



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2020 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

Nasjonal studie om årsaker, følgetilstander og tidstrender til overbehandling i Norge

National study about causes, sequelae and trends
over time for overtreatment in Norway

Marthe Lillesolberg

Master i Folkehelsevitenskap
Institutt for landskap og samfunn

Sammendrag

Bakgrunn: Overdiagnostikk og overbehandling er et stadig økende problem i helsevesenet. Overbehandling fører til ulike problemer, blant annet samfunnsøkonomiske utfordringer, men kan også føre til store personlig problemer. Dette gjelder særlig for de som rammes av skader i forbindelse med unødvendig behandling. Omfanget av overbehandling med pasientskader som følge har tidligere ikke blitt undersøkt i Norge. Denne studien vil være den første nasjonale studien om tematikken med utgangspunkt i materialet bestående av pasientmeldte skader til Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

Studiens formål: Formålet med studien er å finne muligheter for å redusere pasientskader forbundet med overbehandling. Grunnlaget for forbedringsforslag vil være resultatene av studien. Analysene gjøres med utgangspunkt i klagesaker innenfor kategorien overbehandling som har fått medhold hos NPE de siste ni årene. Herunder er det ønskelig å finne ut hvilket fagområde som er det største og hva som er de hyppigste årsakene til overbehandling. Samtidig sees det på trender over tid, hendelsestyper og følgetilstandene til overbehandling.

Metode og datautvalg: For å kunne svare på problemstillingene har det blitt benyttet kvantitativ metode med data fra NPE. Studien er en longitudinell tverrsnittstudie med 441 medholds saker i perioden 2009-2017 inkludert i studien.

Resultater: 298 medholds saker ble inkludert i studien. Resultatene viste at ortopedi (62,2%) var det fagområdet hvor det oppstod flest overbehandlinger, etterfulgt av odontologi (16,1%), gastroenterologisk kirurgi (11,0%) og svulster og kreftsykdommer (10,4%). Samlet sett var de største årsakene 'ikke indikasjon for operasjon' (31,7%), 'feilbehandling' (13,0%) og 'behandlingssvikt' (9,0%). De mest utbredte følgetilstandene var smerter, funksjonsforstyrrelser, lokal infeksjon og lokal nerveskade. Utviklingstrekkene viste at 2014 var det året med flest medholds saker innenfor overbehandling, mens det i 2015 var en nedgang.

Konklusjon: Den største årsaken til overbehandling var 'ikke indikasjon for operasjon'. Det er vanskelig å finne en konkret årsak til at overbehandling oppstår. For å øke fokuset på overbehandling er det nødvendig med forbedret kommunikasjon og utarbeidelse av gode retningslinjer. På sikt er det også viktig at det utarbeides administrative rutiner for håndtering av

overbehandling. Vi tror også at økt fokus på tematikken, som denne studien vil bidra til, også vil kunne føre til reduksjon i over -og unødvendig behandling.

Abstract

Background: Overdiagnosis and overtreatment are increasingly highlighted as a significant problem in healthcare. Overtreatment leads to various problems, including socioeconomic challenges, but can also cause major problems on an individual level. The extent of overtreatment with patient injuries as an outcome has never been surveyed in Norway. This study will be the first national study on the topic based on the material consisting from patient reported injuries to Norwegian Patient Injury Compensation (NPE).

Purpose of the study: The purpose of the study is to analyze compensated cases of complaints within the category of overtreatment that has received indemnity payment from The Norwegian System compensation to patients (NPE) for the past nine years. The goal is to determine the largest area, and which causes of overtreatment is most frequent. Development over time, types of cases and conditions for overtreatment will also be analyzed and identify areas for and suggest improvement strategies at the system level.

Method and data selection: Quantitative method with data from NPE is used to answer the purpose of the study. The study is a cross-sectional study with 441 cases that received indemnity payment between 2009-2017.

Results: 298 cases were included in the study. The results showed that orthopedics (62.2%) was the largest area with most overtreatment, followed by odontology (16.1%), gastroenterological surgery (11.0%) and oncology (10.4%). The main causes were 'no indication for surgery' (31.7%), 'malpractice' (13.0%) and 'treatment failure' (9.0%). The most common consequences were pain, dysfunction, local infection and local nerve damage. The development of overtreatment showed that 2014 was the year with most cases, followed by a decline in 2015.

Conclusion: The main reason for overtreatment was 'no indication for surgery'. Overtreatment includes the entire healthcare system; therefore, it is complex and makes it difficult to find a specific reason for overtreatment. To increase the focus on overtreatment it is necessary to improve communication and make guidelines, as well as financial regulatory. It is necessary that responsibility to consider overtreatment is placed in the right administrative organization. Our

synthesis is that increased focus on this, which this study will contribute to, may also lead to reduction in over and unnecessary treatment.

Forord

Takk til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) for data til oppgaven min. Tusen takk til Ida Bukholm og Bård Natvig for at dere ville være veilederne mine og tusen takk til mine nærmeste for all støtte og oppmuntring i denne perioden. Det å skrive masteroppgave denne våren har vært utfordrende og spesielt. Selv om det har vært en annerledes vår, har skrivingen av oppgaven vært lærerik og jeg er glad jeg har fått muligheten til å skrive om noe jeg interesserer meg for og samtidig synes er viktig. Forhåpentlig vil denne oppgaven bidra til å øke fokuset på overbehandling i helsetjenesten og forbedre pasientsikkerheten i tiden fremover.

Marthe Lillesolberg.

Oslo, 2020.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Uønskede hendelser i forbindelse med overbehandling	2
1.2 Samfunnsøkonomiske utfordringer	3
1.3 Norsk pasientskadeerstatning (NPE).....	4
1.4 Meldeordninger for pasientmeldte skader	5
2.0 Studiens formål	7
3.0 Bakgrunn	8
3.1 Uønskede hendelser (adverse events).....	8
3.2 Overbehandling.....	9
3.3 Refusjonsordninger	10
3.4 Legeforeningens kampanje «Gjør Kloke Valg»	11
3.5 Profesjonens rolle i overbehandling.....	13
3.6 Kommunikasjon	14
3.7 Hvilke typer feil gjøres innenfor kategorien overbehandling?	16
3.8 Folkehelserelevans.....	17
4.0 Teoretisk forankring	20
4.1 Pasientsikkerhet knyttet til overbehandling.....	20
4.2 Årsaksanalyse.....	22
4.3 Forbedringsmodellen (Plan-Do-Study-Act).....	24
4.4 Sju nivåer for sikkerhet	25
5.0 Metode	26
5.1 Litteratursøk	26
5.2 Studiens design	27
5.3 Datamateriale	27
5.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	27
5.5 Statistiske analyser	28
5.6 Etske vurderinger.....	29
6.0 Resultat	30
6.1 Datautvalg tilgjengelig til analyse	31
6.2 Alle deskriptive data samlet.....	32

6.3	Årsaker til uønskede hendelser	33
6.3.1	Årsak til overbehandling innenfor ortopedi	36
6.3.2	Årsak til overbehandling odontologi.....	36
6.3.3	Årsak til overbehandling gastroenterologisk kirurgi	37
6.3.4	Årsak til overbehandling svulster og kreftsykdommer	37
6.4	Skadested ortopedi & svulster og kreftsykdommer	38
6.5	Utvikling av overbehandling over tid	38
6.6	Følgetilstander av overbehandling blant utvalgt data.....	40
7.0	Diskusjon.....	42
7.1	Generelt om uønskede hendelser i forbindelse med overbehandling.....	42
7.2	Årsaker til uønskede hendelser	43
7.2.1	Ikke indikasjon for operasjon	43
7.2.2	Overdiagnostikk	44
7.2.3	Feilbehandling	45
7.3	Rutiner innenfor de ulike fagområdene.....	46
7.4	Organisatoriske og ledelsesfaktorer	47
7.5	Konsekvenser i forbindelse med overbehandling.....	48
7.6	Utviklingstrekk innen overbehandling	48
7.7	Utfordringer med overbehandling.....	50
8.0	Vurdering av metode	52
8.1	Validitet	52
8.2	Reliabilitet	53
9.0	Forbedringsmuligheter	54
9.3	Forbedringsmuligheter innenfor kommunikasjon.....	56
9.4	Videre fokus på pasientsikkerhet og uønskede hendelser	58
10.0	Konklusjon.....	60
	Litteratur	62

Tabelloversikt

Tabell 1: Vincents sju nivåer for sikkerhet.	25
Tabell 2: Fordeling av medisinsk område.	31
Tabell 3: Alle deskriptive data.	33
Tabell 4: Årsaker til overbehandling.	34
Tabell 5: Faktorer til overbehandling.	35
Tabell 6: Skadesteder ortopedi & svulster og kreftsykdommer	38
Tabell 7: Følgetilstander	41

Figuroversikt

Figur 1: Helse-determinanter	18
Figur 2: Sveitserostmodellen.....	22
Figur 3: PDSA-sirkelen	24
Figur 4: Datautvalget som brukes i videre analysearbeid.....	32
Figur 5: Utvikling av skadesaker i NPE der det er gitt medhold på grunn av overbehandling. ...	39

1.0 Introduksjon

Overdiagnostikk og overbehandling er et stadig økende problem i helsevesenet. Verdens Helseorganisasjon (WHO) (2019) har gjort anslag som viser at 1 av 10 pasienter blir påført skade mens de mottar helsetjenester. Det er også vist at nesten 50% av skadene kunne vært forebygget (WHO, 2019). Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) anslår at pasientskader er nummer 14 blant sykdomstyngdene i verden (Helsedirektoratet, 2018). Et helsevesen med god kvalitet og fokus på pasientsikkerhet er nødvendig for å yte en god helsetjeneste. Selv om Norge er et av landene i verden med best helsetjeneste er det fortsatt store variasjoner mellom de ulike behandlingsstedene. I tillegg er det stadig en endring i behovet for helsehjelp. Dette på bakgrunn av befolkningen blir eldre, innehar mer informasjon om helsetjenestene nå enn tidligere og retten til å velge behandlingssted selv. I Norge har vi kvalitetsindikatorer som er en pekepinn på hvordan kvaliteten er innenfor et gitt område. I etterkant av at Norge innførte fritt sykehusvalg er det stadig flere som bruker kvalitetsindikatorerne for å velge behandlingssted. Det er både fordeler og ulemper ved å bruke kvalitetsindikatorerne. Ulempene er blant annet at det ikke er utviklet så mange indikatorer og usikkerheten rundt kvaliteten på disse. Men på sikt, og ved videreutvikling av indikatorsystemer, kan disse være med å skape et bedre bilde over kvaliteten i det norske helsevesenet (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016; Helse Norge, 2019). Overbehandling er en kvalitetsindikator. En viktig indikator, da en «unødvendig» behandling potensielt kan føre til skader som kan ha sterk negativ påvirkning på pasientens helse og livskvalitet.

For å redusere overbehandling finnes det noen viktige verdier som bør ivaretas. Disse er verdighet og retten til god informasjon underveis i behandlingsforløpet. Riktige prioriteringer er vesentlig for en god og sikker pasientbehandling, likedan oppdatert kunnskap om indikasjoner og effekt av en gitt behandling. Grunnen til dette er at det er god evidens på at kunnskap som blir tilstrebet hjelper i kvalitetsforbedringen av helse -og omsorgstjenesten (Helse -og omsorgsdepartementet, 2016).

Helse – og omsorgstjenestene har de siste årene satt et ekstra fokus på pasientskader og reduksjon av pasientskadene for å kunne forbedre pasientsikkerheten i helsetjenesten. Selv om totalt antall pasientskader har ligget relativt stabil siden 2012, til og med gått noe ned, viser det seg at de alvorlige pasientskadene holder seg oppe, samt har vist en økning i perioder (Pasientsikkerhetsprogrammet, u.å; Helsedirektoratet, 2019). Pasientskader kan være komplekse og medfører store utfordringer og konsekvenser både for pasient og pårørende. I tillegg er det svært samfunnsøkonomisk kostbart (Helsedirektoratet, 2018). Gjennom denne studien er det viktig å huske at det alltid er en viss risiko forbundet ved ytelse av helse – og omsorgstjenester, det blir ekstra alvorlig når en «unødvendig» behandling fører til pasientskader med påfølgende konsekvenser for både den enkelte pasient og samfunnet (Helsedirektoratet, 2018).

Overbehandling har fått økt prioritet internasjonalt. Grunnen til dette er for å sikre god kvalitet i helsetjenesten, og fortsatt ha et fullverdig omsorgstilbud på sikt. Forskning viser at mellom 25-30% av skadene som pasientene får, potensielt kan komme av overbehandling (Kehard et al., 2020; Born, Kool & Levinson, 2019). I tillegg er det viktig å huske på at det alltid er en bekymring hos helsepersonell å overse en diagnose og unngå å gi for lite behandling. Samtidig er det en tankevekker at overbehandling eksisterer både i rike og fattige land. Som følge av disse faktorene er det nødvendig å gjøre mer forskning på fagfeltet (Kherad et al., 2020).

1.1 Uønskede hendelser i forbindelse med overbehandling

Overdiagnostikk og overbehandling utgjør en betydelig risiko for pasientsikkerheten. Uønskede hendelser innenfor overbehandling påvirker anslagsvis tolv millioner amerikanske pasienter årlig og utgjør mellom 6–17% av alle følgetilstander hos innlagte pasienter (Giardina et al., 2016). Samtidig er det store forskjeller av de uønskede hendelsene som oppstår. Det innebærer alt fra småsår til sepsis og septisk sjokk. Det er ulike alvorlighetsgrader i forbindelse med overbehandling, men det er viktig å ivareta hver enkelt sak. For den enkelte kan deres sak være alt omvendende og utgjør en stor del av deres liv (Goodman, Villarreal & Jones, 2011).

I forbindelse med uønskede hendelser påpeker Reason (1995) at menneskelige faktorer er en større trussel mot pasientsikkerheten enn tekniske feil. Bakgrunnen for dette er at menneskelige feil aldri kan elimineres fullstendig og de forekommer i ulike former. Det finnes ulike typer feil; aktive og latente. Aktive feil skjer i direkte kontakt med pasienten, mens latente feil oppstår på systemnivå. Utfordringene med de menneskelige faktorene er at de er komplekse. For å klare å

løse disse utfordringene er det nødvendig å fokusere på «oppstrøms faktorer». «Oppstrøms faktorer» innebærer å sette inn en tidlig innsats for å redusere at det blir ulikheter i helse, dette gjelder for eksempel inntekt, oppvekst og arbeid (Folkehelseinstituttet, 2018). Ved å gjennomføre små tiltak på systemnivå kan det føre til store gevinster forbundet med sikkerhet (Reason, 1995). Det kan være svakheter ved alle nivåene i helsevesenet som kan føre til unødvendig behandling. Eksempler på noen av disse svakhetene er rutinesvikt, arbeidsmiljø, kompetanse og organisering. De senere årene har det skjedd en forandring innenfor feil i helsetjenesten, tidligere var individperspektivet dominerende, nå er det økt fokus på systemperspektivet. Selv om det har skjedd en endring i hvilke typer feil som dominerer de senere årene er det allikevel viktig å huske at helsepersonell alltid skal utføre arbeidet forsvarlig (Helsedirektoratet, 2016; Helsepersonelloven, 1999, § 4).

En viktig menneskelig faktor innenfor overbehandling er at det er vanskelig å vite hva som har nytte på forhånd, eller hva som kan føre til overbehandling. I Norge har vi en behandlingskultur som baseres på at det som kan hjelpe pasientene bør prøves, i hvert fall hvis sjansen for bedring er større enn risikoen for å bli verre (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016). I et samfunnsøkonomisk perspektiv gjennomføres ikke en behandling hvis det er likevekt mellom sjansen for bedring og risikoen for å bli verre. På motsatt side vil pasientsikkerhetsperspektivet prioritere å gi behandling, basert på informasjon om mulig gevinst og risiko. På bakgrunn av dette vil det sjeldent være samstemte vurderinger innen de to ulike perspektivene (Vincent, 2010).

1.2 Samfunnsøkonomiske utfordringer

WHO sine anslag viser at 50% av skadene kunne vært forebygget og flere av pasientene opplever psykiske og fysiske konsekvenser i etterkant av den unødvendige behandlingen (Vincent, 2010; WHO, 2012). I tillegg har OECD gjort anslag som viser at cirka 15 prosent av sykehusutgiftene hos deres medlemsland er knyttet til pasientskader. Forebygging av pasientskader er mer kostnadseffektivt enn det å måtte betale for skader i etterkant av unødvendig behandling. Det forebyggende arbeidet innenfor overbehandling og overdiagnostikk kan bidra til å redusere kostnadene på unødvendig behandling (Slawomirski, Auraaen & Klazinga, 2017).

I følge Luy et al. (2017) er overbehandling og «unødig behandling» den største bidragsyteren til økte utgifter innen helsetjenesten i USA. I denne artikkelen intervjuet de flere leger, som mente at 15-30% av behandlingene var unødvendige. Samt at overbehandling og overdiagnostikk er en post hvor kostnadene i helsevesenet bør kunne reduseres. Videre i studien forsøkte de å kartlegge årsaken til overbehandling, kartleggingen tok utgangspunkt i legens perspektiv. Resultatet fra studien viste at 30-45% av all medisinsk behandling ikke var nødvendig, herunder medikamentell behandling og gjennomføring av prosedyrer og tester (Luy et al, 2017).

Luy et al (2017) kom frem til tre hovedgrunner for overbehandling; 1) frykt for feilbehandling, 2) press fra pasientene og 3) vanskeligheter med å finne og lese pasientens tidligere journal. Videre ble legene i studien spurt om forbedringspotensialet innenfor tematikken. Her kom de med ulike løsninger. Noen av eksemplene legene la frem var en mer aktiv bruk av retningslinjer innenfor hvert fagområde og forsøk på å implementere kampanjene som finnes innenfor temaet. Kampanjer som «Choosing Wisely» kan bidra til økt fokus på pasientsikkerhet og redusere de samfunnsøkonomiske kostnadene (Luy et al, 2017).

Pasientskader utgjør fortsatt en stor trussel, både globalt og nasjonalt. Fokuset, også i fremtiden, på dette er avgjørende for å oppnå mest mulig sikker pasientbehandling (Goodman, Villarreal & Jones, 2011). I Norge er det vanskelig å få en oversikt over overbehandling og konsekvensene det kan ha. Den eneste informasjonskilden nasjonalt, er tallene fra NPE. Vi ønsker i denne studien å benytte data fra NPE om tema overbehandling for å undersøke hvordan situasjonen er i Norge, analysert med utgangspunkt i saker meldt til NPE.

1.3 Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

NPE er underlagt helse -og omsorgsdepartementet. Ved NPE behandles erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade i møte med helsetjenesten. I 2009 ble NPE også ansvarlig for å behandle erstatningssaker fra privat helsetjeneste. Grunnen til dette er at alle skal ha krav på likeverdig behandling, og alle skader som har oppstått i helsevesenet skal favnes av pasientskadeloven (NPE, 2019). For at pasientene skal få medhold i NPE er hovedregelen at skaden skal ha ført til et økonomisk tap. Et eksempel på dette kan være unødvendig legebehandlinger, overmedisinering og lignende. På den andre siden kan du få erstatning selv om du ikke har hatt et økonomisk tap, dette gjelder hvis pasienten har blitt påført en varig skade. Videre må det søkes om erstatning før det har gått tre år siden skaden ble påført (NPE, 2020).

Skaden kan ha skjedd ved behandling, undersøkelser, diagnostisering eller oppfølging. NPE er ansvarlig for skader som kreves erstattet etter loven (Pasientskadeloven, 2001 § 6).

Tallene fra NPE viser at det i perioden fra 2013 til 2017 ble utbetalt 3,6 milliarder kroner i erstatning til pasienter og pårørende for alle typer pasientskader. Årsaken til at pasientene fikk medhold i sine erstatningskrav, var en eller annen form for svikt i helsehjelpen pasienten hadde fått, og 57% av medholds sakene skyldes behandlingssvikt og 27% skyldes svikt i diagnostikk (NPE, 2018). 2019 var det året NPE utbetalte det høyeste erstatningsbeløpet for pasientskader (NPE, 2020). Utbetalingene knyttet til kategorien overbehandling var 140 millioner kroner i perioden 2013-2017 (NPE, 2018). Dette viser viktigheten av å sette fokuset på temaet i Norge.

