

Jostein Grytten, Ida Rashida Khan Bukholm, Carl Christian Blich, Gunnar Rongen, Irene Skau

Norsk pasientskadeerstatning – diagnostikk- og behandlingssvikt. En oversikt.

Jostein Grytten, professor, Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo.

Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus

Ida Rashida Khan Bukholm, fagsjef pasientsikkerhet, Norsk pasientskadeerstatning

Carl Christian Blich, universitetslektor, Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo

Gunnar Rongen, forsker, Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo

Irene Skau, forsker, Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo

Kontaktperson:

Jostein Grytten, Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo,

Postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo

Epost: josteing@odont.uio.no

Sammendrag

De privatpraktiserende tannlegene har siden 2009 vært pålagt å tilmelde seg Norsk pasientskadeerstatning (NPE). De betaler tilskudd til NPE som skal dekke administrasjonskostnader og erstatningsutbetalinger. Det har til nå vært begrenset kunnskap om hvem som får medhold i NPE, på hvilket grunnlag erstatninger utbetales og hvordan avslags- og medholdssakene fordeler seg tannlegene mellom. Formålet med studien er tre-delt. Først å beskrive avslags- og medholdssakene utfra kjennetegn ved pasientene. Dernest presenterer vi fordelingen av medholdssakene utfra tjenestetype. Avslutningsvis undersøker vi om medholdssakene er tilfeldig fordelt mellom tannlegene, eller om erstatningsutbetalingene er konsentrert rundt færre virksomheter. Analysene ble utført på en anonymisert datafil med samtlige erstatningskrav til NPE i tidsrommet 2010-2018.

Det har vært en markant økning i både avslag- og medholdssaker, og andelen av medholdssaker har vært relativt konstant i de enkelte år, det vil si mellom 42 % og 50 %. De fleste saker gjelder protetik og endodonti. Et lite mindretall behandlingssteder står for en høy andel av medholdssakene. Dette reiser spørsmål om ordningens legitimitet blant det store flertallet tannleger som sjelden eller aldri opplever å ha pasientklager hos NPE. Våre funn underbygger også Helse- og omsorgsdepartementet sitt høringsforslag om ikke lenger å differensiere tilskuddet til ordningen mellom de tannleger som arbeider innen oral kirurgi og oral medisin og innen oral protetik og implantater, og de som ikke jobber innenfor disse disiplinene.

Hovedbudskap

- Det har vært en markant økning i både avslag- og medholdssaker hos NPE i perioden 2010-2018
- Antallet medholdssaker er likevel fortsatt lavt
- Et lite mindretall behandlingssteder står for en høy andel av medholdssakene
- Resultatene underbygger Helse- og omsorgsdepartementet sitt høringsforslag om ikke lenger å differensiere tilskuddet til ordningen mellom de ulike grupper tannleger

Innledning

Fra 1. januar 2009 ble det endringer i privatpraktiserende tannlegers ansvarsforsikring, i det de måtte tilmelde seg Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og betale tilskudd til erstatningsordningen (1,2). Det hadde i mange år vært et krav for å benytte autorisasjonen som tannlege at man hadde ansvarsforsikring. De offentlig ansatte tannlegene var forsikret gjennom arbeidsgiver. I 1999 ønsket Den norske tannlegeforening å sikre at alle foreningens privatpraktiserende tannleger også hadde slik forsikring. Dette skjedde gjennom at ordningen ble knyttet til og administrert gjennom medlemskapet i foreningen.

Etter den gamle ordningen fikk pasientene utbetalt erstatning dersom de vant gjennom med sin sak i rettsapparatet eller om forsikringsgiver erkjente ansvar og dekket erstatningen. Pasientens bevisbyrde – i erstatningsrettslig forstand - for at tannlegen hadde handlet uaktsomt, kunne ofte være så streng at bare de færreste sakene som endte i rettssystemet ble avgjort i pasientens favør (3). På den annen side hadde Den norske tannlegeforenings klagenemnder en rekke saker til behandling der en ikke ubetydelig andel endte med medhold til pasientene. Disse sakene handlet imidlertid aldri om erstatning. Klagenemndene tok heller ikke stilling til underbehandling. Det var hovedsakelig saker som tok for seg omgjøringer eller tilbakebetaling av honorar der et arbeid viste seg å svikte eller ikke holde anerkjent faglig standard. Klagenemndene bidro også til å senke konfliktnivået ved å gi informasjon og begrunnelser til pasientene i saker som ikke gikk i deres favør.

