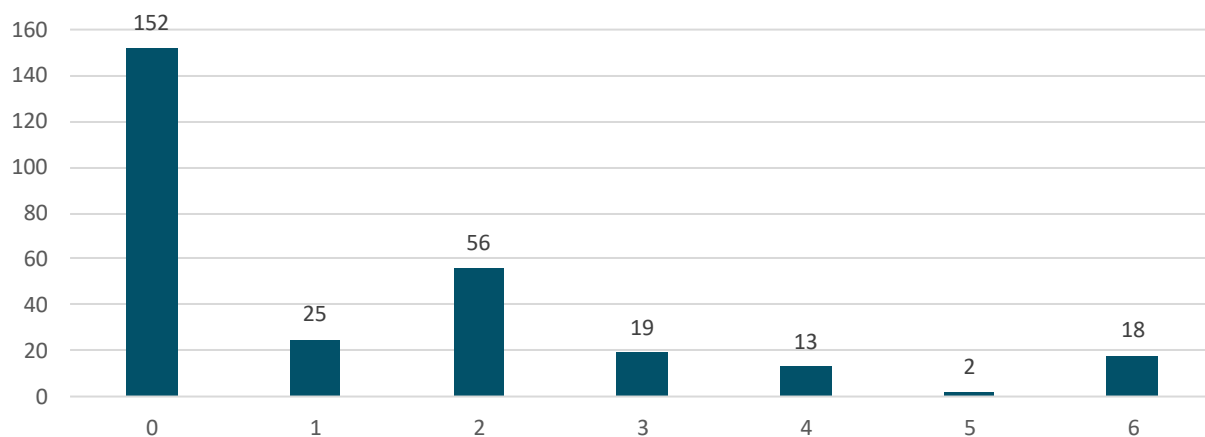


Figur C.3 Munntørighet¹

¹ N=1996 pasienter.

C.4 Forenklet plakk indeks

Figur C.4 gir oversikt over forenklet plakk indeks hos barn undersøkt i utvalget.

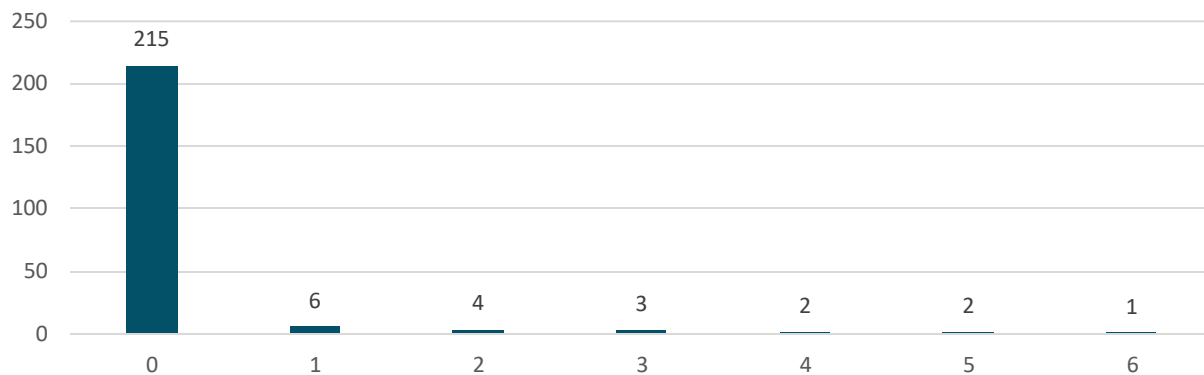


Figur C.4 Forenklet plakk indeks¹

¹ N = 285 pasienter.

C.5 Kariesangrep undersøkt i seng

For pasienter undersøkt i seng viser figur C.5 antall synlige kariesangrep.