1.4 Meldeordninger for pasientmeldte skader

Med pasientmeldte skader menes skader som er påført under undersøkelser, diagnostisering, behandling, pleie, forebygging av skader med flere. For at pasientene skal få erstatning i etterkant av pasientskader må ulike krav oppfylles. Disse kravene er svikt i helsehjelp, teknisk svikt, smitte eller infeksjon, vaksinasjon eller hvis helsepersonell eller helsetjenesten svikter. I tillegg kan enkeltstående hendelser også få erstatning, selv om kravene ikke er innfridd (Pasientskadeloven, 2001 § 1 & 2; Skjervold Smeby, Johnsen & Marhaug, 2015). Det er også viktig med åpenhet rundt behandlinger, komplikasjoner og bivirkninger i samhandlingen mellom profesjon og pasient. På den andre siden er det viktig med åpenhet i helsetjenesten for å sikre tillit hos befolkningen. I tillegg er det nødvendig å lære av de uønskede hendelsene som allerede har oppstått (NOU, 2015:11).

For at pasientene skal føle medvirkning i forbindelse med melding av pasientskader er det viktig med gode ordninger hvor de får videreformidlet behov, ønsker og eventuelle klager. Ledere, fylkesmennene og Statens helsetilsyn er sentrale når det oppstår uønskede hendelser. I tillegg bistår pasient – og brukerombudet til oppfølging av klager. Det er viktig at alle som yter helse -og omsorgstjenester forholder seg til brukermedvirkning og vet om sin varslingsplikt hvis det oppstår alvorlige uønskede hendelser. Varslingsplikten er gjeldene når uventede skader oppstår, selv når det var en kjent risiko med behandlingen (NOU, 2015:11; Helsetilsynet, 2019).

Pasient -og brukerrettighetsloven (1999) inneholder pasienter og brukeres rettigheter i møte med helse -og omsorgstjenesten. Pasient -og brukerrettighetsloven skal sikre at Norges befolkning skal ha samme tilgang på tjenester og at disse tjenestene skal ha god kvalitet. Videre skal loven

bidra til et økt tillitsforhold mellom profesjon og pasient, «.. ivareta respekten for den enkelte pasients ...liv, integritet og menneskeverd» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §1-1).

2.0 Studiens formål

Studiens formål er å analysere klagesaker innen kategorien overbehandling som har fått medhold hos NPE de siste ni årene. Herunder er det ønskelig å finne ut innen hvilket fagområde det er meldt flest saker og hvilke som er de hyppigste diagnosene. Det skal gjennomføres analyser av rapporterte hendelser for å se på trender over tid, hendelsestyper og følgetilstandene til overbehandling. Samtidig skal det undersøkes om det er flere eller færre klager innenfor de ulike fagfeltene over tid. Analysene vil kunne gi økt kunnskap om forbedringsmuligheter innen området overbehandling, og dermed mulighet for å kunne foreslå tiltak for å redusere overbehandling og dermed øke pasientsikkerhet.

Problemstilling(er):

- *Hvilke fagområder er de største innenfor overbehandling, analysert ved tallene fra NPE?*
- *Hvilke er de mest utbredte årsakene til overbehandling i helsetjenesten?*
- *Hvilke følgetilstander har pasientskadene innenfor kategorien overbehandling medført pasientene?*
- *Hvilke utviklingstrekk finnes innenfor overbehandling i perioden fra 2009-2017?*

Et viktig moment i denne studien er at overbehandling vurderes i ettertid, mens avgjørelsen må tas i forkant, uavhengig av usikkerheten det medfører. Derfor er det nødvendig å vurdere sakene ut fra situasjonen der avgjørelsen tas og ikke være for preget av «etterpåkløkskap» (Vincent, 2010). Denne studien er begrenset til å omhandle årsaker og følgetilstander som overbehandling kan medføre. Det vil også bli redegjort for utviklingen av overbehandlingen over tid. I tillegg blir noen av faktorene til forbedringspotensialet innenfor tematikken diskutert avslutningsvis i oppgaven.

3.0 Bakgrunn

I dette kapittelet introduseres legeforeningens kampanje «Gjør Kloke Valg» som setter fokuset på overbehandling. Videre blir det skrevet om overbehandling og økende utfordringer innenfor tematikken. Profesjonen og pasientens rolle i forbindelse med overbehandling tas opp. Tidligere forskning innenfor pasientsikkerhet og overbehandling er gjennomgående i kapittelet. Tilslutt legges folkehelserelevansen frem.

3.1 Uønskede hendelser (adverse events)

Uønskede hendelser oppstår hyppig i helsevesenet. Med uønskede hendelser menes en uoverlagt, tilfeldig eller utilsiktet skade som skyldes helsetjenestens arbeid, og ikke sykdomsprosessen i seg selv (Vincent, 2010; Skjervold Smeby, Johnsen & Marhaug, 2015). Uønskede hendelser skjer på ulike nivåer i helsetjenesten og er aktive eller passive feil. Aktive feil involverer hovedsakelig mennesker, ofte i kontakt med for eksempel utstyr. På den andre siden har vi latente feil som er hendelser som «venter» på å inntreffe, for eksempel svakheter ved ulike systemer. På bakgrunn av dette er det lettere å avverge latente feil enn aktive feil. Samtidig kan feil gjøres av alle og noen feil er utfordrende å forutse (Vincent, 2010).

Utfordringene forbundet med menneskelige faktorer bedres ikke ved økende bruk av avansert utstyr. Grunnen til dette er fordi menneskelige faktorer alltid er til stede og aldri kan utelukkes. Dog har økt samhandling mellom profesjonene vist seg å være effektivt. Effektiv risikostyring avhenger av et konfidensielt og anonymt overvåkningssystem som registrerer individuelle, oppgave-, situasjons- og organisasjonsfaktorer knyttet til hendelser og nestenulykker. I tillegg handler det om målrettet fordeling av ressursene som finnes på de ulike nivåene (Reason, 1995).

I forbindelse med uønskede hendelser er det viktig å vite at alle som jobber i helsetjenesten er pliktet til å informere hvis det oppstår uønskede hendelser i forbindelse med undersøkelser, tester, prosedyrer, operasjoner og lignende. Dette er også nedfelt i pasientskadeloven (Helsepersonelloven, 1999 § 20). Pasientskadeloven gjelder alle skader som er påført i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse -og omsorgstjenesten og av helsepersonell som er autoriserte eller har linsens. For at det skal bli definert som pasientskade innebærer det alt som skjer under «veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling ..., prøvetaking, ..., forebygging av helseskader ...» (Pasientskadeloven, 2001, § 1). Siden alt helsepersonell er pliktet

til å melde avvik er det viktig at alle helseinstanser har gode avviksordninger (Helsetilsynet, 2019).

3.2 Overbehandling

Overbehandling er en økende utfordring i Norge og ikke minst i verden. Bakgrunnen for dette er at overbehandling i stadig større grad påvirker helsetjenesten, pasientene og profesjonene nå enn tidligere (Born, Kool & Levinson, 2019; Bouck et al., 2019). Ordet overbehandling defineres ulikt, og er vanskelig å definere konkret. Legeforeningen definerer ordet overbehandling som «behandling som ikke gir nytte eller fører til mer skade enn nytte» (Legeforeningen, 2015). Estimer fra USA & Canada viser at 30% av all medisinsk behandling har minimal effekt og kan medføre skade. Herunder unødvendige tester eller behandlinger. Overbehandling finnes med andre ord i ulike former og løsningene for å redusere dette er komplekse og utfordrende (Born, Kool & Levinson, 2019). Overbehandling er en multifaktoriell utfordring. Grunnen til dette er profesjonens praksis og adferd, men også pasientenes og samfunnets forventninger til helsevesenet (Born, Kool & Levinson, 2019).

Selv om overbehandling er en økende utfordring i helsetjenesten viser en studie av Coll-Benjamin, Bravo-Toledo, Marcos-Calvo & Astier-Peña (2018) at det er lite kunnskap blant befolkningen om tematikken. Forskerne foreslår ulike løsninger som kan øke kunnskapen om temaet hos befolkningen. Noen av løsningene de foreslår er å inkludere utfordringen i utdanningene innenfor helsetjenesten. I tillegg ytterligere forskning på feltet, samt å sette kampanjene mer i fokus og utvikle en kritisk tankegang blant profesjoner med tanke på diagnostiske tester og undersøkelser (Coll-Benjamin et al, 2018). Videre viser ulike forskning at det er en overvurdering av de positive effektene behandling eller diagnostisering har (Hoffmann & Del Mar, 2017; Wolf & Harris, 2012; McCaffery et al, 2016). Hoffmann & Del Mar (2017) sin systematiske oversiktsartikkel handler om legenes forventninger knyttet til fordeler og ulemper i forbindelse med behandling, screening og tester. Studien ble gjennomført i etterkant av en studie om pasientens forventninger til helsevesenet, med tanke på å veie fordeler og ulemper opp mot hverandre. I noen av artiklene sees det at nesten halvparten av legene overvurderer fordelene, som videre kan føre til overbehandling særlig blant de prosedyrene og intervensjonene legene mener er «enkle». På bakgrunn av disse studiene vises det at legene har samme forventninger som pasientene, de undervurderer skadene som kan oppstå og overvurderer fordelene. Forskerne

mener grunnen til konklusjonen er mangfoldige. Noen av eksemplene de nevner er tidspress, frykt for å overse noe og tanken om at det å gjøre noe er bedre enn å la være (Hoffmann & Del Mar, 2017).

Selv om det er økende interesse for tematikken er det minimalt med tilnærminger for å kunne måle omfanget av overbehandling i helsetjenesten. En studie gjennomført i Canada viste at cirka 30% av de årlige utgiftene til helsevesenet brukes på unødvendige undersøkelser og behandlinger. Videre viste den aktuelle studien at legene som hadde få pasienter innenfor et gitt fagfelt ofte bestilt flere tester og undersøkelser enn de som hadde flere konsultasjoner. I tillegg så de en forskjell på hvor i landet pasientene bodde (Bouck et al., 2019).

Overbehandling er et problem på både pasient, system – og samfunnsnivå. Innenfor de ulike nivåene er det forskjellige indikasjoner på overbehandling. Når det gjelder pasientnivå innebærer det skader på pasientene. På systemnivå handler det om dårlig kvalitet på helsetjenesten og unødvendige undersøkelser og behandlinger. Innenfor samfunnsnivå handler det om ideen om at «mer er bedre». Det kan for eksempel føre til økt etterspørsel (Ellen et al., 2018). En studie gjennomført av Ellen et al (2018) identifiserte tre elementer de mente var hovedutfordringene innenfor overbehandling: tverrfaglig samarbeid, interesseledende initiativer og regjeringens fokus. Det er nødvendig å identifisere hva som er årsaken til overbehandling, hvilke tilnærminger som skal til og viktigheten av å evaluere tiltakene (Ellen et al 2018).

I Helse- og omsorgsdepartementet (2016) stortingsmelding var et av de viktigste budskapene at alle skal ha rett på likeverdige tjenester og at prioriteringene i helsevesenet skal bestå av nytte, ressurser og alvorlighetsgrad. Helsevesenet er stadig i utvikling og på bakgrunn av dette er prioriteringer viktig for at alle skal kunne få samme behandling. Dette vil også bidra til å skape tillit hos den norske befolkningen. Ved å være åpne om prioriteringene vil det videre være et godt grunnlag for en bærekraftig helsetjeneste (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016).

3.3 Refusjonsordninger

For å kunne vurdere overbehandling over tid er det nødvendig å se om det er gjort endringer i refusjonsregler og regulatoriske endringer. Det er ulike krav innenfor de forskjellige delene av helsevesenet, dette sees særlig mellom det offentlige og private. Uavhengige av hvor i

helsevesenet profesjonene arbeider, er det et krav at hver enkelt profesjonsgruppe alltid skal være oppdatert på gjeldene refusjonsregler og regulatoriske endringer i helsevesenet (Helfo, 2019). Siden bestemmelsen om fritt sykehusvalg ble det også fremmet et ønske om fritt behandlingsvalg. Fritt behandlingsvalg ble innført i 2015 og omfatter alle offentlige virksomheter, private virksomheter som har avtale med regionale helseforetak og private virksomheter som har blitt godkjent å levere tjenester til en gitt pris av staten (Helse -og omsorgsdepartementet, 2015). I forbindelse med fritt behandlingsvalg har helseforetakene fått ordre om å kjøpe mer fra private helsetjenester. I tillegg ble det opprettet en ordning hvor private virksomheter som oppfyller gitte krav kan levere spesialisthelsetjenester til en pris bestemt av staten, dette er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven (NOU 2019: 24; Spesialisthelsetjenesten, 1999, §4-3). Når det gjelder finansiering av spesialisthelsetjenesten er dette også nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven. Ansvar for finansieringen skal følge behandlingsansvaret. Helsetjenesten er stadig i utvikling og medisinsk teknisk utvikling er en av de største kostandene i spesialisthelsetjenesten (NOU 2019: 24).

3.4 Legeforeningens kampanje «Gjør Kloke Valg»

Legeforeningen har en pågående kampanje som heter «Gjør kloke valg». Denne kampanjen kom på bakgrunn av den internasjonale kampanjen «Choosing Wisely». Hovedbudskapet til «Choosing Wisely» var å engasjere pasientene og få en bedre dialog mellom profesjon og pasient, da dette skal forbedre arbeidsflyten og bidra til å redusere unødvendige helsetjenester. «Choosing Wisely» baserer seg på at effektive intervensjoner starter ved å analysere mulighetene og barrierene som påvirker beslutningstaking hos profesjonen. Dette kan føre til bedre samhandling mellom de ulike profesjonsgruppene, men og mellom profesjon og pasient. Disse kampanjene kan på sikt bidra til mindre overbehandling i helsetjenesten (Choosing Wisely, 2018; Legeforeningen, 2018).

«Gjør kloke valg» oppfordrer helsepersonell og pasienter til å snakke mer åpent om pasientskader og hvilke konsekvenser skadene kan få for pasientene i etterkant. Forsøksvis ønsker de å begrense unødvendige undersøkelser og behandlinger. Hovedformålet med kampanjen er å få frem «mer er ikke alltid bedre», og at «mer» kan medføre skade (Johansen & Rød, 2018). Det er laget fire spørsmål som pasientene kan stille legen for å få et bedre grunnlag til å ta stilling til

behandlingsvalg selv. Spørsmålene er som følger:

- «1. Trenger jeg denne testen, prosedyren eller behandlingen?
 2. Hva er risiko og bivirkninger?
 3. Finnes det alternativ?
 4. Hva skjer hvis jeg ikke gjør noe?»
- (Legeforeningen, 2018).

På sikt skal dette bidra til færre saker innenfor kategorien overbehandling. Et av de viktigste elementene i kampanjen er at hvert enkelt fagfelt skal lage egne anbefalinger om tester, prosedyrer og behandlinger. For hver enkelt anbefaling skal det foreligge et kunnskapsgrunnlag og disse anbefalingene skal revideres hvert år. I tillegg er tverrfaglighet et grunnleggende prinsipp for kampanjen (Legeforeningen, 2018; Johansen & Rød, 2018). Ved hjelp av pasientsspørsmålene er det enklere å avklare pasientforventningene og legenes oppfatning. Dette kan føre til økt engasjement hos pasientene og på sikt redusere overbehandling. Utfordringen er at det finnes få effektive strategier som kan påvirke profesjonskulturen og pasientforventningene (Born, Kool, Levinson, 2019).

Resultatene fra Hoffmann & Del Mar (2017) sin studie setter lys på viktigheten av kampanjen til legeforeningen. Ved bruk av de fire pasientsspørsmålene kan det være enklere for både lege og pasient å forsøke å unngå behandling som ikke er nødvendig. Samarbeid mellom profesjon og pasient kan bidra til en bedre samhandling og på sikt forebygge uønskede hendelser. Ved økt samhandling og god kommunikasjon bygges det tillit. Dette er betydningsfullt for begge parter og kan føre til at hvis det oppstår uønskede hendelser blir disse håndtert på en bedre måte enn hvis det ikke er tillit fra før. Samt viktigheten av åpenhet i etterkant av at de uønskede hendelsene, det bidrar til å gjenopprette pasientens tillit til helsetjenesten (Legeforeningen, 2018; NOU, 2015:11).

For at kampanjer som «Gjør Kloke Valg» skal være velfungerende er det nødvendig at hele samfunnet er med og det hjelper oss å «sparke» i gang samtalen rundt overbehandling. Samtidig er det nødvendig at legene er beviste sin rolle i forbindelse med reduksjon av overbehandling, men og at de er troverdige ledere av helsevesenet. Det er viktig at tilliten til profesjonen ikke forsvinner, men at den bygges videre på (Morden, Colla, Sequist & Rosenthal, 2014). Selv om

kampanjene har satt søkelyset på overbehandling er det fortsatt en vei å gå. En av de største utfordringene er å motivere og opprettholde endringene i praksis og få velfungerende helsesystemer som fører til bedre sikkerhetskulturer med økt fokus på pasientsikkerhet (Born, Kool, Levinson, 2019).

3.5 Profesjonens rolle i overbehandling

På bakgrunn av «Gjør Kloke Valg» har profesjonen en nøkkelrolle innenfor overbehandling. Derfor er det viktig at profesjonen reflekterer rundt dette og at det blir mer kjent hos alle profesjoner enn det har vært tidligere (Legeforeningen, 2018; Baugstø, 2019).

Ellen et al. (2018) sin studie har sett på barrierer på de ulike nivåene. Studien kom frem til at den viktigste barrieren for å redusere overbehandling var det komplekse samspillet mellom tankegangen «mer er bedre», de konkurrerende prioriteringene om behandlingen vil hjelpe eller skade pasientene og viktigheten av å sette overbehandling på den politiske agendaen (Ellen et al., 2018). Det finnes også barrierer innenfor rapportering av uønskede hendelser som viser viktigheten av at profesjonen skriver avvik hvis det oppstår unødvendig behandling. Det er ulike årsaker til manglende rapportering, blant annet manglende kunnskap om hva som skal rapporteres, mangel på tilbakemelding, tidspress og tilstedeværelse av en kultur der det legges «skyld» på hverandre. Når det jobbes for å forbedre pasientsikkerhet er det viktig å ikke ha fokus på skyld, men å gjenkjenne kompleksiteten i sikkerhetskulturene innenfor rapportering av uønskede hendelser innenfor hver enkelt avdeling og hver gruppe av profesjoner. Det er viktig med god formidling for å opprettholde pasientsentrert omsorg. Videre er det viktig at pasientene opplever autonomi og får tilstrekkelig informasjon om de beslutningene som tas i forbindelse med pasientenes egen helse. I tillegg er åpenhet i forbindelse med uønskede hendelser viktig. Forskning har vist at åpenhet rundt en uønsket hendelse fører til lavere risiko for at pasientene og pårørende saksøker profesjonen og helsevesenet (Smeby, Johnsen & Marhaug, 2015).

I de senere årene har begrepet «less is more» vært viktig innenfor overbehandling. Dette begrepet innebærer å gjenkjenne risikofaktorer ved overforbruk av medisinsk behandling som kan medføre skade istedenfor bedring. Kampanjer som «Choosing Wisely» og «Gjør Kloke Valg» setter et tydeligere fokus på dette (Kherad et al., 2020).

Samtidig er det viktig å tenke på hvordan konsekvensene innenfor overbehandling også påvirker profesjonen. En studie gjennomført på ulike profesjonsgrupper viste at flere meldte at overbehandling var relativt vanlig. Det er ulike årsaker til at dette gjøres allikevel. På den ene siden kan det være økonomiske insentiver som gjør at profesjonen likevel ønsker å utføre behandlingen eller diagnostiseringen. På den andre siden har profesjonen og samfunnet ofte ulik oppfatning på utfordringen. I tillegg følte et flertall av de ansatte på utbrenthet siden det ofte blir et økt antall unødvendige arbeidsoppgaver. Dette viser at en reduksjon av overbehandling fører til bedre trivsel og velvære hos profesjonen. Samtidig kan åpenhet om utfordringen bidra til økt kunnskap om tematikken (Morgan, Dhruva, Coon, Wright & Korenstein, 2019).

3.6 Kommunikasjon

Svikt i kommunikasjon er en viktig årsak til at uønskede hendelser forekommer, dette gjelder særlig i samhandling mellom ulike avdelinger, sykehus eller mellom profesjon og pasient (Aase, 2018). Forståelsen av overdiagnostikk og overbehandling hos befolkningen og profesjonen er noe begrenset, derfor er det nødvendig å kommunisere hva dette betyr for individet, helsetjenesten og samfunnet (McCaffery et al., 2016). Tidligere forskning viser at god kommunikasjon er nødvendig for å komme videre innenfor tematikken overbehandling. Likevel er det flere utfordringer forbundet med dette, særlig hvis formidlingen av overbehandling kommuniseres på forskjellige måter. Noen av utfordringene forbundet til dette er forvirring og svekkelse av tilliten til helsetjenesten, som videre kan påvirke personer som allerede har blitt diagnostiserte - på en negativ måte. Kommunikasjon innenfor overbehandling er mer komplisert enn en først kan tro. Grunnen til dette er at det er vanskelig å vite om pasientene har blitt overbehandlet eller om de har hatt en fordel av behandlingen (McCaffery et al, 2016; Born, Kool & Levinson, 2019).