Hovedregelen etter pasientskadeloven er et sviktansvar, et såkalt objektivisert ansvar. Dette går i hovedsak ut på at NPE blir erstatningsrettslig ansvarlig selv om pasientskaden ikke skyldes uaktsomhet fra tannlegen sin side (3). I forhold til tannlegenes tidligere ansvarsforsikring skulle det nå bli enklere for pasienter å få erstatning (3). Det har siden den privatpraktiserende helsetjenesten ble omfattet av pasientskadeordningens virkeområde, vært en gradvis økning i utbetalingene, noe som delvis skyldes at ordningen over tid har blitt mer kjent både blant pasienter og tannleger. I perioden 2009-2017 var de samlede erstatningsutbetalingene 66 millioner kroner fordelt på nesten 900 pasienter (4).

Det har vært begrenset kunnskap om hvem som får medhold i NPE, på hvilket grunnlag erstatninger utbetales og hvordan avslags- og medholdssakene fordeler seg tannlegene mellom. Formålet med studien er derfor tre-delt. Først å beskrive avslags- og medholdssakene utfra pasientenes kjønn, alder og geografi. Dernest presenterer vi fordelingen av medholdssakene utfra tjenestetype. For hvilke typer tannbehandlinger blir det oftest utbetalt erstatninger? Avslutningsvis undersøker vi om medholdssakene er tilfeldig fordelt mellom tannlegene, eller om erstatningsutbetalingene er konsentrert rundt et lite mindretall. I så fall åpner det for en diskusjon innad i profesjonen knyttet til ordningens legitime eksistens. I hvilken grad skal det store flertallet av tannleger bære det økonomiske ansvaret for feildiagnostikk og/eller feilbehandling utført av et lite mindretall av deres kolleger?

Materiale og metode

Data og variabler

Analysene ble utført på en anonymisert datafil med samtlige erstatningskrav til NPE i tidsrommet 2010-2018. Datafilen inneholdt opplysninger om pasientens kjønn, alder og bostedsfylke. De øvrige variabler var: hvorvidt pasienten fikk medhold eller ikke, årsak til eventuelt medhold eller avslag og antall år fra krav ble fremmet og til vedtak ble fattet. For hvert innrapportert erstatningskrav inneholdt filen detaljerte tekstopplysninger om skadetype og dens omfang. Disse ble gjennomgått manuelt av en av våre medforfattere (CCB) og gruppert i henhold til de mest vanlige typer tannlegetjenester. Siden dette var en tidkrevende prosess ble denne grupperingen bare gjort for årene 2010, 2014 og 2018.

NPE tillot ikke utlevering av data som kunne identifisere den enkelte tannlege slik som tannlegens kjønn, alder og utdanningsår. Vi fikk utlevert opplysninger om pasientens behandlingssted som tilsvarer praksisnivå. Vi vet ikke hvilke tannleger og hvor mange tannleger som jobbet på hvert behandlingsted.

Analyser

Resultater ble fremstilt i univariate frekvenstabeller og bivariate krystabeller. Forskjeller mellom grupper ble testet med en chi-kvadrat test. Signifikansnivået ble satt til $p < 0.05$.

Resultater

Avslag og medhold – pasientkjennetegn og saksbehandlingstid i NPE

Fra 2010 til 2018 var det en markant økning i både avslag- og medholdssaker; fra 140 til 419 (tabell 1). Over hele perioden var den prosentvise veksten størst for medholdssakene – hele 250 %. Den samlede veksten for avlagssakene var litt lavere – 161,3 %. Andelen saker som fikk medhold er relativt konstant de enkelte år. For perioden samlet er medholdsprosenten 44 (tabell 1).

Kvinner sto for 64,6 % av totalt antall saker (tabell 2). Om lag 40 % av sakene gjaldt pasienter i alderen 41-60 år. Mer enn 3 av 4 saker gjaldt behandling i privat tannhelsetjeneste.

Andelen som har fått medhold i sitt erstatningskrav er klart størst blant pasienter over 60 år (51,9 %) (p-verdi <0,0001). For pasienter under 40 år er medholdsprosenten 37,9. Medholdsprosenten er større for behandling i privat enn i offentlig tannhelsetjeneste (p-verdi <0,0001), mens forskjellen mellom menn og kvinner er mindre (p-verdi = 0,05). Forskjellene mellom aldersgruppene og mellom tannhelsesektorene er klart signifikante. Forskjellene mellom kjønnene er signifikant på 5 % nivå.