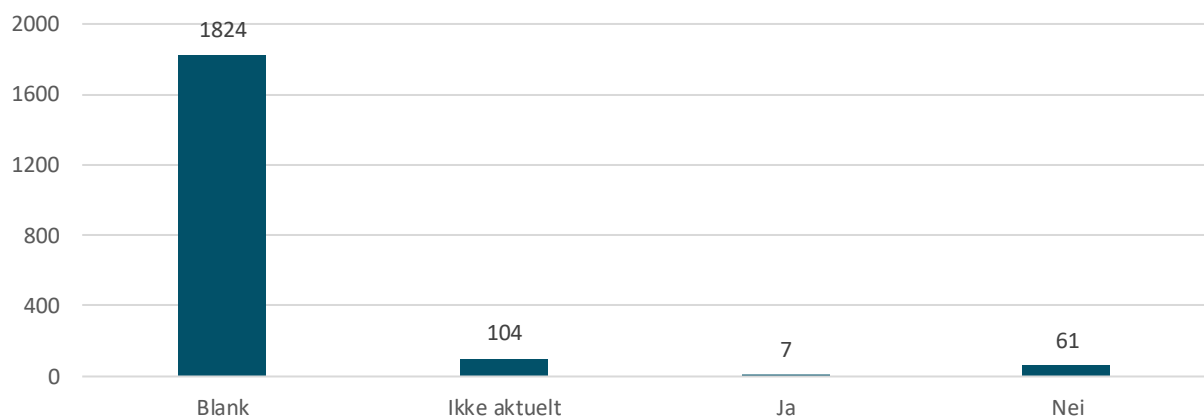


Figur C.5 Synlig kariesangrep¹

¹ N=235 pasienter.

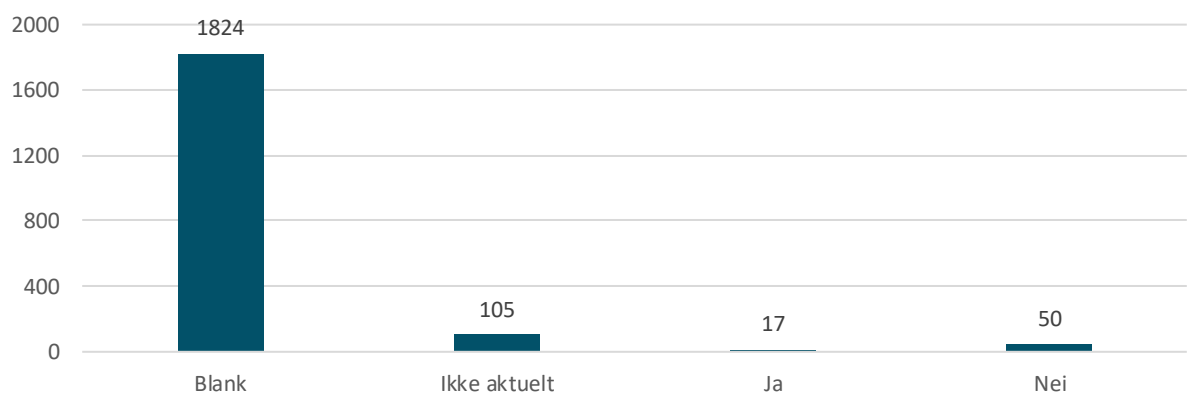
C.6 Kariesangrep og emaljekaries

Figur C.6 og C.7 viser om det er funnet funn av kariesangrep eller emaljekaries hos barn som er undersøkt i utvalget.



Figur C.6 Kariesangrep¹

¹ N=1996 pasienter.

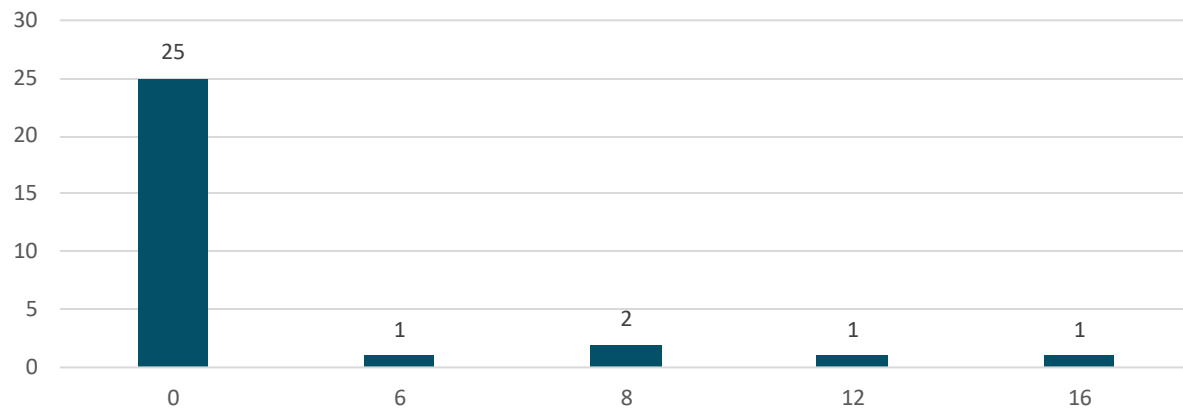


Figur C.7 Emaljekaries¹

¹ N=1996 pasienter.