For at overbehandling skal reduseres må det gjennomføres en forbedring i helsetjenesten på mange plan. På den ene siden må forbedringen foregå ved å implementere pasientene i tematikken. På den andre siden er det nødvendig å få alle parter til å tenke «mer er ikke alltid bedre» (Born, Kool & Levinson, 2019). Videre finnes det ulike strategier innenfor kommunikasjon som kan forsøkes for å forbedre kommunikasjonen. Strategiene er forskjellige på individ, - samfunns, - og politisk nivå. På individnivå er delt beslutningstaking en god kommunikasjonsmåte. Grunnen til dette er at det blir mer åpenhet om behandlingens fordeler og

ulemper. Noe av bakgrunnen til et økt fokus på delt beslutningstaking er den internasjonale kampanjen «Choosing Wisely» og Norges kampanje «Gjør Kloke Valg». På samfunnsnivå er media og kampanjer store påvirkere, og kan bidra til økt fokus på kommunikasjon innenfor denne tematikken. Videre er politikken og politiske strategier viktige pådrivere. På bakgrunn av dette er det nødvendig å være mer åpne med tanke på skadene som har oppstått og formidle hva slags rettigheter pasienter og profesjon har. Det medfører at befolkningen er bedre informert, som videre kan gjøre det enklere å ha en delt beslutningstaking (McCaffery et al., 2016).

WHO (2015) har laget en tilnærming innenfor pasientsikkerhet som kalles «Patients for patient safety» (PFPS) som skal forsøke å øke empowerment hos pasienter, deres familie og samfunnet innenfor pasientsikkerhet. Med empowerment menes bemyndigelse og egenkraftsmobilisering av pasientene (Gibson, 1991; Sørensen et al., 2002). WHO ønsker å få frem viktigheten av at pasientene og deres familie sin mening er betydningsfull. Dette er samtidig med på å skape en god relasjon mellom pasienter og profesjonen i helsevesenet. På sikt vil dette bidra til økt kvalitetssikring og tryggere bruk av helsetjenesten (WHO, 2015; McCaffery et al, 2016).

McCaffery et al (2016) legger frem noen utfordringer knyttet til kommunikasjon. En av disse er lite bevissthet rundt temaet. Bevisstheten rundt overbehandling er lav, og særlig rundt ulike typer av overdiagnostikk i forbindelse med kreft. I en studie gjennomført i USA viste det seg at kun 9,5% ble informert om overbehandling i forbindelse med kreftscreening. I tillegg er det flere studier som er gjennomført ulike steder i verden som viser at under halvparten av pasientene viste om problemer knyttet til diagnostikk (McCaffery et al, 2016; Muscat et al., 2019). Videre er det en oppfatning hos befolkningen at sykdom skal oppdages tidlig, og ønsket om tidlig testing eller screening er stort. Samtidig viser det seg at hvis det usikkerhet rundt behandling eller undersøkelse, blir ikke informasjonen om dette gitt til pasienten. Selv om pasientene gjerne ønsker å vite om det (McCaffery et al., 2016).

Et av de mest sårbare punktene i pasientforløpene er overgangene imellom ulike virksomheter eller mellom ulike nivåer i helsetjenestene. Det er ulike årsaker til dette og de mest kjente er manglende kommunikasjon, fraværende informasjonsflyt, ufullstendige medikamentlister og mangelfull oppfølging (Helse – og omsorgsdepartementet, 2019). Ut ifra dette er det nødvendig å fokusere på kommunikasjon i alle deler av helsevesenet. En nøkkelkomponent for å etablere sikkerhetskultur er god kommunikasjon. Ifølge Aase (2018) er det å etablere en sikkerhetskultur

en læringsprosess som hos helsevesenet kan gjennomføres ved å se på hvilke feil som er begått. I tillegg er det ikke oppnåelig å ha en nullvisjon på feil innenfor helsevesenet (Aase, 2018).

God kommunikasjon er nøkkelen for å oppnå tilfredshet hos pasientene og gjør sannsynligheten for søksmål mindre. I tillegg mener «Choosing Wisely» kampanjen at kommunikasjonen mellom profesjon og pasient er nøkkelen til forbedring, altså en delt beslutningstaking. Det finnes ulike elementer som kan være utfordrende i forbindelse med delt beslutningstaking, dette innebærer at pasientene ofte er bekymret for profesjonens reaksjon. På den andre siden avhenger det av pasientenes kognitive tilstand. Forskning har vist at pasienter med lavere sosioøkonomisk status har større sannsynlighet for dårligere helseutfall. Samtidig sees det at det er denne gruppen som stiller færrest spørsmål i møte med helsevesenet (McCaffery et al 2016; Bouck et al., 2019).

Videre er det viktig at profesjonen viser interesse for kampanjene og ser nytten av disse. Grunnen er at det kan bidra til økt fokus på overbehandling. Men suksesskriteriet innenfor kommunikasjon er at det krever tid og økende fokus på temaet (Morden, Colla, Sequist & Rosenthal, 2014). Ved å forske mer på overbehandling vil det føre til økt fokus på kommunikasjon. Ved forbedret kommunikasjon styrker det pasientene, profesjonen og samfunnet som videre fører til et mer bærekraftig helsevesen (McCaffery et al., 2016).

3.7 Hvilke typer feil gjøres innenfor kategorien overbehandling?

Overbehandling og overdiagnostikk er ukjent for mange pasienter, og det har blitt gitt utilstrekkelig informasjon om temaet (Moynihan et al., 2013). Derfor kan det sies at et par av utfordringene knyttet til overbehandling er informasjon og kommunikasjon. En av grunnene til dette er at det ofte er et økt fokus på fordelene av screening, tester og behandling. På den andre siden blir konsekvensene oftest undervurdert. På bakgrunn av dette er kampanjene «Choosing Wisely» og «Gjør kloke valg» viktige bidragsytere til økt fokus på delt beslutningstaking mellom profesjon og pasient (McCaffery et al., 2016). Tidligere har fokuset vært på profesjonen i forbindelse med overbehandling. Men i etterkant av pasientsikkerhetskampanjene har det skjedd et fokusskifte. Ulik forskning har kommet frem til at nøkkelen til forbedring ligger i kommunikasjon (McCaffery et al., 2016; Giardina et al., 2016). Per nå er den eneste måten vi får pasientens side når de klager. Klaging forbindes oftest med at pasientene ikke er tilfreds og sees sjelden på som en forbedringsmulighet. Dette sees særlig innenfor de ulike

pasientsikkerhetskulturene i helsevesenet. Så her bør det gjøres et fokusskifte (Giardina et al., 2016).

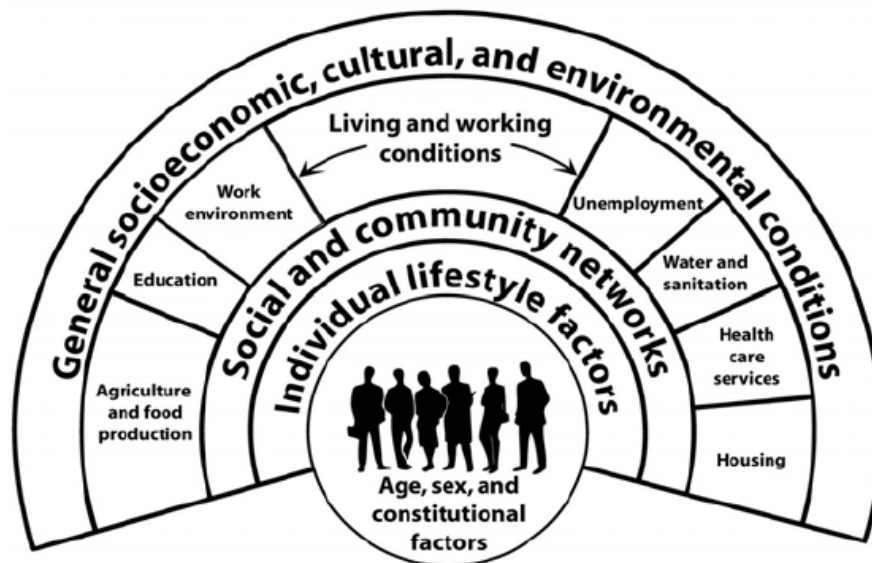
Når vi jobber med å redusere overbehandling er det viktig å gjøre det på en trygg og rettferdig måte for hvert enkelt individ – både profesjon og pasient. Ved å jobbe målrettet mot reduksjon av overbehandling vil det på sikt redusere konsekvensene som kommer i etterkant av unødvendige behandlinger. Dette innebærer både medisinske, sosiale og økonomiske konsekvenser for de som blir rammet. Noen av disse konsekvensene forblir også permanente (Moynihan et al., 2013). En annen utfordring er å vite når det er indikasjon for behandling eller ikke indikasjon. Det å skille mellom syke og friske har alltid vært en utfordring innenfor medisin. Bakgrunnen for å redusere overbehandling i helsevesenet ligger i et grunnleggende ønske om å unngå å gjøre skade når det skal gis hjelp. Det finnes ulike tilnærminger og bekymringer hos de ulike profesjonene, men alle har et felles mål. Målet er å implementere en praksis som hjelper mennesker som er syke, men unngå sykdom og skade hos friske. I tillegg er det et mål å unngå forverring hos de syke (Moynihan et al., 2013).

Siden det er vanskelig å vite hva som kan defineres som overbehandling eller ikke, er det også utfordrende å finne konkrete typer feil som gjøres i overbehandling. Det er ulike årsaker til dette, blant annet handler det om at det gjøres flere intervensjoner samtidig og derfor er det vanskelig å vite hva som fører til skade. I tillegg sees det en behandlingskultur der det utføres behandlinger og undersøkelser fordi det er ønskelig å kurere sykdom og diagnostisere pasientene så raskt som mulig (de Jong, Lantinga, & Drenth, 2019). En annen utfordring her er at det ikke finnes evidensbaserte retningslinjer innenfor overbehandling. Det betyr at fagmiljøene må bidra enda mer i kampen mot overbehandling, både internasjonalt og nasjonalt (Brodal, 2019).

3.8 Folkehelserelevans

Folkehelseloven trådte i kraft i 2012. Noe av lovens formål er å: «fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse» (Folkehelseloven, 2011, § 1). Med utgangspunkt i Folkehelseloven ser vi at overbehandling i helsetjenesten verken fremmer helse, trivsel eller forebygger sykdom, skade eller lidelse, men heller tvert imot. Overbehandling kan og har påført skader og lidelse.

Som Dahlgren og Whitehead viser i sin modell (fig.1) er det flere faktorer som påvirker helsen vår (Dahlgren & Whitehead, 1991).



Figur 1: Helse-determinanter (Dahlgren & Whitehead, 1991). Hentet fra

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221240/figure/mmm00016/?report=objectonly>

Fokuset i denne studien er på pasientskader i etterkant av overbehandling i helsevesenet, med et fokus på hvilket fagområde overbehandling forekommer hyppigst. På bakgrunn av dette kan denne studien se annerledes ut enn andre studier innenfor folkehelsefaget. Bakgrunnen for dette er at pasientene allerede er påført skade og derav er det ikke forebyggende per nå, men på lang sikt kan det bli det. Gjennom analysering av klagesakene hos NPE er det ønskelig å se hvilke skader, fagområder og årsaker til svikt som er overrepresentert per dags dato. I tillegg skal det sees på overbehandlingens utvikling over tid.

Regjeringen satte pasientskader på dagsorden i St.meld.nr.10 hvor et av målene var å bedre pasientsikkerheten og redusere uønskede hendelser (Helse – og omsorgsdepartementet, 2012). Det å verdsette og vise empati for pasientens opplevelse av pasientskadene er essensielt for å forsøke å unngå flere pasientskader innenfor kategorien overbehandling (Vincent, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Hensikten med denne studien er å tydeliggjøre svakheter, finne fagområder og skader som er overrepresentert for å kunne forbedre folkehelsen i Norge. På sikt kan dette bidra til reduksjon av overbehandling i helsevesenet. Aktualiteten for denne studien i

Norge er som nevnt tidligere Legeforeningens kampanje «Gjør kloke valg» som setter søkelyset på overbehandling (Legeforeningen, 2018). Overbehandling er et økende problem og må settes ytterligere fokus på før målet til Folkehelseloven kan nås.

4.0 Teoretisk forankring

I dette kapittelet vil teoriene i forbindelse med pasientsikkerhet legges frem. Videre vil det presenteres modeller og redskap for risikoidentifikasjon som kan forbedre pasientsikkerheten i helsevesenet.

4.1 Pasientsikkerhet knyttet til overbehandling

Målet med pasientsikkerhet er å ivareta pasientenes sikkerhet og forebygge uønskede hendelser. Aase (2010) har oversatt en definisjon på pasientsikkert fra Vincent som følgende:

«det å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser» (Aase, 2010, s 26).

For å oppnå god pasientsikkerhet og færre pasientskader er det nødvendig å skape en sikkerhetskultur. I helsetjenesten handler dette blant annet om pasientsikkerhetskultur. Med dette begrepet menes det at pasientene skal føle seg trygge på at helsevesenet har en god meldekultur hvis det oppstår uønskede hendelser. Samt at det finnes gode systemer for at profesjonen lærer av hendelsene og kan forbedre tjenesten i etterkant av det (Aase, 2018). Helse -og omsorgsdepartementet kom ut med en stortingsmelding i 2012 som omhandler denne tematikken. I den aktuelle stortingsmeldingen ønsker de å fremheve betydningen av pasientsikkerhet og viktigheten av å bidra til en helsetjeneste som fører til flest mulig leveår med god helse. I Norge er en av de største utfordringene knyttet til samhandling mellom de ulike tjenestene og kommunikasjonen profesjonene imellom (Helse -og omsorgsdepartementet, 2012). På bakgrunn av dette ser vi at det viktigste for å oppnå en god sikkerhetskultur omfavner å være bevisst, samt ønsket om å forhindre uønskede hendelser blant profesjonene (Aase, 2018).

Ved å ha et økt fokus på pasientene og brukermedvirkning vil det oppnås bedre kvalitet i helsetjenestene. Det er ulike måter å sikre gjennomføring av dette på. Kommunikasjon og samarbeid mellom profesjon og pasient er nødvendig for et helhetlig fokus på pasientene og forhindre uønskede hendelser. Aktiv autonomi til pasientene kan forbedre tjenesten, en måte å implementere dette på er ved bruk av de fire pasientsspørsmålene til legeforeningens kampanje «Gjør Kloke Valg» (Helse – og omsorgsdepartementet, 2012; Legeföreningen, 2018).

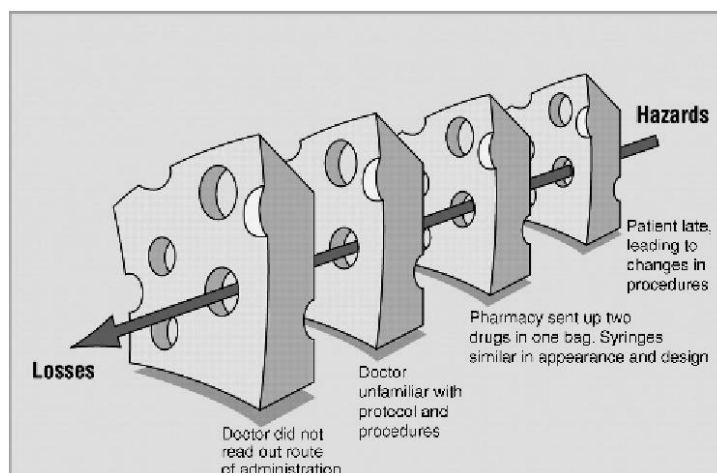
Overbehandling kan medføre både fysiske og psykiske konsekvenser for de som opplever dette, samt at det kan affisere flere aspekter i et menneskets liv. Et eksempel på dette er pasienter som får kroniske smerter i etterkant av behandling. Det kan medføre humørsvingninger som videre kan påvirke seksuallivet, ivaretagelse av egne barn, jobb og det sosiale livet. De pasientene som har fått skader i forbindelse med unødig behandling ønsker en redegjørelse om hva som har skjedd, siden pasientene har mange tanker rundt dette. Det gjelder i like stor grad om det er behandlinger eller undersøkelser pasientene selv har ønsket. På bakgrunn av dette er det nødvendig å ta overbehandling på alvor og sette søkelyset ytterligere på denne tematikken (Vincent, 2010; Moynihan et al., 2013).

Det å gi støtte til de personene som er rammet av en skade i etterkant av en behandling er nødvendig og kan hjelpe de å bedre takle den nye hverdagen. Det gjelder samtidig når pasientene ønsker å snakke med profesjonen om den uheldige hendelsen er det viktig å klare å imøtekomme pasientene på dette. Tidligere forskning har vist at de lettere klarer å takle den nye hverdagen på en bedre måte hvis de har fått god informasjon. Samtidig er det nødvendig å huske på at hver enkelt pasient har egne problemer og behov. På bakgrunn av dette er det nødvendig å ha en åpen dialog med pasientene for å finne ut hva deres individuelle behov er (Vincent, 2010; Giardina et al., 2016).

Pasientsikkerhet er en global folkehelseutfordring og ifølge WHO (2012) avhenger det av hvor i verden vi befinner oss. Dette med tanke på hva slags utfordringer som finnes innenfor tematikken. Verdens helseorganisasjon mener industriland bør sette ytterligere fokus på god kommunikasjon mellom profesjon og pasient. Dette gjelder også mellom de ulike profesjonene. Videre er det ønskelig med en opparbeidelse av bedre kvalitetsindikatorer (WHO, 2012). Med kvalitetsindikatorer menes «en pekepinn» som forteller oss noe om kvaliteten innenfor det området i helsetjenesten vi ønsker å måle. Hensikten med kvalitetsindikatorer er å få målbare, sammenlignbare og klare størrelser som skal hjelpe til i forbedringen av helsetjenesten (Aase, 2018; Helsedirektoratet, 2019).

I Helse- og omsorgsdepartementet (2013) sin folkehelsemelding er et av regjeringens mål at Norge skal være et samfunn som skaper god helse i hele befolkningen. I folkehelsemeldingen brukes føre-var prinsippet som er et eksempel på forsiktighetsprinsippet. Dette er en viktig brikke for å oppnå god helse blant Norges befolkning. Forsiktighetsprinsippet og føre-var-prinsippet er

nødvendige for å skape barrierer. Med barrierer menes for eksempel en teknisk barriere som forhindrer uønskede hendelser. I tillegg er forsvarlighetsprinsippet nødvendig for å skape barrierer som kan forhindre ytterligere uønskede hendelser (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Vincent, 2010). Et eksempel på bruk av barrierer er Reason sin sveitserostmodell. I denne modellen må hullene finnes for videre å forsøkes og tettes. Når hullene er funnet blir de stoppet av barrierer. Elementene i barrierene er enten en teknisk barriere, som for eksempel et varsel i journalsystemet eller sjekklister. På motsatt side har vi menneskelig adferd. Det er enklere å finne en teknisk løsning enn å endre menneskelig adferd (Vincent, 2010).



Figur 2: Sveitserostmodellen. Hentet fra https://www.researchgate.net/figure/Swiss-Cheesevulnerabilities-in-the-system-after-Reason-1997_fig1_267231913

4.2 Årsaksanalyse

Årsaksanalyse er et redskap for strukturert risikoidentifikasjon og skal forsøke å finne ut hva som har skjedd og hva som har forårsaket overbehandlingen. Ved bruk av årsaksanalyse skal underliggende faktorer som kan føre til skade identifiseres. Det er en av de mest brukte metodene for å identifisere feil i helsevesenet (Patient Safety Primer, 2019; Vincent, 2010). Metoden består av ulike tilnæringer som inkluderer både menneskelige faktorer og forskning innenfor pasientsikkerhet. Årsaksanalyse omhandler systemperspektiv, for å identifisere både aktive og latente feil (Vincent, 2010).