For perioden 2010 til 2018 var den gjennomsnittlige tiden det tok fra mottak av søknad om erstatning og til vedtak ble fattet 0,8 år. Det var bare ubetydelige variasjoner fra år til år.

Medhold etter type tjenester

Figur 1 viser medholdssaker fordelt etter hovedtype tannhelsetjenester for årene 2010, 2014 og 2018. I 2010 utgjorde kroner/bro/endodonti 48 % av alle medholdssakene. I 2014 og 2018 hadde denne andelen økt til 61%. Andelen saker for kirurgi har gått ned, mens andelen som gjelder diagnostikk har økt. I 2018 sto feildiagnostisering for nesten 1 av 3 medholdssaker.

I tabell 3 gis en mer detaljert fordeling av medholdssakene ut fra typer tannhelsetjenester. I 2018 var det flest medholdssaker for broer – det utgjorde hele 30 % av alle sakene (tabell 3). Deretter fulgte endodonti (23,4 %) og underdiagnostikk av karies

(12,9 %). Til sammen utgjorde broer, endodonti og underdiagnostikk av karies 66,5 % av alle medholdssakene. For de øvrige typer tjenester var andelen som fikk medhold spredt jevnt utover og utgjorde godt under 10%.

Medhold etter fylke

I tabell 4 viser vi antall medholdssaker per 100 000 innbyggere fordelt etter fylke for perioden 2010-2018. I ni fylker har det vært en økning i antall medholdssaker. Oppland og Vestfold peker seg ut med en økning i antall saker over gjennomsnittet. I Nordland og Rogaland har veksten også vært markant. I åtte fylker har antall medholdssaker vært lav over hele perioden. Dette gjelder Akershus, Buskerud, Aust-Agder, Hordaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Trøndelag og Finnmark.

Medhold etter behandlingssted

I tabell 5 viser vi antall medholdssaker (n=1199) fordelt på behandlingssted for perioden 2010-2018. Totalt var de 1199 sakene fordelt på 628 behandlingssteder. Av disse hadde 451 av behandlingsstedene bare én medholdssak, 101 behandlingssteder hadde 2 saker og 35 behandlingssteder hadde 3 saker.

Til sammen 12 behandlingssteder hadde mer enn 10 saker. Disse representerte 299 av de 1199 medholdssakene, noe som tilsvarer 24,9 % av alle sakene. Tre behandlingssteder hadde mer enn 30 saker. Dette representerte 12,8 % av alle medholdssakene.

Diskusjon

Med få unntak har det ikke vært gjort noen systematisk gjennomgang av det etter hvert omfattende tallmaterialet som nå er tilgjengelig hos NPE helt tilbake til 2009 (5-7). I to av de foreliggende studier har fokuset vært å undersøke kvaliteten på implantatbehandling. Forfatterne konkluderer i den ene studien med at det ikke er mulig på bakgrunn av data fra NPE å vurdere kvaliteten på implantatbehandling (7). I den andre studien ble 67 medholdssaker for implantatprotetikk analysert for perioden 2009-2017 (5). Forfatterne

fant at hovedtyngden av klagen gjaldt allmenntannleger, og i mindre grad spesialister. Vi hadde ikke i vårt materiale muligheter til å skille mellom hvilke typer tannlege klagen var rettet mot. Det er likevel en styrke ved vår studie at vi har analysert alle typer tannhelsetjenester. Det var flest klager i den private tannhelsetjenesten – noe som ikke er overraskende (tabell 2). Dette skyldes at kroner/bro/endodonti, som utgjorde de fleste klagesakene, hovedsakelig blir utført i den private tannhelsetjenesten, og da fortrinnsvis hos de eldste pasientene (8). I Den offentlige tannhelsetjenesten behandles hovedsakelig barn, derfor blir antallet klagesaker der lavt.