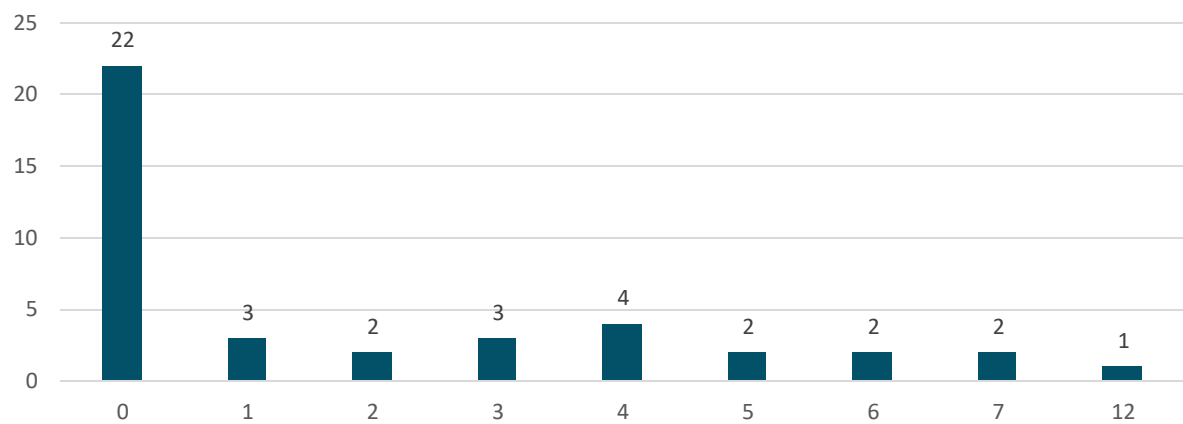
C.7 DMFT score

Figur C.8 og C.9 viser dmft og DMFT for henholdsvis aldersgruppene 0-6 år og 7-18 år.



Figur C.7 DMFT score for aldersgruppen 0-6 år¹

¹ N=30 pasienter.

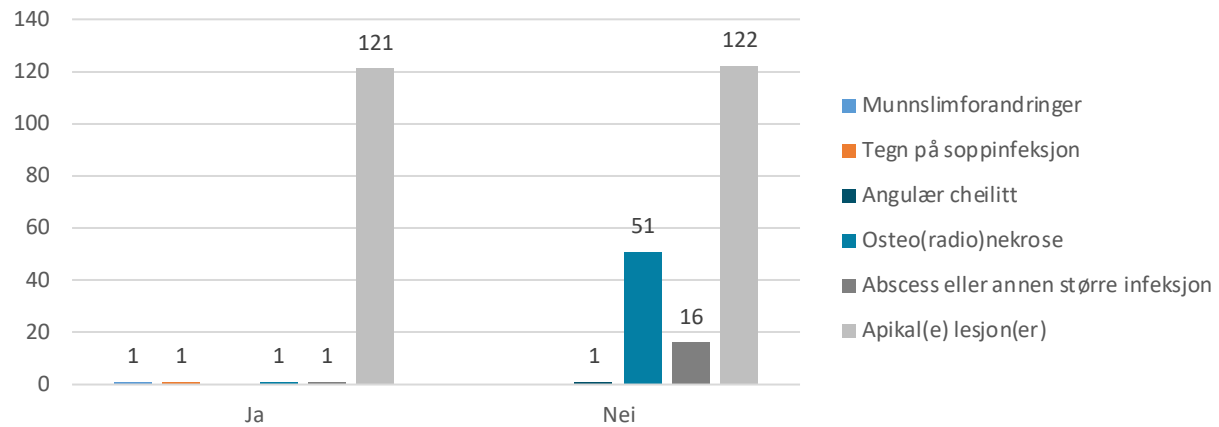


Figur C.8: DMFT score for aldersgruppen 7-18 år¹

¹ N=41 pasienter.

C.8 Andre bemærkninger

Figur C.10 gir en oversigt over andre resultater fra den kliniske undersøgelse af munnhulen til barn og unge (pasienter under 18 år).



Figur C.10 Andre resultater fra klinisk undersøkelse av barn og unge¹

¹ N (munnslimforandringer) = 1 pasienter.

² N (Tegn på soppinfeksjon) = 1 pasienter.

³ N (Angulær cheilitt) = 1 pasienter.

⁴ N(Osteo(radio)nekrose) = 52 pasienter.

⁵ N (Abscess eller annen større infeksjon) = 17 pasienter.

⁶ N (Apikal(e) lesjon(er)) = 243 pasienter.