Årsaksanalyse består av ulike trinn. Trinnene består av: innsamling av data, rekonstruksjon av hendelsene - ved å lese gjennom dokumenter og avvik. Videre analyseres dataene om hvordan hendelsene oppstod og hvorfor de oppstod. Denne analysen brukes i helsetjenesten i flere land og vektlegger tre spørsmål. Disse spørsmålene er: Hva skjedde? Hvorfor skjedde det? Hva kan gjøres for å hindre at det skjer igjen? Ved bruk av denne analysen sees det på planlegging, kommunikasjon, retningslinjer, overføringer og omgivelsene. Det er utfordrende å se sammenhengen mellom gjennomføringen av analysen og forbedring av pasientsikkerheten. I tillegg sees forbedringen av pasientsikkerheten lettere på avdelingsnivå enn på høyere nivåer. På den ene siden er fordelen ved bruk av denne analysen at det er lettere å finne barrierer som kan gjøre implementeringsarbeidet enklere. Riktignok er det mer utfordrende å fange opp kompleksiteten i de uønskede hendelsene. Dette på bakgrunn av at ikke alle problemer blir belyst og at tiltakene oftest blir for generelle, samt at ledelsen ikke inkluderes. For å oppnå best effekt av årsaksanalyse må flere faktorer og nivåer involveres. Det må være en aktiv involvering fra ledelsen, økt fokus på trening av profesjon med fokus på pasientsikkerhet, bedre løsninger på systemnivå, måling og evaluering av intervensjonene som blir foreslått som forbedringstiltak (Patient Safety Primer, 2019; Aase, 2018). I tillegg viser forskning at en god relasjon innad i personalgruppen og et godt arbeidsmiljø fører til tryggere og bedre helsetjenester (Helsedirektoratet, 2016).

Det ultimate målet er å forebygge fremtidig skade ved å eliminere de latente feilene. De latente feilene er som regel grunnen til at de uønskede hendelsene skjer. Det finnes ulike faktorer som kan føre til latente feil: institusjonelle, organisatoriske, arbeidsmiljø, teamfaktorer, bemanning, oppgaver og de ulike egenskapene til pasientene (for eksempel familie og støtteapparat) (Patient Safety Primer, 2019). Fordelen ved bruk av dette analyseverktøyet er at det inkluderer data fra de som er påført en skade. På den andre siden er ulempene at det oftest fokuseres på de alvorligste hendelsene, samt at det kan være utfordrende å implementere i praksis (Vincent, 2010).

4.3 Forbedringsmodellen (Plan-Do-Study-Act)

Forbedringssirkelen er en modell for kvalitetsutvikling. Det er en kontinuerlig testing og utvikling av kvalitetsarbeidet (Vincent, 2010). Modellen består av to deler, første del har tre spørsmål (fig.3). Første spørsmål handler om å sette et konkret og spesifikt mål. Spørsmål nummer to hjelper oss å finne ut hvilke målinger vi kan bruke for å se om det er en forbedring. Det siste spørsmålet omhandler tiltakene som skal implementeres for å gjennomføre forbedringen. Deretter flyter dette videre inn i sirkelen som er en systematisk metode for å gjennomføre tiltakene i småskalaer, som for eksempel på en og en pasient. Tiltakene gjennomføres flere ganger før det vises en effekt og det kan iverksettes i større skala. Denne sirkelen har vist seg å være effektiv og endringer kan forekomme raskere (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014) (Vincent, 2010). På en annen side har det vist seg at for å få til en organisatorisk endring må organisasjonene være «klare» for å gjennomføre en endring (Vincent, 2010).



Figur 3: PDSA-sirkelen (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014). Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/3008/forbedringsmodellen>

4.4 Sju nivåer for sikkerhet

Charles Vincent (2010) har skrevet om Reason sin ulykkes-modell og brukt den i helsevesenet for å klassifisere feil og organisatoriske faktorer som kan påvirke klinisk praksis. Vincent sine sju nivåer for sikkerhet er et beskrivende rammeverk som er medvirkende for en god klinisk praksis og forbedring av pasientsikkerheten.

Faktorer:	Medvirkende faktorer:
Pasientfaktorer	Kompleksitet, språk og kommunikasjon, personlighet og sosiale faktorer.
Oppgave- og teknologifaktorer	Strukturert og oversiktlig design, tilgjengelighet og nøyaktighet og hjelpemidler til beslutningstaking.
Individuelle (personalet) faktorer	Ferdigheter og kunnskap, kompetanse, psykisk og mental helse.
Teamfaktorer	Kommunikasjon, dette gjelder både skriftlig og muntlig, spørre om hjelp ved behov og god ledelse innad i teamet.
Arbeidsmiljøfaktorer	Ulike nivåer av ferdigheter og profesjoner i organisasjonen. Arbeidsmengde og turnusarbeid, vedlikehold, design og tilgjengelighet på utstyr. Støtte fra administrasjon og ledelse. Det fysiske miljøet på arbeidsplassen.
Administrasjons – og ledelsesfaktorer	Finansielle ressurser, organisatoriske strukturer. Mål, sikkerhetskultur og prioriteringer i organisasjonen.
Institusjonelle faktorer	Økonomiske rammer, hvordan den nasjonale helsetjeneste er organisert og koblinger mellom eksterne organisasjoner.

Tabell 1: Oversatt fra Vincent (2010).

5.0 Metode

I dette kapittelet vil det bli beskrevet hvordan teori og empiri har blitt innhentet. Kapittelet tar også for seg hva slags metode som har blitt brukt i denne studien. Videre fremstilles det hvordan datamaterialet har blitt analysert, herunder hva slags statistiske analyser som er brukt.

Avslutningsvis er det en gjennomgang av de etiske vurderingene som må ivaretas underveis.

Når det brukes en metode betyr det at en følger en bestemt vei mot målet vårt. Når metodevalget skal gjøres er det ulike punkter som må vektlegges. Det handler blant annet om hvordan en skal gå frem for å finne den informasjonen som er ønskelig å få rede på og hvordan en ønsker å analysere informasjon som anskaffes. Metoden som velges hjelper oss å ta pragmatiske valg. Det må brukes en metode som svarer på problemstillingene som er utarbeidet og formålet med studien. I denne masteroppgaven er det valgt kvantitativ metode for å undersøke utbredelse av overbehandling vurdert ved erstatningssaker registret ved NPE. Studien er en tverrsnittstudie som er fordelaktig å bruke når det er ønskelig å beskrive forekomsten av et fenomen (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

5.1 Litteratursøk

For å fremskaffe empiri og teori til masteroppgaven er det gjennomført litteratursøk i ulike databaser og med forskjellige søkeord for å prøve å få dypere innsikt innen emnet. Det er viktig med bruk av god empiri og teori for å understreke og diskutere funnene. Databasene som har blitt brukt er oria, psnet (patient safety network), pubmed og web of science. Psnet har den siste forskningen innenfor pasientsikkerhet.

De ulike søkeordene som er brukt er patient safety, overtreatment, reasons, samt en kombinasjon av disse søkeordene. Andre ord som er brukt er medical overuse, overdiagnoses, health service overuse, overuses og consequences, disse er også brukt i ulike kombinasjoner sammen.

Litteratursøk gir oversikt over mye av det som er publisert av forskning på valgt fagfelt, og skal brukes for å bygge videre kunnskap om temaet og er også et viktig utgangspunkt når en skal tolke funnene. Litteratursøket vil også vise om det er en sammenheng mellom internasjonal forskning og funn ved denne studien.

5.2 Studiens design

Studiens formål er å se på forekomsten av overbehandling innenfor ulike fagområder, samt hva som er årsakene til at skadene har skjedd, med utgangspunkt i meldte erstatningskrav til NPE. Videre er det ønskelig å se på følgetilstander av overbehandling og hvordan overbehandling har endret seg over tid. Sett i sammenheng med dette vil det bli benyttet en kvantitativ metode for å belyse problemstillingene. Det vil bli brukt en tverrsnittstudie i denne studien. Longitudinell tverrsnittstudie brukes når prevalens skal beskrives, men brukes også for å se på tendenser over tid. Formålet med denne typen studier er å fastslå utbredelsen av et fenomen, og i denne sammenheng er det overbehandling (Johannessen et al., 2010).

5.3 Datamateriale

Denne studien er en tverrsnittstudie hvor dataene i oppgaven er mottatt fra NPE. Datasettet inneholder 441 skadeerstatningssaker innenfor kategorien overbehandling og består kun av medholds saker. Det vil si at dataene er samlet inn på flere tidspunkter (Johannessen, 2010). Det som er spesielt med datautvalget er at de er sendt inn fra den norske befolkningen i løpet av en niårsperiode. Datamaterialet består av ulike variabler, disse er blant annet kjønn, alder, årstall for når skaden oppstod og vedtaksdato. Andre variabler som er framstilt er medisinsk område, behandlingssted og om pasienten døde. I tillegg er det en beskrivelse av skaden som videre har blitt brukt til å kode årsaker og følgetilstandene av overbehandlingen.

5.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Denne studien begrenses til å gjelde saker som har over 30 skader innenfor hvert fagområde. Det vil i denne studien derfor gjelde fagområdene ortopedi, odontologi, gastroenterologisk kirurgi og svulster – og kreftsykdommer. De andre fagområdene har for få saker til at det kan gjøres gode statistiske analyser og på bakgrunn av dette være vanskelig å trekke slutninger. I tillegg blir det utfordrende å se på trender over tid, da det vil være altfor få saker per år. Videre er en av sakene ekskludert da det var mangelfull utfylling av ulike variabler. Variablene som manglet var kjønn, alder og behandlingssted.

5.5 Statistiske analyser

Datasettet i denne studien er deskriptive data, derfor kan fordelingen av ulike faktorer beskrives. Det vil bli brukt frekvensfordeling som viser hyppigheten av de ulike verdiene på hver enkelt variabel (Bjørndal og Hofoss, 2004; Johannessen et al, 2010). Før de statiske analysene ble startet, ble det gjennomført en omkoding av noen av dataene. Kodingen har blitt gjennomført med bakgrunn i kvantitativ innholdsanalyse og NPE sitt interne kodeverk. Dette ble utført for at kodingen skal ha reliabilitet (Eskjær & Helles, 2015). NPE har sendt det interne kodeverket for å gjøre det lettere å få en forståelse av hvordan kodeverket er bygd opp. Etter gjennomgang av det interne kodeverket ble det enklere å kunne lage nye koder. Fordelen med at NPE har et internt kodeverk som blir brukt i denne oppgaven er at dataene er konsistent kodet gjennom hele datasettet.

Før kodingen startet ble det gjennomførte en deskriptiv analyse for å få et overblikk over datasettet og se hvordan kategoriene utspilte seg. Ved gjennomgang av datasettet oppstod flere ideer som det var ønskelige å undersøke i studien. Videre ble det gjennomført en analyse der det ble undersøkt om det var en sammenheng mellom de ulike variablene. Dette for å kunne gjennomføre en reliabel omkoding. Bakgrunnen for omkodingen av variabelen var for å gjøre den mer lettfattelige og enklere å forstå. Variabelen som det ble laget ny kode av var hva som var årsaken til skaden og kategorien har fått navnet «Årsak til skade» (Eskjær & Helles, 2015; Johannessen et al, 2011).

Videre ble dataene kategorisert på nytt på bakgrunn av Vincents sju nivåer for sikkerhet (Vincent, 2010). Når det gjelder følgetilstandene til hendelsene er de basert på NPE sin kategorisering «død» og kategorien «årsak til skade». De fleste hendelsene har mer enn en medvirkende årsak (Reason, 1997), og derfor er alle betydningsfulle faktorer notert og kategorisert. Basert på dette er antallet av følgetilstander høyere enn hvis man kun hadde registret en årsaksfaktor i hver skadesak.

Dataene forelå i Excel og de statiske analysene har blitt gjennomført i Excel ved bruk av pivottabeller. Datasettet består av ulike variabler. De variablene som er ønskelige å bruke og som er mest relevante i denne studien er medisinsk område, skadetype, årsak til behandling og årsak til skade. Det finnes ulike målenivåer innenfor kvantitativ metode og hvert enkelt målenivå gir oss ulik informasjon og tallene kan videre analyseres på forskjellige måter. Variablene i NPEs

datasettet er nominale og ordinale, og på bakgrunn av dette er frekvensfordeling fordelaktig i denne studien. Dette på bakgrunn av at verdiene er «merkelapper» og at dataene er satt i en orden. Etter at frekvensfordelingen er gjennomført i Excel vil det videre bli fremstilt grafisk ved hjelp av ulike diagrammer og tabeller (Johannessen et al., 2010). Det som er ønskelig å finne ut fra analysene er om det er forskjeller i fagområder, og hvor store disse forskjellene eventuelt er. I tillegg er det ønskelig å se om det er spesielle mønstre i fordelingen, særlig med tanke på om det er økt forekomst innen spesifikke fagområder og årsaken til overbehandlingen. Det er også ønskelig å finne ut om det er tidsmessige trender innen denne problemstillingen, og innen forskjellige fagområder (Johannessen et al., 2010).

5.6 Etiske vurderinger

All forskning formes av etiske prinsipper og juridiske retningslinjer, dette gjelder også studentforskning. Etikk handler om prinsipper, regler og retningslinjer som alle forskere må vurdere for å finne ut om handlingene som gjøres er rette eller gale (Johannessen et al., 2010; Everett & Furseth, 2012). Målet til Helseforskningsloven (2008, § 1) er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning.

Det er nødvendig å ivareta forskningsdeltakernes menneskeverd og menneskerettigheter. På bakgrunn av dette er det nødvendig med etiske vurderinger når forskningsprosjekter skal gjennomføres. Dette gjøres ved å sjekke om det er behov for å søke Regional Etisk Komite (REK) eller Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). De skriver at hvis dataene er aidentifiserte eller anonymiserte er det ikke nødvendig å søke (REK, 2018; NSD, 2018). Siden dataene i datasettet er aidentifiserte og anonymiserte ved bruk av koder faller de utenfor personopplysningslovens definisjon og i denne oppgaven er det derfor ikke nødvendig å søke NSD eller REK (REK, 2018; NSD, 2018). Datamaterialet oppbevares på PC med passordbeskyttelse, og kommer til å bli slettet etter at studien er gjennomført og publisert.

6.0 Resultat

I denne delen av oppgaven presenteres funnene fra datasettet til NPE. Videre vil det følge en oversikt over inklusjons – og eksklusjonskriterier for denne studien. Etter dette kommer statistikk og oversikt over årsakene til de uønskede hendelsene i forbindelse med overbehandling. Deretter følger utviklingen av overbehandling over tid, før kapittelet avsluttes med følgetilstandene.

I det opprinnelige datasettet fra NPE (n= 441) var 58% (254) kvinner og 42% (187) menn. Her var gjennomsnittsalderen 48,89 år og medianen 49 år. Den yngste pasienten var 1 år gammel og den eldste 94 år gammel. Sakene er oppført etter medisinsk område, hva slags behandling som ble gitt og skadetype. Videre har det blitt kodet en ny variabel på bakgrunn av skaden, den har fått navnet «Årsak til svikt». Medisinsk område, skadetype og skadested har egne behandlingskoder fra NPE's interne kodeverk og disse har blitt brukt videre i analysearbeidet.

Medisinsk område	Antall (n)
Ortopedi	208
Odontologi	54
Gastroenterologisk kirurgi	36
Svulster og kreftsykdommer	33
Øyesykdommer	17
Karsykdommer	14
Øre-nese-halssykdommer	13
Plastikkirurgi og kosmetisk behandling	11
Urologi	11
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	7
Hjertesykdommer	6
Endokrinologi og metabolske forstyrrelse	6
Nevrokirurgi	4
Anestesiologi	4
Maxillofacial og oralkirurgi	3
Fysioterapi, kiropraktikk, rehabiliter.	3
Nyresykdommer	3
Generell kirurgi	2

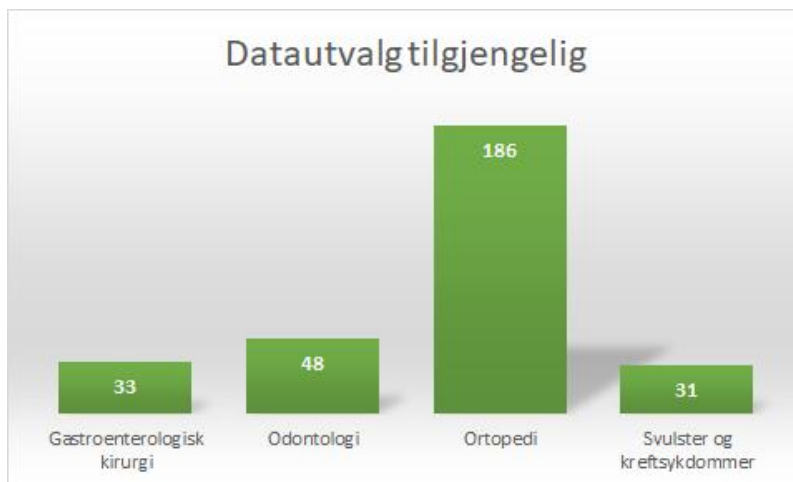
Hudsykdommer	1
Revmatologi	1
Fordøyelsesykdommer	1
Infeksjonssykdommer og venerologi	1
Lungesykdommer	1
Generell indremedisin	1
Totalsum	441

Tabell 2: Fordeling av medisinsk område på bakgrunn av NPE interne kodeverk.

Som tabellen over viser var det mange fagområder med relativt få saker. På grunn av dette vil det bli vanskelig å si noe om ulike aspekter på disse områdene. Derfor er det satt en grense på at det må være minst 30 saker per fagområde for å kunne inkluderes i studien. I tillegg vil fagområder med færre enn 30 saker være vanskelig å analysere i forhold til tidstrender. Et av de andre inklusjonskriteriene var at dataene ikke skulle være eldre enn fra 2009, dette på grunn av endringer som kan ha kommet innen medisinsk behandling over tid. Etter gjennomgang av eksklusjon -og inklusjonskriteriene ble 143 saker ekskludert fra studien. Selv om disse sakene er fjernet vil utvalget fortsatt være rimelig representativt, siden det fortsatt er et tilfredsstillende antall saker inkludert (Johannessen et al., 2010). Tilslutt gjenstår 298 medholds saker fra 2009-2017 som analyseres i denne studien. N= 298. Bakgrunnen for at det kun brukes medholds saker videre i analysene er fordi det er faglig tvil om skaden har sammenheng med overbehandling når de har fått avslag.

6.1 Datautvalg tilgjengelig til analyse

Etter å ha justert datasettet for inklusjons- og eksklusjonskriteriene, er det 298 saker klar for analyse. Fagområdene som står igjen i etterkant av justeringene er gastroenterologisk kirurgi 33 (11,0%), odontologi 48 (16,1%), ortopedi 186 (62,2%) og svulster og kreftsykdommer 31 (10,4%). Årsaken til at disse tallene er annerledes her enn i tabell 2 er fordi det er gjort et utvalg av sakene så det kun gjelder saker mellom 2009-2017, samt at det må være flere enn 30 saker per fagområde.



Figur 4: Datautvalget som brukes i videre analysearbeid.

6.2 Alle deskriptive data samlet

Totalt antall saker i perioden 2009-2017 var 298, blant disse var 173 (58,1%) kvinner og 125 (41,9%) menn. Aldersspennet var 13-94 år. Gjennomsnittsalderen for begge kjønn samlet var 48 år, medianen 48,5. De fleste sakene oppstod på somatisk sykehus 69,8%, etterfulgt av privat helsetjeneste med 20,1% og offentlig kjøp av helsetjenester 6,7%. Med privat helsetjeneste menes alle helsetjenester som ikke får offentlig tilskudd, eller som omfattes av de offentlige helsetjenestene (NPE, 2019). Andre relevante variabler i studien er årsak til skade og årsak til svikt (følgetilstander) som vil diskuteres videre i oppgaven.

Alder og kjønn	N	%	Minste verdi	Høyeste verdi	Gjennomsnitt	Median
Totalt	298	100,0 %	13	94	48,4	48,5
Kvinner	173	58,1 %	14	81	46,7	47
Menn	125	41,9 %	13	94	50,7	52,5
Aldersfordeling						
10-20	10	3,4 %				
20-30	38	12,8 %				
30-40	39	13,1 %				
40-50	55	18,5 %				
50-60	75	25,2 %				
60-70	50	16,8 %				
70-80	27	9,1 %				
80-90	3	1,0 %				
90-100	1	0,3 %				
Helsetjeneste	298	100 %				
Kommunelegetjenesten/fastlegeordningen	2	0,7 %				
Offentlig kjøp av helsetjenester	20	6,7 %				
Offentlig tannhelsetjeneste	6	2,0 %				
Privat helsetjeneste	60	20,1 %				
Privatpraktiserende spesialister	2	0,7 %				
Somatiske sykehus	208	69,8 %				

Tabell 3: Alle deskriptive data.