Vi hadde muligheter til å belyse trender da analysene strakk seg over et tidsrom på til sammen 9 år. Vår analyse av trender viser at det har vært en kraftig prosentvis økning i medholdssakene over disse 9 årene (tabell 1). Dette må selvsagt sees i lys av at nivået på medholdssakene var lavt i starten av perioden. Det er rimelig å anta at det har tatt noe tid før ordningen ble godt nok kjent både blant tannleger og pasienter. Etter hvert som ordningen ble bedre kjent kan det ha medført flere rapporteringer av nye så vel som gamle feil, og da kanskje feil begått av en annen tannlege. Herunder er det også å bemerke at noen av de lokale klagenemndene var aktive frem til om lag 2013. De kan ha håndtert saker som ellers ville ha havnet hos NPE. Innkjøringsperioden bør imidlertid nå være over. Det er derfor grunn til å anta at tallene for den siste del av perioden er rimelig representative for både nivå og fordeling av medholdssaker i tannhelsetjenesten.

Umiddelbart kan det synes som at antallet medholdssaker ikke er spesielt høyt, heller ikke i slutten av perioden (tabell 1). En slik slutning kan imidlertid ikke trekkes på grunnlag av tallene i seg selv, men må sees i lys av hvor mange behandlinger som faktisk utføres i voksenbefolkningen. Det finnes ikke presise estimater på volumet av de ulike tannbehandlinger i Norge.

På bakgrunn av surveyundersøkelser kan man likevel anslå at 10-15 % av befolkningen 20 år og eldre får en krone/bro eller en rotfylling i løpet av ett år (8,9). Dette tilsvarer fra 400 000 til 600 000 nordmenn. I 2018 var det til sammen 128 medholdssaker som gjaldt krone/bro eller endodonti (tabell 3). Fordeles dette ut på vårt anslag for den relevante populasjonen som fikk disse behandlingene får vi en medholdsrate på ca. 0,00025. I praksis betyr dette at av 10 000 pasienter som får krone-/bro- eller endo, så får 2-3 pasienter medhold i at de har krav på erstatning etter behandlingen. Dette er ikke et

høyt tall. Funnet understøtter flere undersøkelser som viser at pasientene er godt fornøyd med den tannbehandlingen de mottar (10,11).

Det er likevel bekymringsfullt at 12 behandlingssteder stod bak nesten en fjerdedel av alle medholdssakene. Vi vet ikke med sikkerhet om store praksiser er mer representert enn små praksiser. Men vi vet at det ofte er samme tannlege som er representert med flere klager (12). Det er også grunn til å tro at mange av de 12 behandlingsstedene med flest klager (tabell 5) er lokalisert i de fylkene som har flest klagesaker (tabell 4). Våre fylkesvise analyser som viser utviklingen fra 2010 til 2018, tyder således på at den uheldige behandlingkulturen har pågått over noe tid (tabell 4). Utfra et pasientsikkerhetsperspektiv er det problematisk om disse tannlegene kan utøve sin virksomhet uavhengig av hvor mange erstatningssaker de får mot seg. Tannlegene kan ha rammet langt flere pasienter enn de som har oppdaget feilbehandlingen, og som har fremsatt erstatningskrav til NPE.

NPE har lovhjemmel til å varsle tilsynsmyndigheten når de blir oppmerksom på forhold som utgjør en fare for pasientsikkerheten, og dette blir også gjort i enkeltsaker (13). Derfor, når NPE får kjennskap til mye feil og mangler fra samme behandler, så kan dette bringes under bedre kontroll. På sikt vil dette kunne spare NPE for store erstatningsutbetalinger. Tilskuddet som tannlegene betaler for det obligatoriske medlemskapet i NPE kan i neste omgang da reduseres.

Det kan, på grunnlag av våre funn, også stilles spørsmål ved om det er riktig å differensiere tilskuddet utfra hvilken type tannlegevirksomhet som utøves. I dag er tilskuddsinnbetalingen til NPE 23 345 kr for tannleger som arbeider innen oral kirurgi og oral medisin og innen oral protetik og implantater. For de øvrige tannleger er tilskuddet 13 214 kr. Antallet medholdssaker er ikke overrepresentert for behandlinger knyttet til oral kirurgi og oral medisin og implantater (tabell 3). Utfra et rettferdighetsperspektiv kan det da argumenteres for at tilskuddsinnbetalingen til NPE burde være mer lik, uavhengig av hvilken type tannlegevirksomhet som utøves. Dette er også ett av forslagene i et nylig utarbeidet høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet om endringer i pasientskadeloven (14). Der foreslås det mellom annet endringer som sikrer en mer rettferdig kostnadsfordeling mellom de ulike helsepersonellgrupper.