Vedlegg D: Praktisk gjennomføring av datainnsamlingen på forsøkssykehusene

St. Olavs Hospital

Tabell D.1 Praktisk gjennomføring av datainnsamling på St. Olav

Avdeling	Pasientutvalg	Hyppighet	Anslått omfang	Kommentarer
Psykiatriske avdelinger	Avdelingene valgte ut pasientene	En gang i måneden på hver avdeling	Foreligger ikke totalantall fra avdeling	Mange pasienter ønsket ikke bli undersøkt. Ledelsen på avdelingene mente at dette trolig var pasienter som hadde størst behov for orale helsetjenester
Alderspsykiatri	Avdelingen valgte ut pasientene	En dag annen hver uke	80-100 pst. av pasientene	-
Barneavdeling (diabetes)	Henvendelse til innlagte pasienter	Fortløpende/sporadisk	Mindre andel av pasientene	Kartleggingen ble avsluttet som følge av koronapandemien.
Hjerteavdeling (hjerteoperasjon)	Avdelingen valgte ut pasientene	Om lag 1-2 pasienter per dag	90-100 pst. av pasientene	-
Slagavdeling	Henvendelse til innlagte pasienter	En-to dager i uken	Mindre andel av pasientene	-
Lungeavdeling	Henvendelse til innlagte pasienter	En-to dager i uken	Foreligger ikke totalantall fra avdeling	-
Geriatrisk avdeling	Henvendelse til innlagte pasienter	En-to dager i uken	Foreligger ikke totalantall fra avdeling	
ØNH-avdeling (kreft)	Henviste pasienter til forsøksordningen	Ved henvisning	Om lag halvparten av pasientene	-
ØNH-avdeling (søvnapne)	Henviste pasienter til forsøksordningen	Ved henvisning	100 pst. av pasientene	Kartleggingen ble avsluttet som følge av koronapandemien.

Haukeland Universitetssykehus*Tabell D.2 Praktisk gjennomføring av datainnsamling på HUS*

Avdeling	Pasientutvalg	Hyppighet	Anslått omfang	Kommentarer
Barneklinnk (onkologi og kardiologi)	Henvendelse til pasientene	Fortløpende/sporadisk	-	-
HABU (habilitering for barn og unge)	Henvendelse til pasientene	Tre dager i uken	-	-
Hjerteavdeling (hjerteoperasjon)	Henviste pasienter til forsøksordningen	Ved henvisning	-	-
Medisinsk avdeling	Henviste pasienter til forsøksordningen	Ved henvisning	-	-
Kreftavdeling	Henviste pasienter til forsøksordningen	Ved henvisning	-	-
Andre avdelinger	Henviste pasienter til forsøksordningen	Ved henvisning	-	-

Oslo Universitetssykehus

Tabell D.3 Praktisk gjennomføring av datainnsamling på OUS

Avdeling	Pasientutvalg	Hyppighet	Anslått omfang	Kommentarer
Sengepost for barn med hud-, nevrologisk- og revmatologiske sykdommer (Ullevål)	Henvendelse til innlagte pasienter	Fortløpende/sporadisk	90-100 pst. av pasientene	Aktivt jobbet for å unngå dobbelscreening.
Sengepost for organtransplantasjoner (barn) (Ullevål)	Henvendelse til innlagte pasienter	Fortløpende/sporadisk	90-100 pst. av pasientene	-
ØNH-sengepost (Ullevål)	Henvendelse til innlagte pasienter	To dager i uken	40-50 pst. av pasientene	-
Sengepost for blodsykdommer (Ullevål)	Henvendelse til innlagte pasienter	En-to dager i uken	40-50 pst. av pasientene	-
Polikliniske pasienter ved Tann og kjeveenheten (Rikshospitalet)	Henvendelse til pasienter på poliklinikk	-	90-100 pst. av pasientene	Polikliniske pasienter er selektert av lege.
ØNH-kreftpasienter som er under strålebehandling mot hode-halsområde (Radiumhospitalet)	Henvendelse til pasienter på poliklinikk	To dager i uken	60-70 pst. av pasientene	Polikliniske pasienter er selektert av lege. Aktivt jobbet for å unngå dobbelscreening.

Universitetssykehuset i Nord-Norge

Tabell D.4 Praktisk gjennomføring av datainnsamling på UNN

Avdeling	Pasientutvalg	Hyppighet	Anslått omfang	Kommentarer
Gereatrisk avdeling	Henvendelse til innlagte pasienter	En dag hver tredje uke	Foreligger ikke totalantall fra avdeling	-
Fysikalsk medisinsk avdeling	Henvendelse til innlagte pasienter	En dag hver tredje uke	Foreligger ikke totalantall fra avdeling	-
Infeksjonsavdelingen	Henvendelse til innlagte pasienter	En dag hver tredje uke	Foreligger ikke totalantall fra avdeling	-

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Tabell D.5 Praktisk gjennomføring av datainnsamling på LDS

Avdeling	Pasientutvalg	Hyppighet	Anslått omfang	Kommentarer
Gastro	Henvendelse til innlagte pasienter	To dager i uken	Mindre andel av pasientene	Kartleggingen i stor grad påvirket av koronapandemien og andre uforutsette årsaker.