6.3 Årsaker til uønskede hendelser

Det ble totalt funnet 423 feil knyttet til overbehandling. Det er svært sjeldent kun en årsak til at en uønsket hendelse oppstår (Reason, 1997; Helsedirektoratet, 2016). Ved gjennomgang av årsakene samlet var den dominerende gruppen av feil ‘ikke indikasjon for operasjon’ (134; 31,7%). Videre var ‘feilbehandling’ (55; 13,0%) og ‘ikke indikasjon for behandling’ (33; 7,8%). En annen viktig årsak var mangelfulle preoperative undersøkelser (29; 6,9%). Kommunikasjon er en bidragsyter i hver enkelt av gruppene som årsak til de uønskede hendelsene, men har ikke en egen kategori siden det ikke er nok informasjon om dette i det opprinnelige datasettet til NPE. Andre medvirkende årsaker er ‘behandlingssvikt’ (38; 9,0%) og ‘mangelfull journalføring’ (25; 5,9%). For å se fullstendig oversikt over alle årsakene til de uønskede hendelsene i forbindelse med overbehandling se tabell 4.

Årsak til skade	Fagområde Antall (%)				Totalt antall årsaker 423 (100%)
	Gastroenterologisk kirurgi 44 (100%)	Odontologi 65 (100%)	Ortopedi 266(100%)	Svulster og kreftsykdommer 48 (100%)	
Behandlingssvikt	2 (4,5%)	9 (13,8%)	22 (8,3%)	5 (10,4%)	38 (9,0%)
Burde avvartet operasjon			4 (1,5%)		4 (0,9%)
Burde forsøkt annen behandling	5 (11,4%)	3 (4,6%)	18 (6,8%)	4 (8,3%)	30 (7,1%)
Burde forsøkt konservativ behandling	4 (9,1%)	1 (1,5%)	21 (7,9%)		26 (6,1%)
Burde gjort ytterligere utredning	1 (2,3%)	1 (1,5%)	12 (4,5%)	6 (12,5%)	20 (4,7%)
Feil valg av operasjonsmetode	1 (2,3%)		3 (1,1%)		4 (0,9%)
Feilbehandling	6 (13,6%)	21 (32,3%)	19 (7,1%)	9 (18,8%)	55 (13,0%)
Feildiagnostikk			1 (0,4%)		1 (0,2%)
Ikke indikasjon for behandling	5 (11,4%)	16 (24,6%)	6 (2,3%)	6 (12,5%)	33 (7,8%)
Ikke indikasjon for operasjon	14 (31,8%)	3 (4,6%)	106 (39,8%)	11 (22,9%)	134 (31,7%)
Informasjonssvikt	1 (2,3%)		1 (0,4%)	3 (6,3%)	5 (1,2%)
Mangelfull journalføring	2 (4,5%)	6 (9,2%)	14 (5,3%)	3 (6,3%)	25 (5,9%)
Mangelfull medisinsk praksis		4 (6,2%)	11 (4,1%)	1 (2,1%)	16 (3,8%)
Mangelfull operasjonsteknikk			3 (1,1%)		3 (0,7%)
Mangelfulle preoperative undersøkelser	3 (6,8%)	1 (1,5%)	25 (9,4%)		29 (6,9%)

Tabell 4: Årsaker til overbehandling i helsetjenesten.

Videre er dataene kategorisert etter Vincent sju nivåer av sikkerhet for å se hvilke faktorer som er medvirkende innenfor overbehandling, og hvor kvalitetsarbeidet bør prioriteres videre (Vincent, 2010). Dog har noen av årsakene vært utfordrende å plassere under kun en faktor, men i denne studien er hver årsak plassert under kun en faktor.

Faktor	Årsaker til overbehandling N = 423
Pasientfaktorer	<i>Pasientstyrt behandling</i> (5) - Behandlingssvikt (5)
Oppgave- og teknologifaktorer	<i>Oppgave – og teknologifaktorer</i> (56) - Feilbehandling (55) - Feildiagnostikk (1) Rutiner (4) - Burde avvventet operasjon (4) <i>Beslutningstaking</i> (190) - Burde forsøkt annen behandling (30) - Burde forsøkt konservativ behandling (26) - Ikke indikasjon for operasjon (134) - Ikke indikasjon for behandling (33)
Individuelle (personalet) faktorer	<i>Individuelle faktorer</i> (23) - Mangelfull operasjonsteknikk (3) - Mangelfull medisinsk praksis (16) - Feil valg av operasjonsmetode (4)
Teamfaktorer	<i>Kommunikasjon</i> (30) - Informasjonssvikt (5) - Mangelfull journalføring (25)
Arbeidsmiljøfaktorer	<i>Arbeidsmiljøfaktorer</i> (49) - Mangelfulle preoperative undersøkelser (29) - Burde gjort ytterligere utredning (20)
Administrasjons – og ledelsesfaktorer	<i>Administrasjonsfaktorer</i> (33) - Behandlingssvikt (33)
Institusjonelle faktorer	-

Tabell 5: Faktorer til overbehandling i helsetjenesten.

6.3.1 Årsak til overbehandling innenfor ortopedi

Innenfor fagområdet ortopedi var det 266 årsaker til overbehandling. Den største årsaken var 'ikke indikasjon for operasjon' (106). Bakgrunnen til denne årsaken er kompleks og utfordrende å finne ut av. En av utfordringene forbundet med 'ikke indikasjon for operasjon' er at det på forhånd er vanskelig å vite hva som hjelper pasientene eller skader de. Sammensatt sykdomsbilde eller økt risiko på grunn av høy alder var noen av årsakene til at det ikke var indikasjon for operasjon. I tillegg førte flere av de gjennomførte operasjonene til dårlige resultater og hadde ingen effekt på aktuell tilstand. En annen grunn var at den tentative diagnosen i løpet av operasjonen ble avdekket som feil. Hvilket tar oss videre til den nest viktigste årsaken som var 'mangelfulle preoperative undersøkelser' (25). Dette skyldtes at flere av operasjonene ble gjennomført unødvendig på grunn av manglende undersøkelser på forhånd. De to viktigste årsakene til overbehandling innenfor ortopedi har sammenheng med hverandre. Bakgrunnen til dette er at hvis det hadde blitt gjort ytterligere preoperative undersøkelser kunne følgetilstandene som overbehandling har ført med seg vært redusert. Årsakene til overbehandling innenfor ortopedi skyldes oppgave – og teknologifaktorer, men også arbeidsmiljøfaktorer. Disse faktorene omfatter en stor del av helsetjenesten og derfor er det nødvendig med gode rutiner og beslutningstaking i hele helsevesenet.

6.3.2 Årsak til overbehandling odontologi

Når det gjelder årsakene til overbehandling innenfor odontologi er det noe annerledes enn ortopedi. Den største årsaken her var 'feilbehandling' (21). 'Feilbehandling' omfatter i denne sammenheng utilfredsstillende resultat og unødvendig ekstraksjon av tenner uten tilfredsstillende informasjon til pasientene. Med andre ord er det behandlinger som det i utgangspunktet ikke var indikasjon for og i tillegg ble utført feil. Den nest største årsaken innenfor odontologi er det 'ikke indikasjon for behandling' (16) og handler om at behandlingene ikke hadde et faglig grunnlag. I tillegg gjaldt det økt risiko da pasientene på forhånd hadde tilleggssykdommer som kunne medføre at behandlingene mislykkes. Sistnevnte årsak handler om beslutningstaking innenfor fagområdet. Mens 'feilbehandling' omhandler oppgave – og teknologifaktorer. Begge havner under samme kategori, men omhandler litt ulike sider.

6.3.3 Årsak til overbehandling gastroenterologisk kirurgi

Gastroenterologisk kirurgi innebærer kirurgi av mage-tarm, og på bakgrunn av dette er det ikke overraskende at den største årsaken til overbehandling for dette fagfeltet er ‘ikke indikasjon for operasjon’ (14). Årsakene var blant annet økt risiko på grunn av alder eller et komplekst sykdomsbilde. Et annet eksempel på overbehandling var at kroppsmasseindeks (KMI) ikke var innenfor gitte rammer for å kunne gjennomføre gastric bypass og få et fullverdig resultat. Videre fulgte ‘feilbehandling’ (6), som for dette fagfeltet innebærer at det er gjennomført undersøkelser, behandlinger eller operasjoner som det ikke var noe grunnlag for og som gjorde vondt verre og i noen tilfeller medførte død. Som tidligere skrevet i oppgaven er det utfordrende å vite hva som har effekt eller ikke på forhånd. Dog er flere av feilbehandlingene gjennomført uten tilfredsstillende undersøkelser på forhånd. Derfor kan det kategoriseres som overbehandling fordi det ikke er godt nok utredet før det blir gjennomført unødvendig store undersøkelser, behandlinger eller operasjoner. Videre ser vi at disse årsakene er kategorisert under faktorene teknologi – og oppgavefaktorer og innebærer både rutiner og beslutningstaking. I tillegg sees det at kommunikasjon er en bidragsyter til at det har oppstått uønskede hendelser.

6.3.4 Årsak til overbehandling svulster og kreftsykdommer

Svulster og kreftsykdommer er den minste gruppen som er inkludert i denne studien, samtidig er det et bredt område og kan omhandle alle organene i kroppen. For denne gruppen var den største årsaken til overbehandling ‘ikke indikasjon for operasjon’ (11). De ulike årsakene var at diagnosen ikke var påvist i forkant av kirurgi, høy alder og komplisert sykehistorie. I tillegg omhandlet det kommunikasjon, siden fordelene og ulempene ikke var veid opp mot hverandre og det ikke var gitt god nok informasjon til pasient og pårørende i forkant av operasjonen. Den nest største årsaken var ‘feilbehandling’ (6). For dette fagfeltet gjaldt det for eksempel feilplassering av dren og feil valg av behandling som medførte verre skader enn det opprinnelig var. Som innenfor de andre fagfeltene er teknologi – og oppgavefaktorer de største faktorene til overbehandling.

Ved grundig gjennomlesning av de ulike årsakene innenfor de ulike fagområdene som er inkludert i denne studien er det en overvekt av noen av årsakene, disse sees tydelig i tabell 4.

6.4 Skadested ortopedi & svulster og kreftsykdommer

Innenfor fagområdene ortopedi og svulster og kreftsykdommer er det relevant å se hvilken del av kroppen som er overrepresentert innenfor overbehandling. Når det gjelder ortopedi var det fot/ankel som var mest berørt (32,8%). Videre fulgte kne (23,7%) og skulder (10,2%).

Gastroenterologisk kirurgi innebærer mage, – tarm, - og lever. På bakgrunn av dette er det ikke gjort ytterligere beregninger i forhold til skadested. Når det gjelder odontologi er det heller ikke gjort øvrige beregninger enn de som er i det opprinnelige datasettet. Svulster og kreftsykdommer kan ramme hele kroppen og datasettet viste at det rammet forskjellige steder. Her var mage, - tarm og bukhinne det skadestedet hvor det var flest overbehandlinger (22,6%), etterfulgt av kjønnsorganer (19,4%) og hud, bløtvev og bindevev (12,9%).

Skadested ortopedi	Antall n = 186	% 100%	Skadested svulster og kreftsykdommer	Antall n = 31	% 100%
Fot/Ankel	61	32,8 %	Mage, tarm, bukhinne	7	22,6 %
Kne	44	23,7 %	Kjønnsorganer (genitalia)	6	19,4 %
Skulder	19	10,2 %	Hud, bløtvev, bindevev	4	12,9 %
Hofte	16	8,6 %	Urinveier, nyrer	3	9,7 %
Hender	10	5,4 %	Luftveier	2	6,5 %
Rygg	8	4,3 %	Hjerte, kar	1	3,2 %
Legg/Lår	8	4,3 %	Spiserør	1	3,2 %
Håndledd	6	3,2 %	Munnhule, svelg, stemmebånd	1	3,2 %
Arm	5	2,7 %	Rygg	1	3,2 %
Perifere nerver	5	2,7 %	Sanseorgan (hørsel, syn, lukt, smak)	1	3,2 %
Skjelett, muskulatur	3	1,6 %	Tenner	1	3,2 %
Urinveier	1	0,5 %	Arm	1	3,2 %
			Fot/Ankel	1	3,2 %
			Legg/Lår	1	3,2 %

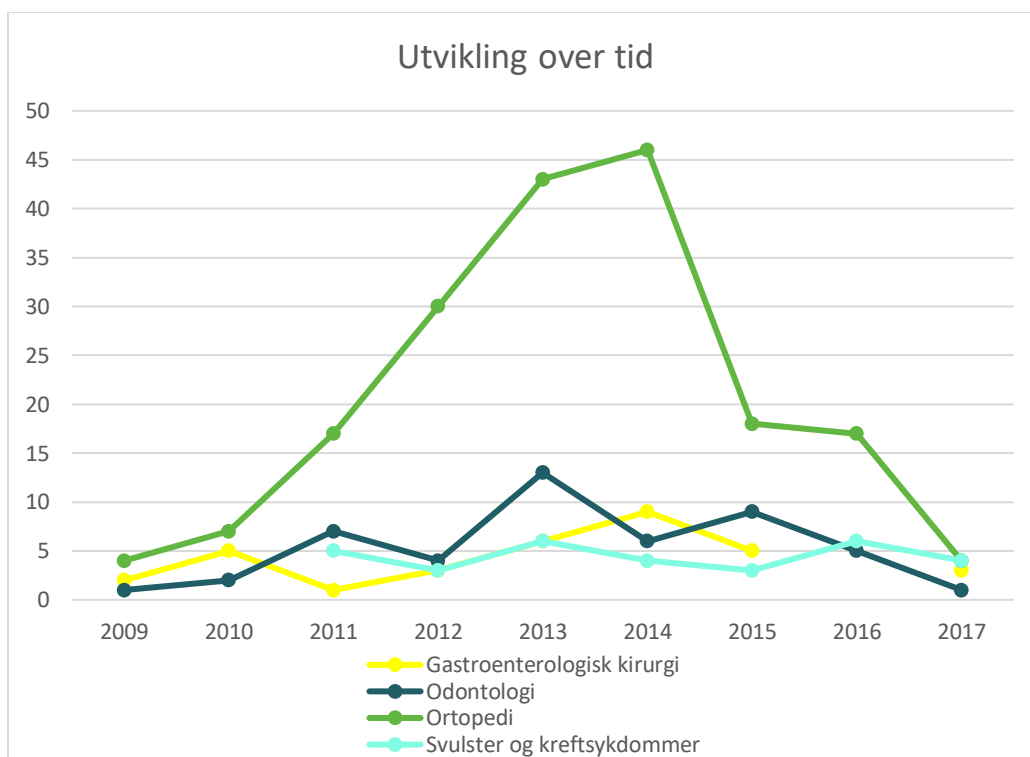
Tabell 6: Skadesteder ortopedi & svulster og kreftsykdommer

6.5 Utvikling av overbehandling over tid

Siden datasettet er fra 2009-2017 er det mulig å se på trender over tid. Derfor er det laget en figur som viser utviklingen av dette, se figur 5. Det første som sees er fagområdet ortopedi som har hatt en jevn stigning siden 2009. De tre andre fagfeltene som er inkludert i studien har et mer stabilt nivå gjennom årene. I 2013 hadde odontologi sin topp med 19,1% av sakene som fikk medhold dette året. Samtidig hadde ortopedi 63,2% av sakene det året, mens gastroenterologisk kirurgi (8,8%) og svulster og kreftsykdommer (8,8%) holdt et relativt stabilt nivå. Videre var det

i 2014 flest innmeldte saker innenfor ortopedi. 70,8% av sakene som var meldt inn og fikk medhold i 2014 var innenfor ortopedi. Innen de andre fagområdene sees det at odontologi hadde et fall dette året (9,2%), mens gastroenterologisk kirurgi (13,8%) og svulster – og kreftsykdommer (6,2%) fortsatt holdt et relativt jevnt nivå.

Ved gjennomgang av datasettet kan det se ut som det er en nedgang i overbehandling. Det kan være ulike grunner til dette, et eksempel kan være at det er andre fagområder som har blitt ekskludert i denne studien som har hatt økende dominans innenfor overbehandling. En annen grunn kan være at flere av sakene som blir meldt inn har fått avslag. Dette fører videre til spørsmålet om når sakene kan kategoriseres som overbehandling. I denne studien går vi ikke nærmere inn på dette temaet, men det er allikevel nødvendig å belyse det for å vurdere om overbehandling fortsatt er en utfordring og kommer til å være det fremover. Dette fordi overbehandling er komplekst og utfordrende å kategorisere.



Figur 5: Utvikling av skadesaker i NPE der det er gitt medhold på grunn av overbehandling.

6.6 Følgetilstander av overbehandling blant utvalgt data

Den verste konsekvensen av overbehandling er død. I datautvalget var det 5 dødsfall (1,7%) på grunn av unødvendig behandling. Dog er en pasientskade fortsatt en for mye, dette gjelder i særlig grad dødsfall (Helsedirektoratet, 2018). Av skadene som medførte død var det ulike følgetilstander som førte til dødsfall. Følgetilstandene var funksjonsforstyrrelse (1), generell infeksjon - herunder sepsis og septisk sjokk (1), lokal vevsskade (perforasjoner, nekroser) (1), blødning, blodpropp og blodansamling (1) og infeksjon (1). Dødsfallene skjedde henholdsvis innenfor fagområdene svulster og kreftsykdommer (3) og gastroenterologisk kirurgi (2).

I datautvalget var det ulike følgetilstander, også for de ulike fagområdene – som vist i tabell 7. Følgetilstanden som er overrepresentert i datasettet var ulikt innenfor fagområdene. Ved å begynne å se på det største fagområdet ortopedi var lokal nerveskade (28; 15,1%), funksjonsforstyrrelse (26; 14,0%) og lokal infeksjon (26; 14,0%) de største konsekvensene av overbehandlingen. Funksjonsforstyrrelser innebærer inkontinens, nedsatt funksjon av ekstremiteter, deriblant nedsatt bevegelighet, anleggelse av stomi, synstap og reoperasjoner. Videre innenfor fagfeltet odontologi var tap av kroppsdel/organ (15; 31,3%) den største følgetilstanden. Når det gjelder gastroenterologisk kirurgi var funksjonsforstyrrelse (12; 36,4%) den følgetilstanden som det var størst andel av. Innenfor svulster – og kreftsykdommer var den hyppigste følgetilstanden lokal vevsskade (11; 35,5%). Herunder perforasjoner og komplikasjoner i etterkant av strålebehandling. Ytterligere oversikt over konsekvenser er gjengitt i tabellen under.

Følgetilstand	Fagområder Antall (%)			
	Gastroenterologisk kirurgi ¹ 33 (100%)	Odontologi ² 48 (100%)	Ortopedi ³ 186(100%)	Svulster og kreftsykdommer ⁴ 31 (100%)
Generell infeksjon (blodforgiftning/sepsis)	1 (3,0%)			
Lokal infeksjon	2 (6,1%)	2 (4,2%)	26 (14,0%)	3 (9,7%)
Lokal nerveskade	2 (6,1%)	2 (4,2%)	28 (15,1%)	3 (9,7%)
Lokal vevsskade (perforasjoner, nekroser, strålebeh., tannskader)	6 (18,2%)	2 (4,2%)	6 (3,2%)	11 (35,5%)
Ikke forventet estetisk resultat		1 (2,1%)		
Tap av kroppsdel/organ ⁵	1 (3,0%)	15 (31,3%)	3 (1,6%)	3 (9,7%)
Blødning, blodpropp (trombose/emboli), blodansamling (hematom)	3 (9,1%)		2 (1,1%)	2 (6,5%)
Behandling ikke utført til riktig tid (unntatt medisinerings)		3 (6,3%)	7 (3,8%)	1 (3,2%)
Mangelfull behandling/oppfølging	3 (9,1%)	8 (16,7%)	12 (6,5%)	1 (3,2%)
Funksjonsforstyrrelse	12 (36,4%)	2 (4,2%)	26 (14,0%)	5 (16,1%)
Feilstilling		1 (2,1%)	11 (5,9%)	
Forsinket tilheling		1 (2,1%)	1 (0,5%)	
Smerter	1 (3,0%)	4 (8,3%)	63 (33,9%)	2 (6,5%)
Psykiske plager	1 (3,0%)			
Annen eller ukjent form for skadetype	1 (3,0%)	3 (6,3%)		
Dekning av utgifter til behandling		4 (8,3%)	1 (0,5%)	

Tabell 7: Følgetilstander overbehandling

¹ Tap av kroppsdel/organ innebærer unødvendig fjerning av organ/fjernet unødvendig store deler av organ

² Tap av kroppsdel/organ innebærer unødvendig ekstraksjon av tenner

³ Tap av kroppsdel/organ innebærer amputasjoner

⁴ Tap av kroppsdel/organ innebærer unødvendig fjerning av organ

⁵ Betydningen av tap av kroppsdel er ulikt innenfor de ulike fagområdene

7.0 Diskusjon

7.1 Generelt om uønskede hendelser i forbindelse med overbehandling

På bakgrunn av det utvalgte datasettet er kvinner overrepresentert (58,1%), mens andelen menn var noe mindre (41,9%). De fleste sakene gjaldt aldersgruppen 50-60 år. Denne aldersgruppen utgjorde flertallet innenfor de ulike fagområdene. Ved å systematisk identifisere og analysere årsaker til overbehandling og uønskede hendelser kan det bidra til økt læring hos helsevesenet, samtidig som forebyggingsarbeidet fremmes (Helsedirektoratet, 2016).