Konklusjon

Det har vært en markant økning i både avslag- og medholdssaker hos NPE i perioden 2010-2018. Andelen medholdssaker har vært relativt konstant i de enkelte år, det vil si mellom 42 % og 50 %. Antallet medholdssaker er likevel lavt sett i lys av all den diagnostikk og behandling som utføres i tannhelsetjenesten i dag. Et lite mindretall behandlingssteder står for en høy andel av medholdssakene. Dette reiser spørsmål om ordningens legitimitet blant det store flertallet tannleger som sjelden eller aldri opplever å ha pasientklager hos NPE. Våre funn underbygger Helse- og omsorgsdepartementet sitt forslag om ikke lenger å differensiere tilskuddet til ordningen mellom de tannleger som arbeider innen oral kirurgi og oral medisin og innen oral protetik og implantater, og de som ikke jobber innenfor disse disiplinene.

REFERANSER

1. Reite DE. Norsk Pasientskadeerstatning: Praktiske konsekvenser av ny pasientskadeerstatning. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2009; 119: 453-4.
2. Dyvi EB. Overgang til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE): Litt dyrere, ellers som før. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2009; 119: 48-9.
3. Den norske tannlegeforening. Ansvarsforsikring og NPE. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2011; 121: 1015.
4. Norsk Pasientskadeerstatning. Statistikk for privat helsetjeneste 2009-2017. Oslo: Norsk Pasientskadeerstatning; 2018. <https://www.npe.no/no/Om-NPE/statistikk/Rapport-privat-helsetjeneste> (lest 27.08.2019)
5. Caban M, Hjortsjö C. Complaints about implant treatment to Norwegian System of Patient Injury Compensation (NPE). Manuskript under vurdering.
6. Mohamedali H, Myklebust DBO. Innvilgende erstatningskrav for privat tannhelsetjeneste behandlet i 2009-2016 av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). En analyse med spesielt fokus på feil behandlingsteknikk/metode ved kroneterapi [integert masteroppgave i odontologi]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2019.
7. Lie SA, Lygre GB, Reichhelm I, Eggum E, Bull VH, Gjengedal H. Data fra Helfo og Norsk pasientskadeerstatning gir liten informasjon om kvalitet og omfang av behandling med tannimplantater i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2019; 129: 776-82.
8. Grytten J, Skau I, Holst D. Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge – behandlingsprofiler og tilgjengelighet til tannlegen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 276-83.
9. Grytten J, Holst D, Skau I. Demand for and utilization of dental services according to household income in the adult population in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40: 297-305.
10. Grytten J, Holst D, Skau I. Tilfredshet med tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2004; 114: 622-6.

11. Grytten J, Blich CC, Skau I. Tilfredshet med tannhelsetjenesten i den voksne befolkningen. Rapport. Oslo: Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo; 2017.
12. Brækhus LA. Feilbehandling hos tannlegen: Over 1000 pasienter har fått erstatning. ABC Nyheter 30.09.2019. <https://www.abcnyheter.no/helse-og-livsstil/helse/2019/09/30/195614759/feilbehandling-hos-tannlegen-over-1000-pasienter-har-fatt-erstatning> (lest 09.11.2019)
13. Norsk Pasientskadeerstatning. Melding om forhold som kan danne grunnlag for tiltak fra tilsyn, barnevern eller annen offentlig myndighet. Fagnotat. Oslo: Norsk Pasientskadeerstatning; 2019.
14. Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat. Forslag til endringer i pasientskadeloven og forskrift til pasientskadeloven – endringer i tilskuddsordningen for privat helsetjeneste mv. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3fa76a73c98f4bdf8f8721d920d7e5bf/1-hoeringsnotat-tjh.pdf> (lest 27.08.2019)

English summary

The Norwegian System of Patient Injury Compensation – deficiencies in diagnosis and treatment. An overview

Since 2009, liability insurance for private dentists has been linked to the Norwegian System of Patient Injury Compensation (NPE). Until now, there has been limited information about complainants who receive decisions in their favour, the conditions for paying compensation, and the distribution among dentists of cases that are approved or rejected. The study had three aims. The first aim was to describe the distribution of approved and rejected cases according to characteristics of the patient. The second aim was to present the distribution of approved cases according to the type of service. The third aim was to examine whether approved cases are randomly distributed between dentists, or whether payment of compensation is concentrated among a selection of dental practices. The analyses were carried out using a data file with anonymous data for all claims for compensation received by NPE during the period 2010-2018.