Resultatene viser at de fleste sakene gjaldt fagområdet ortopedi (62,2%), videre fulgt av odontologi (16,1%), gastroenterologisk kirurgi (11,0%) og svulster – og kreftsykdommer (10,4%). De fleste sakene som har fått medhold hos NPE er også blant disse fagområdene, så det samsvarer godt (NPE, 2020). Det sees også samme tendens innenfor ulik forskning på denne tematikken. Noen ortopediske operasjoner vist seg å være lite effektive, og det bør oftere vurderes konservativ behandling som første prioritet (Flum, 2006). Dette samsvarer også med resultatene i denne studien som viser at den hyppigste årsaken til medhold for overbehandling var 'ikke indikasjon' i ortopediske operasjoner.

De fleste uønskede hendelsene oppstod på somatiske sykehus (69,8%). Videre etterfulgt av privat helsetjeneste (20,1%) og offentlig kjøp av helsetjenester (6,7%). Siden det ble innført fritt behandlingsvalg i Norge i 2015 kan det ha blitt en økende andel som bruker privat helsetjeneste. På bakgrunn av dette kan det være flere uønskede hendelser innenfor overbehandling enn det som kommer frem i denne studien. Et moment er om det er økonomiske insentiver som kan ha bidratt til at de uønskede hendelsene oppstod, men på bakgrunn av datasettet er det vanskelig å kunne svare på. I tillegg er det en tankevekker at det er relativt få saker innenfor fagområdet plastikkirurgi og kosmetisk behandling. Hva er årsakene til dette? Er det fordi pasientene ikke ønsker å melde det inn? Eller har de ikke blitt informert om muligheten til å klage hvis de har blitt påført skade som følge av svikt i behandlingen. En annen årsak kan være at de kosmetiske operasjonene ofte utføres uten medisinsk indikasjon, derav kan pasientene ofte føle at de ikke har like rettigheter som ved operasjoner med et medisinsk grunnlag.

7.2 Årsaker til uønskede hendelser

Som resultatene i studien viste var det noen årsaker som det var en høyere andel av enn andre, disse var ‘ikke indikasjon for operasjon’, ‘behandlingssvikt’ og ‘feilbehandling’. Det er ulike tilnærminger på hvordan disse områdene kan forbedres og det vil bli diskutert senere i oppgaven. Disse feilene oppstår ofte på grunn av rutinesvikt hos helsetjenesten og kommunikasjon mellom profesjon og pasient (Aase, 2018; Vincent, 2010). Andre faktorer som fører til overbehandling er mangel på tid og tilgjengeligheten av enkelte tester og undersøkelser. Det finnes en del evidensbasert forskning innenfor for lite behandling, men ikke på overbehandling. Siden det ikke er like mye forskning på dette feltet er det mer utfordrende å få forskningsbasert kunnskap som kan brukes i retningslinjer til helsetjenesten (Newton, 2017).

7.2.1 Ikke indikasjon for operasjon

‘Ikke indikasjon for operasjon’ var den vanligste årsaken til overbehandling i studien. I de fleste tilfellene var grunnen at det ikke var gjennomført grundige preoperative undersøkelser. Som resultatene viste gjaldt dette særlig ortopediske operasjoner. Tidligere forskning har vist at ortopediske operasjoner er de operasjonene som oftest ikke forbedrer eller kurerer den aktuelle diagnosen. Konservativ behandling kunne hjulpet pasientene på samme måte som kirurgi (Bourne, Chesworth, Davis, Mahomed, & Charron, 2010). En studie gjennomført blant pasienter som har gjennomgått kneprotesekirurgi viste at 19% av pasientene ikke var fornøyd med det endelige resultatet. Det var flere årsaker til dette, blant annet smerter og nedsatt bevegelighet (Bourne et al., 2010). Dette samsvarer med resultatene funnet i denne studien hvor knær var et av stedene overbehandling opptrådte hyppigst. Som fra resultatene i denne studien viste smerter og funksjonsforstyrrelser seg å være noen av de vanligste følgetilstandene.

Når operasjoner utføres for ofte er det ulike årsaker til dette, et eksempel er gjennomføring av kirurgi på feil indikasjon. Grunnene til dette kan være at kirurgene ikke er faglig oppdaterte nok eller mangler kritiske holdninger til hvorfor de ikke skal gjennomføre operasjonene det ikke er grunnlag for. Et annet spørsmål å stille seg er om det ligger økonomiske motiver bak når operasjoner gjennomføres selv om det ikke er indikasjon for det. Dette kan for eksempel være fordi pasientene forventer konkrete tiltak når de oppsøker profesjonen. På samme måte kan økt press, spesielt hos private aktører føre til mer unødvendig behandling. Grunnen til dette kan være at pasienten har «betalt», som videre kan føre til større forventninger om at noe skal gjøres. For å

kunne svare på dette er det fagmiljøene som må sette et ytterligere fokus på overbehandling (Brodal, 2019). På den andre siden er det utfordrende for fagmiljøene å implementere gode retningslinjer når det ikke finnes grundig nok forskning innenfor tematikken (Brodal, 2019; Newton, 2017).

Det overnevnte er i tråd med funnene i denne studien hvor flere av sakene ikke hadde indikasjon for operasjon, men likevel ble gjennomført siden det ikke finnes evidensbaserte retningslinjer innenfor unødvendig behandling i Norge. På verdensbasis finnes det heller ikke gode nok retningslinjer (Jessup & Buchbinder, 2018). Etter gjennomgang av en del forskning på feltet viser det at overbehandling oppstår oftere enn en først antok og det må settes et økt fokus på det (Squires et al., 2019).

7.2.2 Overdiagnostikk

Behandlingssvikt oppstår på grunn av ulike faktorer, blant annet pasientstyrt behandling og administrative faktorer. I en studie gjennomført på amerikanske sykehus i forbindelse med overbehandling fant de ut at en del leger rapporterte et betydelig overforbruk, særlig innenfor behandling av synkope og unødvendige preoperative undersøkelser. Legene i denne studien rapporterte om overforbruk i 52% av alle preoperative undersøkelser og 85% i behandling av synkope. Behandlingene og undersøkelsene ble gjennomført selv om de hadde klare retningslinjer for reduksjon av overforbruk. I noen tilfeller hendte det allikevel at profesjonen avvek fra dette. Grunnen kan være for å berolige pasientene, pårørende eller følelsen av å ha gjort en «god» jobb (Korenstein, Falk, Howell, Bishop, & Keyhani, 2012). Resultatene viser at behandlingssvikt oppstår innenfor samtlige av de fire fagområdene, og oppstår ofte på bakgrunn av administrative utfordringer. Herunder handler det om mangel på gode retningslinjer innenfor overforbruk (Jessup & Buchbinder, 2018; Newton, 2017).

Unødvendige diagnostiske tester er en stor del av overdiagnostikk, grunnen til dette er fordi det ofte kan virke som enkle oppgaver. Imidlertid kan unødvendige diagnostiske tester føre til uheldige følgetilstander. I tillegg avdekket ikke testene noe, men førte heller til skade. En studie gjennomført av Korenstein et al (2012) viste at opptil 60% av diagnostiske tester på amerikanske sykehus ble gjennomført uten helsegevinst. Når det gjaldt kreftscreening viste det at mellom 15-50% av screeningene medførte skade istedenfor å avdekke sykdom. Dette sees i sammenheng med resultatene i denne studien hvor behandlingssvikt var en av de største årsakene til

overbehandling. Behandlingssvikt handler ofte om administrative og ledelsesfaktorer. Ulike studier har vist at overbehandling ikke har et administrativt tilholdssted og det er en utfordring. Siden det ikke har et administrativt tilhold kan det være vanskeligere for profesjonen å føle tilhørighet når de ikke har en bestemt instans å oppsøke med sine dilemmaer eller spørsmål om temaet (Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017; Korenstein et al., 2012).

7.2.3 Feilbehandling

Det er utfordrende å sette et klart skille mellom de ulike årsakene til at uønskede hendelser oppstår. I tillegg er det vanskelig å finne god forskning for å understøtte alle funnene.

Selv om delt beslutningstaking er nødvendig og viktig for at pasientene skal føle autonomi, er en viktig påminnelse at pasientene husker minimalt av det legene sier første gang det gis informasjon om noe nytt. En studie gjennomført av Jessup & Buchbinder (2018) viste at opptil 80% av informasjonen profesjonen ga til pasientene var glemt. Det viser at det er nødvendig å gjenta viktig informasjon for at pasientene skal kunne ta del i beslutningstakingen. Derfor bør pasientene alltid få skriftlig informasjon i form av brosjyrer eller lignende. Siden de da kan lese gjennom flere ganger og lettere få oversikt over informasjonen. Hvis ikke dette gjøres kan det lettere oppstå feilbehandlinger, som kan medføre overbehandling (Jessup & Buchbinder, 2018).

Når det gjelder odontologi og krav på refusjon innebærer det at pasientene alltid skal tilstrebes å få den rimeligste og mest elementære behandlingen i første omgang. Hvis behandler er usikker på diagnose eller hva slags behandling som er mest hensiktsmessig skal en alltid rådføre seg med andre, eller henvise til en annen behandler (Helfo, 2020). Sett i lys av resultatene som har fremkommet i denne studien er odontologi det nest største fagområde innenfor overbehandling. På bakgrunn av dette kan det sees at behandler ikke alltid følger det Helfo har nedfelt, eller det som står i Tannhelsetjenesteloven (1984, § 2-1) angående «...det ikke påføres unødig utgift...» ved å oppsøke tannlege. Som resultatene i studien viste var odontologi det fagfeltet hvor det var størst andel som førte til dekning av utgifter til behandling.

Feilbehandling omhandler oppgave – og teknologifaktorer. Det handler blant annet om rutiner og retningslinjene som finnes hos de ulike fagmiljøene. Som resultatene i studien har vist er det en stor del av årsakene til overbehandling innenfor disse faktorene. Noe av grunnen til dette kan være mangel på retningslinjer og få rutiner på overbehandling i helsetjenesten. En annen årsak er at profesjonen er redd for å behandle for lite og føle skyld hvis det ikke gis noe behandling.

Samtidig er redselen for å overse en diagnose også et viktig moment (Halvorsen, Førde, & Nortvedt, 2009).

7.3 Rutiner innenfor de ulike fagområdene

Ved ortopediske operasjoner er det vist at en av de største årsakene til at pasientene ikke var fornøyd i etterkant av operasjonene var at forventningen ikke ble møtt. Det kunne for eksempel være mer smerter enn først antatt, eller at behandlingene førte til funksjonsforstyrrelser. Dette viser hvor viktig det er med gode preoperative samtaler der pasientene kan spørre om det de ønsker, samt få informasjon om det forventede postoperative forløpet (Bourne et al., 2010). For å få til dette er det nødvendig med gode retningslinjer hos de ulike fagmiljøene. I tillegg må retningslinjene også implementeres i praksis. Dette er ledernes ansvar og viser viktigheten av god ledelse i helsevesenet. Ifølge Aase (2018) er ledelsen sin involvering og utvikling av struktur og kultur avgjørende for å skape en god pasientsikkerhetskultur. Samtidig må ledelsen forsøksvis prøve å implementere tiltak og retningslinjer som ulike profesjoner ser som viktige innenfor arbeidet med unødvendig behandlinger (Aase, 2018).

En annen måte å skape gode rutiner innebærer implementering av barrierer for å ikke gjennomføre unødvendige prosedyrer, operasjoner eller behandlinger. Eksempler på barrierer som kan implementeres er ulike trinn en må gjennomgå ved henvisning til intervensjoner på de kliniske arbeidsplattformene i helsetjenestene. Ved å gjøre dette kan attraktiviteten reduseres og kun de nødvendige intervensjonene gjennomføres. Dette er rutiner som har vært vurdert som gode siden slutten av 90-tallet, og det har siden den gang blitt forsket på (de Jong et al., 2019). Ved å ha gode retningslinjer er det enklere for profesjonen å inkludere pasientene i delt beslutningstaking. De Jong et al. (2019) gjennomførte en studie på gastrointestinale intervensjoner som viste en markant forskjell mellom stedene som hadde gode retningslinjer, kontra de stedene der det ikke fantes gode retningslinjer. Der retningslinjene var gode var det en reduksjon på henvisninger med 35%, noe som medførte mindre sannsynlighet for unødvendig behandling og eventuelle plager i etterkant (de Jong et al., 2019).

For at det skal implementeres gode rutiner er det nødvendig å arbeide systematisk og alltid ha et fokus på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. På bakgrunn av dette er det viktig å huske på at enhver som yter helse – og omsorgstjenester skal sørge for at virksomhetene jobber systematisk i kvalitetsforbedringen (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Føre-

var prinsippet kan også legges til grunn når det skal utarbeides gode rutiner hos helsetjenesten. Det bygger på at det er bedre å vise forsiktighet i forkant av en avgjørelse enn i etterkant. Grunnen til dette er at det er umulig å reversere konsekvensene i etterkant (Helse -og omsorgsdepartementet, 2011).

7.4 Organisatoriske og ledelsesfaktorer

Helsevesenet bygger på velkjente organisatoriske og finansielle strukturer. Likevel kan disse strukturene skape barrierer for god og effektiv pasientbehandling. Dette gjelder i særlig grad pasientgrupper med behov for helhetlige og sammenhengende tjenester på tvers av de ulike sektorene (Helsedirektoratet, u.å).

Som nevnt tidligere i oppgaven er det utfordrende å vite hvilke behandlinger som er nyttig på forhånd og hvilke som ikke er det. På bakgrunn av dette er det viktig å ikke være for «etterpåklok». For å vite om behandlinger eller operasjoner er nyttig er det flere faktorer som spiller inn. Dette handler blant annet om hva som er et leveår med god helse i forhold til et leveår med redusert helse på grunn av unødvendig behandling. For å få et tilstrekkelig svar på dette finnes det ulike verktøy. Det som oftest blir brukt i helsetjenesten er kvalitetsjusterte leveår (QALY). QALY innebærer virkninger på levetid og økt livskvalitet med et helseperspektiv. Det er noen utfordringer knyttet til QALY. Disse er at det er vanskelig å oppdage livskvaliteten på alle helsetilstander og alle pasienter har ulik tilnærming til hva god livskvalitet innebærer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Videre handler det om hvor stort antall personer som får en positiv helseeffekt av aktuell behandling. Dette handler også om finansieringen av en behandling, hvis den kun er effektiv for et lite antall personer, må en stille spørsmål om den skal støttes av offentlige sektor. Det må sees på om behandlingen gir så negative konsekvenser for en stor andel av befolkningen at de kan fjernes. Det er vanskelig å sette en klar grense på om en behandling er nyttig eller ikke. I tillegg må det sees i sammenheng med andre faktorer for å få et reelt bilde av behandlingen (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016).

Det blir alltid utarbeidet nytte-kostnadsanalyse for alle folkehelseiltak. I senere tid har det i tillegg blitt gjennomført analyser om konsekvensene for ressursbruk og antall gode leveår i ettertid av valgt behandling. Bakgrunnen for dette er for å se hva slags behandling som er effektiv for pasientene og deres livskvalitet. Samt om behandlingene er kostnadseffektive og hvilken betydning det har for ressursbruk i helsetjenesten. Dette kan på sikt bidra til reduksjon i

unødvendige behandlinger og oppnå folkehelsemålene til Norge. Et par av disse er at Norges befolkning skal få flere leveår med god helse og at samfunnet skal fremme god helse i hele befolkningen (Helse -og omsorgsdepartementet, 2016; Folkehelseinstituttet, 2018; Folkehelseloven, 2011).

7.5 Konsekvenser i forbindelse med overbehandling

Når det gjelder følgetilstandene til overbehandling er de mange og oppstår i ulik alvorlighetsgrad. Samtidig er det vanskelig å klassifisere konsekvensene som følge av overbehandling. Grunnen til dette er fordi alle mennesker har ulik oppfatning på hva som er en alvorlig konsekvens av en unødvendig behandling. Siden det er en kombinasjon av de ulike faktorene som fører til overbehandling blir det mer utfordrende og vanskeligere å vite hva som faktisk forårsaket de uønskede hendelsene. Noen av grunnene til at konsekvensene er vanskelig å oppdage er pasientenes høye forventninger til å bli behandlet, manglende overvåking og mangelfull melding av avvik. En annen årsak kan være skadelige økonomiske insentiver (Kherad et al., 2020).

En studie gjennomført i flere ulike land viste at av 4164 innleggelser så hadde 1133 av disse innleggelsene ført til uønskede hendelser i forbindelse med overbehandling. Av disse skadene førte 46,7% til død, uførhet i etterkant av sykehusoppholdet eller forlenget sykeleie. Videre var det 7,5% av pasientene som opplevde flere komplikasjoner (Squires et al., 2019). En lignende studie gjennomført i Danmark viste at de fleste overbehandlingene førte til milde og forbigående komplikasjoner, mens en mindre gruppe (30) fikk varige mén og noen medførte død (Schiøler et al., 2001). Resultatene fra denne studien viste også at det var flere som opplevde mer enn en komplikasjon samtidig. Samt at et større antall pasienter fikk forlenget sykeleie og måtte få hjelp til å betale ned unødvendig høye regninger fra helsevesenet. Bourne et al. (2010) sin studie viste at de vanligste følgetilstandene var infeksjon-, og blodpropp. Sett i lys av resultatene fra denne studien hvor smerter og lokal infeksjon var en av de hyppigste følgetilstandene til overbehandling så kan det sies å samsvare.

7.6 Utviklingstrekk innen overbehandling

På bakgrunn av at dataene fra datasettet er hentet fra en niårsperiode er det mulig å se på trender over tid. Det som er interessant å studere er om endringene som har skjedd over tid kan ha en sammenheng med de regulatoriske endringer i finansieringen i helsevesenet eller om det kan være en økt bruk av private helsetjenester. Videre er det også ønskelig å se på når de regionale

helseforetakene begynte å kjøpe mer private helsetjenester. Grunnen til at dette er interessant å se på er for å se om det er færre innmeldte saker i etterkant av nye endringer i helsevesenet.

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2015) ble fritt behandlingsvalg vedtatt i 2015, og dette medførte at pasientene selv kan velge hvor de ønsket å bli behandlet og de kunne velge å kjøpe private helsetjenester. En annen grunn var også å kunne forkorte behandlingstidene i helsetjenesten. Helsedepartementet gjør årlig utregninger for å se om det er endringer i etterkant av denne godkjenningsordningen. Siden oppstart har det vært en stadig økning, særlig de seneste årene og da innenfor somatikk. Det var en markant oppgang for somatikk i juni 2016 (Helsedirektoratet, 2019; Helse -og omsorgsdepartementet, 2015). Resultatene i studien viser en markant nedgang i medhold for overbehandling i ortopedi fra 2015, og det kan muligens sees i sammenheng med fritt behandlingsvalg. En annen tankevekker er at det er økning av privat helsetjeneste fra 2016.

En studie gjennomført på amerikanske sykehus har avdekket at noen områder innenfor overbehandling har gått ned over tid, men dette gjelder for det meste bruk av antibiotika. Med tanke på diagnostiske tester, prosedyrer og operasjoner har det ikke vært nedgang. Forskerne mener at det er bedre retningslinjer og økt fokus på antibiotika forbruk og antibiotikaresistens som har ført til nedgangen. Videre mener de at det samme bør gjøres innenfor tester, prosedyrer og operasjoner for å på sikt bidra til en nedgang på disse områdene også. De mener i tillegg at retningslinjene bør være av høy kvalitet og at intervensjonene må være målrettede (Korenstein et al., 2012). I Norge ser vi en nedgang på pasientmeldte skader som gir medhold for overbehandling fra 2015. Det må ikke bety at det virkelig er en nedgang eller at færre melder inn skader. Det kan ha med endringer i rapportering eller vurdering i NPE. Et spørsmål er om bildet hadde vært annerledes hvis det var forsikringsaker i privat forsikring, som det er i mange andre land (NPE, 2020).

Ulike systematiske oversiktsartikler har funnet ut at artikler som omhandler overbehandling doblet seg fra 2014 til 2015. Dette kan på sikt være positivt og hjelpe i forbedringsarbeidet innenfor overbehandling. I tillegg viste forskning at det har vært en økning i overbehandling siden 2010, og dette kan ha ført til en oppgang i registrering av overbehandling. Dette fører til økt positivitet hos forskerne med tanke på reduksjon av overbehandling (Korenstein et al., 2012; Morgan, Dhruva, Wright & Korenstein, 2016).