There has been a large growth in approved cases during this period. However, the number of approved cases is still small. Most cases are for prosthetic and endodontic treatment. A small number of clinics account for a large proportion of approved cases. This raises the question of the legitimacy of the system among the majority of dentists, who seldom or never have complaints sent to NPE. Our findings also give reason to discuss whether it is appropriate to continue to differentiate the cost of the premium dentists pay to NPE, according to those who work within oral surgery and oral medicine, prosthetics and implants, or none of these disciplines.

Tabell 1. Antall avslags- og medholdssaker ut fra året vedtaket ble fattet. 2010-2018.

| Type vedtak | Alle år samlet | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Prosentvis vekst 2010-2018 |
|-----------------|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------------------------|
| Avslag | 1 514 | 80 | 135 | 106 | 136 | 227 | 208 | 214 | 199 | 209 | 161.3 |
| Medhold | 1 199 | 60 | 104 | 76 | 109 | 141 | 158 | 179 | 162 | 210 | 250.0 |
| I alt | 2 713 | 140 | 239 | 182 | 245 | 368 | 366 | 393 | 361 | 419 | 199.3 |
| Prosent medhold | 44.2 | 42.9 | 43.5 | 41.8 | 44.5 | 38.3 | 43.2 | 45.5 | 44.9 | 50.1 | |

Tabell 2. Antall saker totalt og andel medholdssaker fordelt på pasientenes kjønn, alder og tannhelsesektor. Totalt antall for årene 2010-2018.

| Forklaringsvariabel | Totalt antall saker | | Antall medholdssaker | | Kji-kvadrat (p-verdi) |
|-----------------------------|---------------------|---------|----------------------|---------|--------------------------|
| | (n) | Prosent | (n) | Prosent | |
| Kjønn | | | | | |
| Kvinne | 1 752 | 64.6 | 750 | 42.8 | 3.63 (0.056) |
| Mann | 961 | 35.4 | 449 | 46.7 | |
| Alder | | | | | |
| <= 40 år | 1 023 | 37.7 | 388 | 37.9 | 32.49 (<0.0001) |
| 41-60 år | 1 106 | 40.8 | 508 | 45.9 | |
| Over 60 år | 584 | 21.5 | 303 | 51.9 | |
| Sektor | | | | | |
| Offentlig tannhelsetjeneste | 596 | 22.0 | 184 | 30.9 | 55.14 (<0.0001) |
| Privat tannhelsetjeneste | 2 117 | 78.0 | 1 015 | 47.9 | |

Tabell 3. Medholdssaker fordelt etter type tannhelsetjeneste. 2010-2018. Antall og prosent.

| Type tannhelsetjeneste | 2010 | | 2014 | | 2018 | |
|------------------------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Krone/ bro/endodonti: | | | | | | |
| Kroner (laminater) | 8 | 13.3 | 12 | 8.5 | 14 | 6.7 |
| Broer | 4 | 6.7 | 24 | 16.9 | 46 | 22.0 |
| Kroner og broer | 1 | 1.7 | 4 | 2.8 | 11 | 5.3 |
| Implantatprotetikk | 1 | 1.7 | 4 | 2.8 | 4 | 1.9 |
| Proteser | 0 | 0.0 | 4 | 2.8 | 4 | 1.9 |
| Endodonti | 12 | 20.0 | 33 | 23.2 | 33 | 15.8 |
| Kroner og endodonti | 3 | 5.0 | 3 | 2.1 | 10 | 4.8 |
| Broer og endodonti | 0 | 0.0 | 2 | 1.4 | 5 | 2.4 |
| Kroner og broer og endodonti | 0 | 0.0 | 1 | 0.7 | 1 | 0.5 |
| Kirurgi: | | | | | | |
| Implantatkirurgi | 2 | 3.3 | 9 | 6.3 | 2 | 1.0 |
| Kirurgi – annet eks. visdomstenner | 6 | 10.0 | 6 | 4.2 | 4 | 1.9 |
| Diagnostikk: | | | | | | |
| Underdiagnostikk -karies | 3 | 5.0 | 5 | 3.5 | 27 | 12.9 |
| Underdiagnostikk - perio | 1 | 1.7 | 5 | 3.5 | 15 | 7.2 |
| Underbehandling - fylling og perio | 1 | 1.7 | 2 | 1.4 | 16 | 7.7 |
| Overbehandling protetikk | 0 | 0.0 | 2 | 1.4 | 2 | 1.0 |
| Feil diagnose | 7 | 11.7 | 6 | 4.2 | 5 | 2.4 |
| Annet: | | | | | | |
| Dårlig kvalitet på fylling(er) | 0 | 0.0 | 5 | 3.5 | 7 | 3.3 |
| Kjeveortopedi | 2 | 3.3 | 4 | 2.8 | 3 | 1.4 |
| Tannteknikk/materialer | 1 | 1.7 | 2 | 1.4 | 0 | 0.0 |
| Ikke mulig å klassifisere | 8 | 13.3 | 9 | 6.3 | 0 | 0.0 |
| Sum | 60 | 100.0 | 142 | 100.0 | 209 | 100.0 |