7.7 utfordringer med overbehandling

Overbehandling er komplekst og det er ulike grunner til dette. For det første er det vanskelig å definere når det er overbehandling eller ikke. Dette er viktig å ta med i vurderingen av oppgaven, siden det mest sannsynlig er flere saker innenfor denne kategorien enn de som er meldt inn. Til tross for strenge kriterier for medhold hos NPE er det mange pasienter som har vært utsatt for overbehandling. Det kan også være mørketall siden det kun er individer som har blitt skadet av overbehandling som oppsøker NPE. De som ikke har hatt ønsket effekt av behandling søker sjeldent erstatning. For det andre er det utfordrende å vite hvem som er ansvarlig for å belyse problemstillingene i forbindelse med overbehandling. Bakgrunnen er at det ikke finnes en instans som har det administrative ansvaret. Derfor kan det oppstå mangel på et kollektivt ansvar. Dette medfører at overbehandling ikke har fått et like stort fokus som for eksempel mangelfull behandling (Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017). Samtidig er det viktig å huske på at helsevesenet alltid er opptatt av pasientsikkerhet. En studie gjennomført av Lipitz-Snyderman og Korenstein (2017) diskuterer om pasientsikkerhet er løsningen på utfordringene knyttet til overbehandling. Ved å se på overbehandling i et pasientsikkerhetsperspektiv vil det være noe som er viktig for både pasient og profesjon. Ved økende interesse for tematikken og mer forskning på feltet vil på sikt kunne føre til en mer optimal behandling for flertallet (Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017).

Helsevesenet har ulike kvalitetsproblemer, noen av disse er mangelfull behandling, misbruk og overbehandling. Tidligere forskning har for det meste fokusert på mangelfull behandling og misbruk, men i de senere årene har det også blitt forsket mer på overbehandling. Forskning har funnet en korrelasjon mellom et stort antall tester og behandling gitt på feil premisser (Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017). Lipitz-Snyderman og Korenstein (2017) mener en sentral utfordring innenfor overbehandling er at det sjeldent blir prioritert sett i sammenheng med andre utfordringer i helsevesenet. Dette kan være fordi overbehandling er vanskelig å definere og det er et marginalt skille mellom nytten av en behandling og behandling som kan skade pasientene.

Det finnes også utfordringer innenfor tematikken som er knyttet til det økonomiske perspektivet. Mange klinikere tenker ofte på kostandene i forbindelse med behandlinger. Derfor er det viktig å implementere pasientsikkerhetsperspektivet blant alle profesjonsgrupper (Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017). En annen utfordring handler om forventninger innenfor ulike kulturer og

etterspørsel i samfunnet. Alle mennesker ønsker å være friske og bli behandlet hvis de blir syke eller skadet (Kherad et al., 2020).

I motsetning til mangelfull behandling finnes det relativt lite forskning på overbehandling. Derfor finnes det også færre retningslinjer av høy kvalitet. Det kan være ulike grunner til dette. På den ene siden er det vanskelig å definere hva som er overbehandling eller ikke. Det er enklere å lage gode retningslinjer på områder som er lettere å definere, for eksempel antibiotikabehandling. På den andre siden er det utfordrende å vurdere overbehandling hvis det ikke blir rapportert inn av pasient eller profesjon. Derfor er det nødvendig å implementere viktigheten av å melde fra om avvik innenfor tematikken (Korenstein et al., 2012).

8.0 Vurdering av metode

For å få troverdig kunnskap må korrekt metode velges for svare på ønsket problemstilling. Når analysene og oppgaven er skrevet er det nødvendig å ta opp metodespørsmålet på ny. Grunnen til dette er at det er viktig at forskeren er selvkritisk. For å få til dette er det nødvendig å vurdere hvordan metoden virket og om den var et godt hjelpemiddel til å besvare aktuelle problemstillinger (Dalland, 2012). Denne studien er en tverrsnittstudie hvor dataene i oppgaven er mottatt fra NPE. Ved bruk av tverrsnittstudie er det ikke egnet å finne årsakssammenheng, men å beskrive forekomst, som i denne studien innebærer hvilke feil som oppstår og hvilke følgetilstander overbehandling har (Laake, Hjartåker, Thelle & Veierød, 2007). Når vi forsker krever det å være bevisst sin egen forforståelse, verdier og eget standpunkt. Grunnen til dette er at forskingen skal være mest mulig objektiv og ikke farget av forskerens subjektive mening. Dette kan være utfordrende, men er tilstrebet så godt som mulig underveis i oppgaveskrivingen (Dalland, 2012).

8.1 Validitet

Validitet handler om relevans og gyldighet, det vil si at det som skal måles må være relevant for problemstillingene i oppgaven (Dalland, 2012).

Klagene fra NPE er sendt inn av pasientene selv og det kan være en styrke ved denne studien. Ulempen er at vi vet at det bare er de som får skade og kan søke erstatning som søker. De som ikke har hatt et økonomisk tap av unødvendig behandling, vil derfor ikke være representert i NPE sitt material. Selv ikke alle med skader etter behandling kommer så langt at de søker erstatning, men det er per nå det beste nasjonale materialet som finnes i Norge innen tematikken. En annen faktor er at det er medholdsaker. Medhold og avslag hos NPE baserer seg hovedsakelig på en ekspertuttalelse (sakkyndigerklæring). En ekspertuttalelse vil kunne være subjektiv. Videre er dette en av de første nasjonale studiene hvor pasientrapporterte skader analyseres, og dermed «involveres» pasientene i arbeidet. Utvalget på 298 saker fra 2009-2017 er et godt grunnlag for å svare på problemstillingene i denne studien.

Ingen metode er perfekt, derfor er det viktig å være klar over hvordan metodevalget kan påvirke resultatet (Dalland, 2012). Svakheter ved denne studien er at det kun blir brukt data fra NPE som er medholds saker. Det som kan gjøres ved ytterligere studier innenfor denne tematikken er å ta med både medholds- og avslagssaker for å belyse problemet ytterligere. Samtidig er antallet saker

relativt stort. En annen svakhet ved studien er seleksjonsskjevhet. Seleksjonsskjevhet oppstår der det er systematiske forskjeller mellom sakene som ekskluderes og inkluderes (Laake et al. 2007). Videre kan det være en svakhet at pasientene selv har sendt inn sakene til NPE. Ifølge Pasient – og brukerombudet (2019) er det mange pasienter som ikke klager selv om de blir påført en pasientskade. På bakgrunn av dette er det nok flere pasientskader enn det rapporteres om i denne studien. Grunnen til at det kun er brukt medholds saker er fordi datasettet som har blitt tilsendt fra NPE kun inneholdt disse (Laake et al., 2007). De nevnte faktorene kan ha bidratt til en skjevhet i denne studien. En annen skjevhet er at forsker og sakkyndig på NPE på forhånd har vist hva som førte til de uønskede hendelsene. Denne type skjevhet kalles hindsight bias (Vincent, 2010).

For å kunne få resultatene i en studie til å gjelde en hel populasjon er det nødvendig å se om det finnes skjevheter i studien. Skjevhetene i denne studien er redegjort for og på bakgrunn av dette mener jeg likevel at studien er nyttig og gir ny kunnskap om forskningsspørsmålene siden det fortsatt er et relativt stort antall saker som er inkludert i studien (Laake et al., 2007).

8.2 Reliabilitet

Reliabilitet er det samme som pålitelighet. Det omhandler at målingene gjennomføres feilfritt, samt at feilmarginene må gjøres rede for (Dalland, 2012).

Metodene som har blitt brukt har blitt beskrevet i metoddelen i oppgaven for å øke reliabiliteten. Studien består av 298 saker og det er kun innhentet informasjon fra datasettet til NPE. Variablene det er fokusert på er medisinsk område, skadetype og årsak til behandling. Disse variablene bygger på registreringer og vurderinger av saksbehandlere og sakkyndige i NPE. Dette kan redusere reliabiliteten i målingene som er gjennomført. I tillegg ville kombinasjonen kvantitativ og kvalitativ metode økt reliabiliteten da disse metodene utfyller hverandre. I dette tilfelle blir det en for stor oppgave med tanke på tid og oppgavenes omfang.

Dataene fra NPE har imidlertid vært gjennom kvalitetskontroll og godkjenning hos NPE. Studien viser samme tendenser som lignende studier og på bakgrunn av dette kan vi anta at den har brukbar reliabilitet (Johannessen et al., 2010).

9.0 Forbedringsmuligheter

I dette kapittelet blir forbedringsmulighetene innenfor overbehandling presentert. Fokuset blir på systemnivå og hvordan barrierer kan implementeres for å forbedre pasientsikkerheten og redusere overbehandling i helsetjenesten.

Det er utfordrende å forbedre pasientsikkerheten og redusere overbehandling. En av grunnene til dette er fordi vi har en behandlingskultur som mener det er bedre å gjøre noe enn å ikke gjøre noe. På bakgrunn av dette vil det kunne være mislykkede implementeringsforsøk. Dog vil det gi viktig informasjon som kan benyttes ved neste mulighet (Leis & Shojania, 2016). For å kunne forebygge overbehandling og pasientskader er det viktig å bruke ulike implementeringsverktøy, siden dette kan føre til kvalitetsforbedring i helsevesenet (Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017).

9.1 Forebygging av overbehandling

På bakgrunn av analysene som er gjennomført er det noen organsystemer en må være ekstra oppmerksom på innen de forskjellige fagområdene. Som tabell 6 viser var det innen ortopedi fot/ankel (32,8%) som var et av de mest berørte skadestedene, etterfulgt av kne (23,7%). For å kunne forebygge overbehandling innenfor de ulike fagområdene er det viktig å se på hvilke skadesteder det bør fokuseres ekstra på. Innenfor svulster – og kreftsykdommer var mage, – tarm og bukhinne det skadestedet hvor det skjedde flest overbehandlinger, tett etterfulgt av genitalia. På bakgrunn av dette er det nødvendig å se om det er tiltak som kan rettes mer direkte mot disse områdene.

Det er ulike barrierer som gjør det utfordrende å implementere «less is more» innenfor medisinsk tenkning. Noen av grunnene til dette er at legene ofte kan kjenne på en redsel for å ikke kunne tilby pasientene undersøkelser eller behandling og frykt for å ødelegge helsevesenets rykte. I samme retning trekker det at pasientene i mange år har blitt fortalt at nøkkelen til å opprettholde en god helse er å søke medisinsk hjelp. Diagnostiske tester og medisinske behandlinger som kan medføre konsekvenser og medisinske tiltak er ikke alltid den beste løsningen. Derfor er det viktig at det blir et økt fokus på kommunikasjon og delt beslutningstaking i helsevesenet (Kherad et al., 2020).

Forskning innenfor somatiske sykehus viser at enkelte undersøkelser og behandlinger blir gjennomført for å berolige pasienter og pårørende. Der blir de forsikret om at de får behandling og omsorg av ypperste kvalitet. For å kunne forbedre dette er det viktig å undervise både profesjonen og pasientene om tematikken (Kherad et al., 2020; Kachalia et al., 2015). På en annen side føler mange pasienter autonomi når det raskt blir gjennomførte diagnostiske tester. Ulempen med dette er at det kan føre til falskt positive funn. Allikevel får profesjonen skryt og fokuset på konsekvensene som kan ha oppstått blir mindre. Dette kan også medføre at noen pasientskader ikke blir meldt inn (Kherad et al., 2020)

For å nå visjonen om «less is more» innenfor helsevesenet er det nødvendig å implementere flere intervensjoner og sette flere kvalitetsmål (Kherad et al., 2020). For å redusere årsaken 'ikke indikasjon for operasjon' bør alder, sykdomsbilde og effekten av planlagt operasjon gjennomgås. Ved å implementere en felles forståelse for dette vil det kunne bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten (Vincent, 2010; Leis & Shojania, 2016). En annen forbedringsmulighet er å lage retningslinjer av god kvalitet innenfor diagnostiske tester, behandlinger og operasjoner. Forskning innenfor andre kliniske områder som for eksempel ved underdiagnostisering har vist at kvalitetssikrede retningslinjer på sikt kan medfører bedre kvalitet i helsetjenesten (Korenstein et al., 2012).

Korenstein et al (2012) viser til at mer evidens på overbehandling vil medføre en bredere forståelse av tematikken og på sikt kan bidra til å eliminere unødvendig bruk av helsetjenester. Dette vil også føre til reduserte økonomiske utgifter hos helsevesenet uten at det vil påvirke helsetilstanden til befolkningen på en negativ måte. Et riktig skritt på veien er å øke bevisstheten på overbehandling og få frem at det virkelig er et reelt problem i helsevesenet (Kehard et al., 2020).

9.2 Forbedring ved hjelp av forbedringssirkelen

Før tiltakene implementeres må det vurderes om målene er prosess- eller resultatmål. Prosessmål innebærer de spesifikke trinnene i en implementeringsprosess. Prosessmål kan settes inn i PDSA-sirkelen (se figur 3) og er lettere å evaluere underveis. Fordelen med prosessmål er at det overvåker endring over tid og kan til slutt lede til implementering av en forbedring (Vincent, 2010). Når det gjelder resultatmål innebærer det helsegevinst og overlevelse. Det er et mer langsiktig mål hvor det kan være vanskelig å identifisere akkurat hvilket tiltak som førte til

forbedringen, derav er resultatmål vanskelig å sette inn i en forbedringssirkel. For å nå et resultatmål trengs det ulike prosessmål (Vincent, 2010). For å kunne evaluere tiltak bør forbedringsmodellen brukes. Men før den blir forsøkt innført er det nødvendig å finne ut om det er motstand for det aktuelle tiltaket. Samtidig bør det finnes ut hvordan denne motstanden kan løses (Leis & Shojania, 2016). Forbedringssirkelen er aktuell fordi tiltakene først testes i småskala for å se om de er effektive. Hvis tiltakene er effektive i småskalaer, har det blitt samlet inn data som er nødvendig for å få implementert tiltakene i en større skala (Vincent, 2010).

Et mulig resultatmål innenfor overbehandling er pasienttilfredshet. Noe av grunnen til dette er fordi det er evidens for at det er et avvik mellom profesjonen og pasientenes opplevelse av helsetilstand. Ulik forskning har laget en tilfredshetsskala som er enkel å implementere. Tilfredshetsskalaen tar for seg alt fra smertelindring til å klare hverdagslige gjøremål. Denne skalaen ble brukt i en studie om kneprotesekirurgi og viste at det var lav tilfredshet i etterkant av kirurgi, særlig med tanke på smerter i forbindelse ved aktivitet (Bourne et al., 2010). For at dette skal være gjennomførbart er det like viktig å følge opp pasientene både pre – og postoperativt for å kunne oppdage pasientenes tilfredshet.

9.3 Forbedringsmuligheter innenfor kommunikasjon

Som resultatene har vist er informasjonssvikt herunder mangelfull informasjon til pasientene og manglende journalføring noen av årsakene til de uønskede hendelsene som er analysert i denne studien. Grunnen til dette er mangfoldig, men risikoen dette medfører er negative for pasientene og profesjonen. For profesjonen kan det innebære at nødvendig informasjon mistes, derfor er det viktig at det finnes gode retningslinjer på tvers av ulike profesjoner og organisasjoner (Aase, 2018). Samtidig er det viktig å implementere pasientene i beslutningstakingen. Dette kan gjøres ved å bruke de fire pasientsspørsmålene til kampanjen «Gjør Kloke Valg». Dette bedrer kommunikasjonen mellom profesjon og pasient, og kan samtidig bidra til å øke fokuset på utfordringene innenfor overbehandling og overdiagnostikk (Legeforeningen, 2018).

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) omtalte viktigheten av at pasientene involveres i utformingen av deres behandling og valg av behandlingssted. Det inkluderer og legeforeningens kampanje som skal gjøre det lettere å sette fokus på akkurat dette. Når pasientene skal inkluderes innebærer det ikke bare fravær av sykdom eller skade, men viktigheten av mestring og medvirkning. Mestring er individuelt og det er forskjellig hva pasientene opplever som mestring.

Ved å implementere mestring kan det føre til økt livskvalitet. Dette viser viktigheten av god kommunikasjon på tvers av alle profesjoner og mellom pasient og profesjon for å få en bedre samhandling i helsetjenesten. Noe som kan medføre økt tillit til helsevesenet. I tillegg er det gjort ulike studier om delt beslutningstaking mellom profesjon og pasient. Noen av disse funnene er overraskende, særlig med tanke på pasientens preferanser til behandling. Funnene til disse studiene har vist at noe av det viktigste for pasientene er god kommunikasjon og følelsen av empati fra behandlende lege. Det vil si at pasientene ønsker å få bedre innsikt i deres alternativer for å kunne gi uttrykk for sine preferanser og verdier, selvfølgelig i den grad det er mulig. Med å ha dette i bakhodet er det enklere for legene å være bevisst på pasientenes bekymringer og ikke behandle pasientene for noe de ikke trenger eller som ikke har noen verdi (Newton, 2017; Jessup & Buchbinder, 2018; Legeforeningen, 2018).

For å kunne forhindre ytterligere overbehandling og unngå færre operasjoner som det ikke er indikasjon for bør det skapes tydeligere konsensus blant profesjonene. Dette gjelder særlig i forbindelse med hvilke undersøkelser hver enkelt pasient bør gjennomgå før eventuell kirurgi. For at fagmiljøene skal bidra i reduksjon av overbehandling bør det brukes årsaksanalyse som kan drøfte og se hvilke operasjoner det er indikasjon for. I tillegg må gode faglige retningslinjer basert på internasjonale kriterier legges til. Grunnen til at profesjonene må bidra i kampen mot overbehandling er fordi de er bautaene i helsetjenesten og trengs for å skape tiltro blant befolkningen til at overbehandling kan reduseres (Brodal, 2019).

Bourne et al (2010) sin studie avdekket at 80% av alle pasienter var fornøyd i etterkant av ulike operasjoner, og at den største årsaken til misnøye var mangel på informasjon både pre – og postoperativt. Dette viser viktigheten av at profesjonen og pasientene på forhånd snakker om forventningene de kan ha i etterkant av operasjonene, samt få pasientene til å ha realistiske forventninger. En studie gjennomført i etterkant av «Choosing Wisely» viste at ortopedi var et av fagområdene som ikke inkluderte kampanjen i sitt arbeid. Samt at de ikke har prosedyrer på bruk av antibiotika ved postoperative infeksjoner (Morden, Colla, Sequist & Rosenthal, 2014). Dette samsvarer med resultatene i denne studien siden ortopedi er fagområdet med flest overbehandlinger. For å kunne implementere dette i praksis er det nødvendig at profesjonen inkluderes. Det må lages gode retningslinjer nasjonalt, som baseres på internasjonale studier med god evidens og som profesjonen enkelt kan implementere i praksis (Brodal, 2019).

Gode relasjoner og pålitelig kommunikasjon mellom profesjon og pasient er oppnåelig ved å stille de riktige spørsmålene på riktig måte. Profesjoner som anerkjenner at pasientene deres har ulike ferdighetsnivåer og ønsker å imøtekomme dem gjennom effektive kommunikasjonsstrategier er de som har størst mulighet til å hjelpe pasientene til å velge klokt (Jessup & Buchbinder, 2018; Legeforeningen, 2018). I tillegg fører dette til medvirkning av både pasient, pårørende og profesjon, som er en av de fem prinsippene til folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2011).

9.4 Videre fokus på pasientsikkerhet og uønskede hendelser

En studie gjennomført i USA viste at medisinske feil forårsaket anslagsvis 44.000-98.000 dødsfall på sykehus hvert år (Bielaszka-DuVernay, 2011). Lignende funn førte til økt fokus på å kvalitetssikre helsetjenesten ytterligere og finne forbedringsmuligheter for å øke pasientsikkerheten. Siden 2011 er det gjort små framskritt innenfor tematikken, men det er fortsatt en betydelig vei å gå. Derfor er det viktig å fortsette å sette fokus på pasientsikkerhet og uønskede hendelser i helsetjenesten. På den andre siden er det viktig å huske på at skader i forbindelse med overbehandling ikke alltid truer pasientsikkerheten (Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017; Bielaszka-DuVernay, 2011).

Ved å aktivt fokusere på komplikasjoner i forbindelse med overbehandling og samtidig sette dette i et pasientsikkerhetsfokus vil det være enklere å implementere ulike forbedringsmuligheter i alle profesjonsgrupper. Grunnen til dette er at det kan øke fokuset hos profesjonen på de mulige følgetilstandene som kan oppstå og muligheten til å forhindre komplikasjonene blir større. En annen grunn er at det kan øke muligheten for implementering av ytterligere kvalitetsforbedringsintervensjoner (Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017).