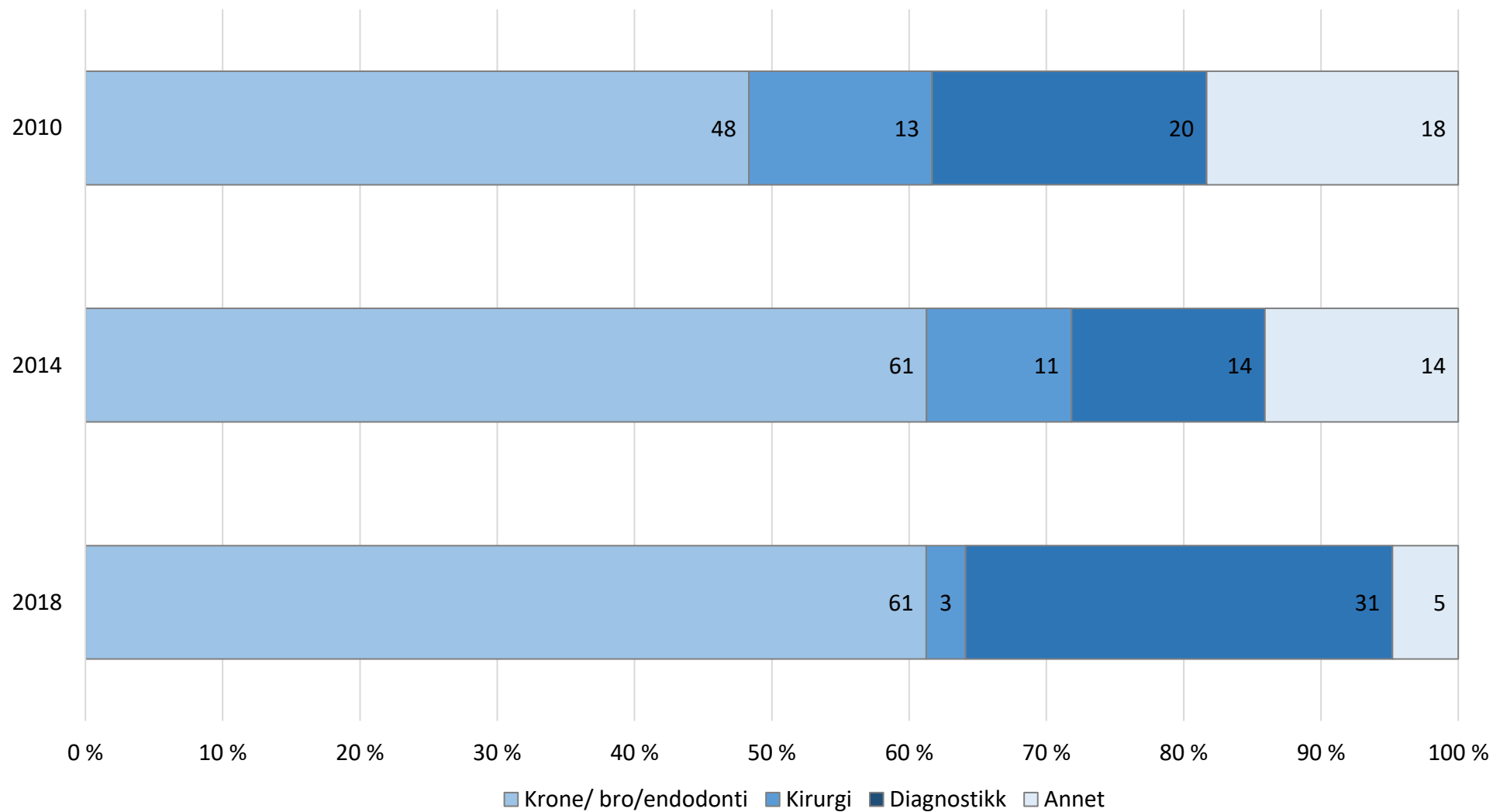
Tabell 4. Fylkesvise forskjeller i antall medholdssaker per 100 000 innbygger. 2010-2018

| Fylke | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|
| Østfold | 1.84 | 1.82 | 2.16 | 3.91 | 5.62 | 4.53 | 3.11 | 3.76 | 3.72 |
| Akershus | 0.19 | 1.65 | 0.72 | 1.06 | 1.22 | 1.88 | 1.01 | 0.99 | 0.65 |
| Oslo | 2.39 | 3.51 | 2.61 | 4.33 | 3.78 | 4.32 | 6.38 | 5.55 | 3.86 |
| Hedmark | 0.52 | 1.57 | 2.08 | 5.68 | 6.17 | 5.64 | 3.07 | 3.57 | 4.57 |
| Oppland | 1.08 | 1.61 | 1.60 | 1.07 | 1.07 | 4.24 | 4.76 | 9.50 | 20.54 |
| Buskerud | 0.78 | 2.30 | 0.00 | 1.86 | 1.10 | 1.82 | 1.44 | 1.43 | 0.71 |
| Vestfold | 0.43 | 6.42 | 2.54 | 2.09 | 3.74 | 4.53 | 10.61 | 9.31 | 17.67 |
| Telemark | 0.00 | 1.77 | 1.18 | 1.76 | 2.92 | 4.65 | 0.58 | 4.04 | 2.31 |
| Aust-Agder | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1.76 | 0.00 | 0.86 | 2.57 | 0.00 |
| Vest-Agder | 1.76 | 0.58 | 0.57 | 1.13 | 1.12 | 3.87 | 2.74 | 1.09 | 2.68 |
| Rogaland | 2.34 | 0.69 | 0.45 | 0.66 | 1.31 | 2.15 | 2.98 | 1.70 | 6.55 |
| Hordaland | 1.68 | 1.86 | 1.02 | 1.41 | 1.78 | 1.56 | 2.90 | 1.15 | 1.15 |
| Sogn og Fjordane | 0.00 | 0.00 | 1.85 | 2.76 | 1.84 | 0.92 | 0.91 | 0.91 | 0.00 |
| Møreog Romsdal | 0.00 | 1.18 | 1.17 | 1.54 | 3.06 | 1.15 | 2.26 | 0.75 | 0.75 |
| Trøndelag | 0.95 | 2.11 | 1.39 | 0.92 | 1.59 | 1.80 | 2.00 | 3.08 | 0.87 |
| Nordland | 1.69 | 3.37 | 1.26 | 4.17 | 6.64 | 6.21 | 6.20 | 3.71 | 6.58 |
| Troms | 1.92 | 1.90 | 5.67 | 3.12 | 1.85 | 3.06 | 4.26 | 2.42 | 3.60 |
| Finnmark | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1.33 | 0.00 | 1.32 | 0.00 | 0.00 |
| Gjennomsnitt | 1.23 | 2.11 | 1.52 | 2.16 | 2.76 | 3.06 | 3.43 | 3.08 | 3.96 |

Tabell 5. Antall medholdssaker etter behandlingssted. 2010-2018

| Antall medholdssaker per behandlingssted | Antall behandlingssteder | Totalt antall medholdssaker ¹ | Prosent av totalt antall medholdssaker |
|--|--------------------------|--|--|
| 1 | 451 | 451 | 37.6 |
| 2 | 101 | 202 | 16.8 |
| 3 | 35 | 105 | 8.8 |
| 4 | 14 | 56 | 4.7 |
| 5-10 | 15 | 86 | 7.2 |
| 11-15 | 5 | 69 | 5.8 |
| 16-20 | 3 | 52 | 4.3 |
| 21-30 | 1 | 25 | 2.1 |
| 31-50 | 2 | 76 | 6.3 |
| >50 | 1 | 77 | 6.4 |
| I alt | 628 | 1 199 | 100.0 |

¹ Antall medholdssaker per behandlingssted x antall behandlingssteder



Figur 1. Medholdssaker fordelt etter hovedtype tannhelsetjenester. 2010-2018. Prosent.