Når det gjelder anbefalingen «less is more» er det viktig å huske på at det kun skal gjøres tiltak der gevinsten antas å være større enn risikoen. Det finnes gråsoner i forbindelse med overbehandling. Dette gjelder særlig de tilfellene hvor det ikke er mulig å skille fordelene og ulempene behandlingen kan ha fra hverandre. Videre kan det være utfordrende å vite hvilke behandlinger som er nødvendige eller ikke på forhånd. På bakgrunn av dette må verdien av de medisinske tjenestene evalueres og forstås ut fra individuelle, medisinske og samfunnsmessige perspektiver. For å kunne forbedre pasientsikkerheten og redusere uønskede hendelser er det viktig å integrere de ulike perspektivene. En måte å forbedre dette på er å få fokuset over på

pasientsikkerhet og hva slags skade overbehandling kan medføre, istedenfor å ha det økonomiske perspektivet som motiverende faktor. I tillegg er det viktig at det fortsetter å utarbeides nye retningslinjer som er lett å implementere i praksis (Kherad et al., 2020). Implementering av retningslinjer er en rimelig intervensjon siden de eksisterende ressursene kan brukes. Ved gjennomføring av dette kan det forventes en varig effekt. Det kan være tidkrevende å justere retningslinjene til hvert enkelt fagfelt, men på sikt har det stor effekt (de Jong et al., 2019).

10.0 Konklusjon

Overbehandling og overdiagnostikk er utfordrende og omfatter store deler av helsevesenet. Siden det tilsynelatende gjelder hele helsevesenet er det svært komplekst og vanskelig å finne en konkret årsak til at overbehandling oppstår (Kherad et al, 2020; Squires et al, 2019). Det er ulike faktorer som spiller en rolle i unødvendig behandling, noen av disse er individuelle faktorer, teamfaktorer, oppgave – og teknologifaktorer og økonomiske insentiver (Vincent, 2010).

Formålet med denne studien var å finne årsaker til og omfanget av overbehandling, samt hvilke følgetilstander som oppstår hyppigst og se på utvikling av overbehandling over tid i Norge.

Denne studien er første av sitt slag i Norge, forekomst av pasientskader forbundet med overbehandling analysert ved hjelp av erstatningssøknader fra de berørte.

298 medholds saker i perioden 2009-2017 ble inkludert i studien. Resultatene viste at ortopedi (62,2%) var det fagområdet hvor det skjedde flest overbehandling, etterfulgt av odontologi (16,1%), gastroenterologisk kirurgi (11,0%) og svulster og kreftsykdommer (10,4%). Samlet sett var de største årsakene 'ikke indikasjon for operasjon' (31,7%), 'feilbehandling' (13,0%) og 'behandlingssvikt' (9,0%). Andre årsaker skyldtes rutinesvikt, hovedsakelig ved at pasientene fikk for dårlige preoperative undersøkelser og informasjon, manglende kommunikasjon og mangelfull medisinsk praksis. Når det gjaldt følgetilstandene i etterkant av overbehandling var de mest utbredte smerter, funksjonsforstyrrelser, lokal infeksjon og lokal nerveskade. Noen av pasientene døde som følge av unødvendig behandling (1,7%). Fra resultatene viste utvikling over tid at 2014 var det året det var flest medholds saker innenfor overbehandling, mens det i 2015 var en nedgang igjen før kurven flatet litt ut igjen. Dette gjelder særlig innenfor ortopedi, da de andre fagområdene har holdt et relativt stabilt nivå.

For å redusere unødvendig behandling i helsetjenesten er det essensielt å gjennomføre flere intervensjoner og utarbeide kvalitetsindikatorer som kan implementeres i praksis. Noen faktorer som er utslagsgivende er forbedret kommunikasjon og et tidlig fokus på temaet i profesjonsutdanningen (Kherad et al., 2020). I tillegg må det utarbeides evidensbaserte retningslinjer (Brodal, 2019). Denne studien og tidligere forskning bekrefter at overbehandling er et alvorlig og mer utbredt problem enn først antatt og noe det bør settes mer fokus på. Ved å sette et tydeligere fokus på overbehandling kan det føre til bedre kvalitet på de ulike implementeringstiltakene (Squires et al., 2019). På sikt er det også viktig at det får et

administrativt tilholdssted, siden dette kan gjøre det enklere å gjennomføre forbedringsintervensjoner (Lipitz-Snyderman & Korenstein, 2017). Den ultimate helsehjelp vil være rett behandling til rett pasient til rett tid, samt at pasienten har hatt en medvirkende rolle i beslutningstakingen (Kherad et al, 2020; Squires et al, 2019; Bielaszka-DuVernay, 2011). Ved å gjennomføre studier som denne, tror vi det vil øke oppmerksomheten om tematikken og dermed kunne føre til reduksjon. Helsepersonell ønsker i utgangspunktet å tilby en trygg behandling. Det gjør inntrykk på helsepersonell å få fakta om pasientskader som blir påført av unødvendig behandling, og dermed muligens økt bevissthet om å være restriktiv.

Litteratur

- Aase, K. (Red). (2018). *Pasientsikkerhet teori og praksis* (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Aase, K. (2010). *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Baugstø, V. (2019). Gjør kloke valg Norge rundt. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 1. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2019/01/aktuelt-i-foreningen/gjor-kloke-valg-norge-rundt>
- Bielaszka-DuVernay, C. (2011). Improving Quality and Safety, Health Affairs Health Policy Brief, *Health Affairs*. <http://10.1377/hpb20110415.536210>
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Born, K., Kool, T., Levinson, W. (2019). Reducing Overuse in Healthcare: Advancing Choosing Wisely. *BMJ*, 367, l6317. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6317>
- Bouck, Z., Pendrith, C., Chen, X.K., Froot, J., Reason, B., Khan, T., ... Bhatia, R.S. (2019). Measuring the frequency and variation of unnecessary care across Canada. *BMC Health Serv Res* 19, 446. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4277-9>
- Bourne, R. B., Chesworth, B. M., Davis, A. M., Mahomed, N. N., & Charron, K. D. J. (2010). Patient Satisfaction after Total Knee Arthroplasty: Who is Satisfied and Who is Not? *Clinical Orthopaedics and Related Research*®, 468(1), 57-63. <https://doi.org/10.1007/s11999-009-1119-9>
- Brodal, P. (2019). En fallitterklæring for norske kirurgiske fagmiljøer? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 5. <http://10.4045/tidsskr.19.0113>
- Choosing Wisely. (2018, 18.april). Choosing Wisely at the Right Time. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20192020/id2681185/?ch=1>
- Coll-Benjamin, T., Bravo-Teledo, R., Marcos-Calvo, M.P., & Astier-Peña MP. (2018). Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society. *Aten Primaria*, 50(2): 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.004>
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *The Dahlgren-Whitehead model*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221240/figure/mmm00016/?report=objectonly>

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5, utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- de Jong, J. J., Lantinga, M. A., & Drenth, J. P. (2019). Prevention of overuse: A view on upper gastrointestinal endoscopy. *World J Gastroenterol*, 25(2), 178-189.
<https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i2.178>
- Ellen, M.E., Wilson, M.G., Vélez, M., Shach, R., Lavis, J.N., Grimshaw, J.M., Moat, K.A. (2018). Addressing overuse of health services in health systems: a critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Sys*, 16, 48. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0325-x>
- Eskjær, M. F., & Helles, R. (2015). *Kvantitativ inholdsanalyse*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Flum D. R. (2006). Interpreting surgical trials with subjective outcomes: avoiding UnSPORTsmanlike conduct. *JAMA*, 296(20), 2483–2485.
<https://doi.org/10.1001/jama.296.20.2483>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten – Kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018* (Rapport 2018). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Giardina, T.D., Sarkar, U., Gourley, G., Modi, V., Meyer, A.N.D., Singh, H. (2016). Online public reactions to frequency of diagnostic errors in US outpatient care. *Diagnosis Journal*, 3(1), 17–22. <https://doi.org/10.1515/dx-2015-0022>

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>

Goodman, J.C., Villarreal, P., & Jones, B. (2011). The Social Cost Of Adverse Medical Events, And What We Can Do About It. *Health Affairs*, 30(4), 590-595. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.1256>

Halvorsen, K., Førde, R., & Nortvedt, P. (2009). Value choices and considerations when limiting intensive care treatment: a qualitative study. *Acta Anaesthesiol Scand*, 53(1), 10-17. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01793.x>

Helfo. (2020, 1. januar). Regelverk for tannlege. Hentet fra <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-for-tannlege?maalgruppe=ce67cd11-3cc5-4144-852c-5977168516a0,8e1b1ea5-a601-4765-8eca-c4d9b4b266e8>

Helfo. (2019, 31.mars). Regelverk og refusjon for sjukehus og poliklinikk. Hentet fra <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-og-refusjon-for-sjukehus-og-poliklinikk?maalgruppe=6225a6e5-e23f-4378-9750-57ec96dd2c27>

Helsedirektoratet. (2019, 4.april). Nasjonale kvalitetsindikatorer. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/3e8747e50c1b44209670451d6e2afe1e/nasjonale-kvalitetsindikatorer-mario-gaarder.pdf>

Helsedirektoratet. (2019). *Fritt behandlingsvalg. Årsrapport 2019* (IS-2889). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fritt-behandlingsvalg-statusrapporter/%C3%85rsrapport%20for%20Fritt%20behandlingsvalg%202019.pdf/attachmen t/inline/258c69b3-d8fc-4b64-a46f-027a39ec0f5b:691f2932483e6910882eb1833b171f43bae57903/%C3%85rsrapport%20for%20Fritt%20behandlingsvalg%202019.pdf>

Helsedirektoratet. (2019). *Pasientskader i Norge 2018*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge/vedlegg-til-rapporten-og-pdf->

[versjoner-av-rapportene-for-2017-og-](#)

[2016/Pasientskader%20i%20Norge%202018.pdf/ /attachment/inline/8bfcc7f7-f433-4536-b552-534bfead1a4b:2a2736b83302ef753816e203f0d7c74899630f7d/Pasientskader%20i%20Norge%202018.pdf](#)

Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. 2019-2023. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fritt-behandlingsvalg-statusrapporter/%C3%85rsrapport%20for%20Fritt%20behandlingsvalg%202019.pdf/ /attachment/inline/258c69b3-d8fc-4b64-a46f-027a39ec0f5b:691f2932483e6910882eb1833b171f43bae57903/%C3%85rsrapport%20for%20Fritt%20behandlingsvalg%202019.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten. Hentet <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fritt-behandlingsvalg-statusrapporter/%C3%85rsrapport%20for%20Fritt%20behandlingsvalg%202019.pdf/ /attachment/inline/258c69b3-d8fc-4b64-a46f-027a39ec0f5b:691f2932483e6910882eb1833b171f43bae57903/%C3%85rsrapport%20for%20Fritt%20behandlingsvalg%202019.pdf>

Helsedirektoratet. (u.å). *Helhet og sammenheng* (IS-2765). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fritt-behandlingsvalg-statusrapporter/%C3%85rsrapport%20for%20Fritt%20behandlingsvalg%202019.pdf/ /attachment/inline/258c69b3-d8fc-4b64-a46f-027a39ec0f5b:691f2932483e6910882eb1833b171f43bae57903/%C3%85rsrapport%20for%20Fritt%20behandlingsvalg%202019.pdf>

Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20 44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

HelseNorge. (2019, 9.mai). Bruk av kvalitetsindikatorer ved valg av behandlingssted. Hentet fra <https://helsenorge.no/velg-behandlingssted/hvordan-tolkeresultater?fbclid=IwAR1eFKB3RTvyqL6HUwPYY5CQpp3NQqcF2L9JMt8BWcSILibObuw3UMJKcsc>

Helse – og omsorgsdepartementet. (2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. (Meld. St. 9 (2019–2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20192020/id2681185/?ch=1>

Helse -og omsorgsdepartementet. (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. (Meld. St. 13 (2016–2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/?ch=1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering*. (Meld. St. 34 (2015–2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=8>

Helse – og omsorgsdepartementet. (2015). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven*. (Prop. 56 L (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-56-l-2014-2015/id2362875/>

Helse – og omsorgsdepartementet (2013). *Folkehelsemeldingen — God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 34). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-3420122013/id723818/>

Helse -og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (Meld. St. 10 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1#kap1>

Helse -og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* (Prop. 90 L (2010–2011)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7

Helsetilsynet. (2019, 13.mai). *Varsel om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/varsel-om-alvorlige-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten/>

Hoffmann, T.C., Del Mar, C. (2017). Clinicians' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests: A Systematic Review. *JAMA Intern Med*, 177(3), 407–419. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8254>

Jessup, R.L. and Buchbinder, R. (2018). What if I cannot choose wisely? Addressing suboptimal health literacy in our patients to reduce over-diagnosis and overtreatment. *Intern Med J*, 48: 1154-1157. <https://doi.org/10.1111/imj.14025>

Johannessen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg). Oslo: Abstrakt forlag AS

Johansen, B. K., & Rød, S. (2018). Gjør kloke valg – kampanje mot overdiagnostikk og overbehandling. *Utposten*, 5(47(3)), 35-36. Retrieved from <https://www.utposten.no/i/2018/5/utposten-5-2018-a-1190>

Kachalia, A., Berg, A., Fagerlin, A., Fowler, K. E., Hofer, T. P., Flanders, S. A., & Saint, S. (2015). Overuse of testing in preoperative evaluation and syncope: a survey of hospitalists. *Annals of internal medicine*, 162(2), 100–108. <https://doi.org/10.7326/M14-0694>

Kherad, O., Peiffer-Smadja, N., Karlafti, L., Lember, M., Aerde, N. V., Gunnarsson, O..., Montano, N. (2020). The Challenge of Implementing Less Is More Medicine: A European Perspective. *European Journal of Internal Medicine*, 20, 953-6205. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2020.04.014>

Korenstein, D., Falk, R., Howell, E. A., Bishop, T., & Keyhani, S. (2012). Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Arch Intern Med*, 172(2), 171-178. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.772>

Laake, P., Hjartåker, A. Thelle, D.S. og Veierød, M. (red) (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal.

Legeforeningen. (2018). Om gjør kloke valg. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/>

Legeforeningen. (2015). For mye, for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten. Hentet fra

<https://beta.legeforeningen.no/contentassets/c429b118ca8447049765305a2dcfd10f/rapportfor-mye-for-lite-eller-akkurat-passe.pdf>

Leis, J.A., & Shojania, K.G. (2016). A primer on PDSA: executing plan–do–study–act cycles in practice, not just in name. *BMJ Journals*, 26, 572-577. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs2016-006245>

Lipitz-Snyderman, A., & Korenstein, D. (2017). Reducing Overuse-Is Patient Safety the Answer?. *JAMA*, 317(8), 810–811. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0896>

Luy, Xu, Brotman, Mayer-Blackwell, Cooper, Daniel, Wick, Saini, Brownlee og Makary (2017). Overtreatment in the United States. *Plos One*, 12(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181970>

McCaffery, K.J., Jansen, J., Scherer, L., Thornton, H., Hersch, J., Carter, S.M., ...Edwards, A. (2016). Walking the tightrope: communicating overdiagnosis in modern healthcare. *The BMJ*, 352: i348. <https://doi.org/10.1136/bmj.i348>

Morden, N. E., Colla, C. H., Sequist, T. D., & Rosenthal, M. B. (2014). Choosing wisely--the politics and economics of labeling low-value services. *The New England journal of medicine*, 370(7), 589–592. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1314965>

Morgan, D. J., Dhruva, S. S., Wright, S. M., & Korenstein, D. (2016). 2016 Update on Medical Overuse: A Systematic Review. *JAMA internal medicine*, 176(11), 1687–1692. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.5381>

Moynihan, R., Glasziou, P., Woloshin, S., Schwartz, L., Santa, J., & Godlee, F. (2013). Winding back the harms of too much medicine. *The BMJ*, 346(1271). <https://doi.org/10.1136/bmj.f1271>

Newton E. H. (2017). Addressing overuse in emergency medicine: evidence of a role for greater patient engagement. *Clinical and experimental emergency medicine*, 4(4), 189–200. <https://doi.org/10.15441/ceem.17.233>

Norsk pasientskadeerstatning. (2020, 6. februar). Hva skal til for å få erstatning for en pasientskade? Hentet fra <https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/Soke-erstatning/Hva-skal-til-for-aa-faa-erstatning-pasientskade/>

Norsk pasientskadeerstatning. (2020, 13. januar). Rekordutbetalinger og reduserte saksbehandlingstider i 2019. Hentet fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/rekordutbetalinger-og-reduuerte-saksbehandlingstider-i-2019/>

Norsk pasientskadeerstatning. (2020, 10. januar). Vedtak - medisinsk område. Hentet fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/statistikk/statistikkoversikt/vedtak---medisinsk-omrade/>

Norsk pasientskadeerstatning. (2019, 18. november). Grensen mellom offentlig og privat helsetjeneste. Hentet fra <https://www.npe.no/no/tilskuddsplikten/avgrensninger-om-meldeplikten/grensen-mellom-offentlig-og-privat-helsetjeneste/>

Norsk pasientskadeerstatning. (2019, 21. mai). Endring av forskrift. Hentet fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/Endring-av-forskrift---privat-helsetjeneste/>

Norsk pasientskadeerstatning. (2018, 24. september). 355 pasienter unødvendig operert – har fått 140 millioner kroner i erstatninger fra NPE. Hentet fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/355-pasienter-unodvendig-operert--har-fatt-140-millioner-kroner-i-erstatninger-fra-npe/>

Norsk pasientskadeerstatning. (2018, 22. juni). NPEs rapport for de regionale helseforetakene: 3,6 milliarder kroner i erstatning utbetalt de siste fem årene. Hentet fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/npes-rapport-for-de-regionale-helseforetakene-36-milliarder-kroner-i-erstatning-utbetalt-de-siste-fem-arene/>

NOU 2019: 24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet

NOU 2015: 11. (2015). *Med åpne kort — Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.

NSD. (2018, 03. oktober). Må jeg melde prosjektet mitt? Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html

Pasient -og brukerombudet. (2019). *Årsmelding 2019 pasient- og brukerombudene*. Hentet fra <https://helsenorge.no/pobo-seksjon/Documents/%c3%85rsmelding%202019.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pasientskadeloven. (2001). Lov om erstatning ved pasientskader mv. (LOV-2015-12-18-121). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>

Pasientsikkerhetsprogrammet. (2014, 28 august). Forbedringsmodellen. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/3008/forbedringsmodellen>

Pasientsikkerhetsprogrammet. (u.å). Pasientskader i Norge. Hentet fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge>

Patient Safety Primer. (2019, september). Root Cause Analysis. Hentet fra <https://psnet.ahrq.gov/primer/root-cause-analysis>

REK (2018). Hvordan søke REK. Hentet 16. september 2019 fra https://rekportalen.no/#home/s%C3%B8ke_REK

Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. New York: Routledge

Reason, J. (1997). Swiss Cheese model. Hentet fra https://www.researchgate.net/figure/SwissCheese-vulnerabilities-in-the-system-after-Reason-1997_fig1_267231913

Reason, J. (1995). Understanding Adverse Events: Human Factors. *BMJ Journals*: 4(2):80-9. <https://doi.org/10.1136/qshc.4.2.80>

Schiøler, T., Lipczak, H., Pedersen, B. L., Mogensen, T. S., Bech, K. B., Stockmarr, A., . . . Frølich, A. (2001). [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. *Ugeskr Laeger*, 163(39), 5370-5378. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11590953/>

Slawomirski, L., Auraen, A., & Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety. *OECD*, 96. <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>

Smeby, S.S., Johnsen, R. & Marhaug, G. (2015) Documentation and disclosure of adverse events that led to compensated patient injury in a Norwegian university hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 27 (6): 486-491 <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv084>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Squires, J. E., Graham, I. D., Grinspun, D., Lavis, J., Légaré, F., Bell, R., . . . Grimshaw, J. M. (2019). Inappropriateness of health care in Canada: a systematic review protocol. *Syst Rev*, 8(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0948-1>

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.T., Enger-Karlsen, T., Narum, I.G., Nybø, A. (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 122: 2379-83. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>

Tannhelsetjenesteloven. (1984). Lov om tannhelsetjenesten (LOV-1983-06-03-54). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

Vincent, C. (2010). *Patient Safety* (2 utg). West Sussex: BMJ Books

WHO. (2019). 10 facts on patient safety. Hentet 5.januar 2020 fra https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/

WHO. (2015). Patients for patient safety (PFPS) news and events. Hentet 5 februar 2020 fra https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/news/en/

WHO. (2012). Patient Safety Research. A guide for developing training programmes. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75359/9789241503440_eng.pdf;jsessionid=A88C91AAD7D3C861465CE51CEA98525C?sequence=1

Woolf, S.H. & Harris, R. (2012). The Harms of Screening – New Attention to an Old Concern. *JAMA*, 307(6):565-566. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.100>



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway