



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

**Masteroppgave 2023 30 stp**

Fakultet for landskap og samfunn

## **Pasientskader i fastlegeordningen – forekomst, regionale forskjeller og årsaker til skade.**

En tversnittstudie basert på data fra Norsk pasientskadeerstatning.

The Prevalence of Patient Injuries in General Practice in Norway – Regional Differences and Causes of Injury.

A Cross-Sectional Study on Compensation Claims Reported to the Norwegian System of Patient Compensation.

Silje Døhlen

Folkehelsevitenskap

## Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på masterstudiet i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Det har vært to engasjerende år som har gitt meg lærdom jeg tar med meg resten av livet. Arbeidet med masteroppgaven har til tider vært krevende, men mest av alt har det vært en lærerik og givende prosess. Det har vist meg hvor viktig det er å styrke innsatsen for å sikre fastlegetjenester av god kvalitet til hele befolkningen. Jeg håper oppgaven kan være et bidrag inn i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten.

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere Ida Rashida Khan Bukholm og Geir Bukholm. Takk for at dere har tatt dere tid til å veilede meg gjennom oppgaven. Deres faglige innspill og refleksjoner har vært til stor nytte. Videre vil jeg takke for muligheten til å skrive min masteroppgave med datamateriale utlevert fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE). I den sammenheng vil jeg vil rette en oppmerksomhet til seniorrådgiver Mette Willumstad Thomsen i NPE, som bidro med statistikken i denne studien. Takk for god hjelp med datamaterialet underveis i arbeidet.

Videre vil jeg takke mine medstudenter for gode råd, faglige diskusjoner og støtte i disse to årene. Jeg vil rette en ekstra takk til min medstudent og sparringspartner Anne Kristin for gode innspill underveis. Din støtte har vært av stor betydning for sluttresultatet.

Avslutningsvis vil jeg rette en stor takk til familie og venner for oppmuntrende ord og tålmodighet. Takk for at dere har vist forståelse for at jeg i perioder har prioritert masteroppgaven fremfor annet. Støtten dere har gitt meg har vært uvurderlig. Jeg vil rette en ekstra takk til min far, min kjære Henrik og min gode venninne Maja som har lest korrektur. Deres innspill har vært en positiv påvirkning i arbeidet med masteroppgaven.

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, mai 2023

Silje Døhlen

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Det har de siste ti årene blitt iverksatt en rekke strategier og tiltak for å bedre pasientsikkerheten i norske helsetjenester. Fastlegeordningen utgjør en del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og anses som fundamentet i det norske helsevesenet. Det er avdekket regionale forskjeller i behandlingskvaliteten i spesialisthelsetjenesten, men om dette gjelder kommunale helsetjenester, deriblant fastlegeordningen, er lite kjent. Videre har få studier dokumentert forekomsten av pasientskader i fastlegeordningen.

**Formål:** Å undersøke forekomsten av pasientskader i fastlegeordningen i fylkene i Norge. I den forbindelse endringer over tid, regionale forskjeller, årsaker til medhold og hvilke medisinske områder som skiller seg ut.

**Studiedesign og metode:** En deskriptiv tversnittstudie som benytter data utlevert fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Utvalget består av erstatningssaker med vedtak om medhold som er tilknyttet fastlegeordningen i perioden 2013 til 2022. Det ble gjennomført frekvensfordelinger for å undersøke forekomsten av pasientskader i fylkene, årsaker til vedtak om medhold og medisinske områder som utmerker seg.

**Resultater:** Den største årsaken til pasientskader hos fastlegen var forsinket diagnostisering (70,3%), etterfulgt av svikt i behandling (24,1%). Andre årsaker var smitte/infeksjon, unntaksbestemmelsen, informasjonssvikt og vaksinasjon. Forekomsten av pasientskader varierte regionalt, og det oppstod flest pasientskader per 100 000 innbyggere i fylkene Troms og Finnmark, Nordland og Agder. Det medisinske området svulster og kreftsykdommer utmerket seg med i overkant av en tredjedel av medholdsakene (34,4%). Forsinket diagnostisering førte til død eller forkortet levetid (prognosetap) i tilnærmet 30% av medholdsakene.

**Konklusjon:** Denne studien er en av de første som undersøker og avdekker regionale forskjeller i forekomsten av pasientskader i fastlegeordningen. En overordnet utfordring i alle fylker var forsinket diagnostisering, spesielt av svulster og kreftsykdommer. Det kan gi alvorlige konsekvenser for pasienten, så vel som økonomiske kostnader for samfunnet. Funnene i denne studien bidrar med innsikt om forhold på systemnivå som kan lede til pasientskader hos fastlegen. Det belyser viktige forbedringsområder som kan styrke pasientsikkerheten og kvaliteten i fastlegeordningen.

## Abstract

**Background:** Over the past ten years, several strategies and measures have been implemented to improve patient safety in the Norwegian health care services. The Regular General Practitioner Scheme is part of the primary care services and is the fundament of the Norwegian health care service. Regional differences in quality of care have been uncovered in specialist health services, but whether this also applies to the primary care setting, such as general practice, remains unknown. Furthermore, few studies have documented the prevalence of patient injury in the primary care setting.

**Objectives:** To investigate the prevalence of patient injuries in general practice in the eleven administrative regions (counties) in Norway. Additionally, to document changes over time, regional differences, the reasons for financial compensation and which medical field the injury occurred.

**Design and method:** A descriptive cross-sectional study using data provided by the Norwegian System of Patient Injury Compensation (NPE). The sample consists of patient injury compensation cases in general practice with approval in the period 2013 to 2022. Frequency distributions were performed to assess the prevalence of patient injuries in the different counties, reasons for approval of compensation and medical field.

**Results:** Delayed diagnosis (70,3%) and suboptimal treatment (24,1%) was found to be the most common causes of patient injury in general practice. Other causes include containment/infection, exceptional conditions, failure to inform and vaccination. The prevalence of patient injuries varied regionally, with the highest number of patient injuries per 100 000 capita observed in counties Troms and Finnmark, Agder and Nordland. The field of oncology stood out with over a third of the cases where financial compensation was approved. Patient injury can have serious consequences for the patient. Delayed diagnosis had led to death or shortened life span (loss of prognosis) in approximately 30% of the cases which received financial compensation.

**Conclusion:** This study is among the first to study and uncover regional differences in the prevalence of patient injury in general practice. A major challenge in all regions was delayed diagnosis, especially in the field of oncology, which can have serious consequences for the patient, as well as economic costs. Our findings contribute to a system-level insight on causes of patient injuries in general practice and highlights important areas for improvement which can strengthen the patient safety and quality in general practice.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	1
<b>2. Bakgrunn</b> .....	2
2.1 Det norske helsevesenet.....	2
2.2 Om fastlegeordningen.....	3
2.3 Samhandling i helsetjenesten.....	3
2.4 Utfordringsbilde i fastlegeordningen.....	4
2.5 Geografisk variasjon i helsetjenesten .....	5
2.6 Pasientskadeordningen i Norge .....	6
2.7 Kunnskap om forekomsten av pasientskader .....	7
2.8 Pasientskade og uønskede hendelser .....	8
2.9 Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur .....	9
2.10 Kvalitet i helsetjenesten.....	9
<b>3 Problemstilling</b> .....	11
<b>4 Teoretisk forankring</b> .....	12
4.1 Ulike perspektiver i sikkerhetsteorier.....	12
4.1.1 Individperspektivet.....	12
4.1.2 Systemperspektivet.....	12
4.2 SEIPS-modell .....	13
4.2.1 Arbeidssystemets fem komponenter .....	13
4.2.2 Prosess og utfall .....	14
4.2.3 Kvalitetsforbedring og systemendring i SEIPS.....	14
<b>5 Metode</b> .....	15
5.1 Forskningsmetode og studiedesign.....	15
5.2 Datamaterialet.....	15
5.3 Utvalget .....	16
5.4 Omkoding .....	16
5.4.1 Omkoding av årsaker til medhold .....	16
5.4.2 Omkoding av fylker .....	16
5.5 Statistisk metode.....	17
5.6 Etikk.....	19
<b>6 Resultater</b> .....	20
6.1 Deskriptiv statistikk av utvalget .....	20
6.2 Antall erstatningssaker og utvikling over tid.....	23

6.3	Forekomsten av pasientskader på regionalt nivå .....	23
6.4	Medisinske områder .....	24
6.5	Årsaker til medhold .....	26
6.6	Skadeomfanget i medholdsaker .....	29
<b>7</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>31</b>
7.1	Oppsummering av studiens hovedfunn .....	31
7.2	Hvem søker erstatning for pasientskade? .....	31
7.3	Årsaker til medhold .....	33
7.3.1	Høy arbeidsbelastning .....	34
7.3.2	Kontinuitet.....	34
7.3.3	Kapasitet- og samhandlingsutfordringer .....	35
7.3.4	Kompetansen til fastlegene .....	35
7.3.5	Finansiering av fastlegeordningen.....	37
7.3.6	Pasientsikkerhetskultur og kvalitetsarbeid ved fastlegekontorene.....	37
7.4	Regionale forskjeller i forekomsten av pasientskader .....	38
7.4.1	Betydningen av en stabil fastlegestand.....	39
7.4.2	Levekårsutfordringer .....	40
7.5	Metodediskusjon.....	40
7.5.1	Forskningsmetode og studiedesign .....	40
7.5.2	Forutforståelse .....	41
7.5.3	Reliabilitet .....	41
7.5.4	Intern validitet .....	42
7.5.5	Ekstern validitet.....	43
<b>8</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>44</b>
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>46</b>
	<b>Vedlegg 1</b> .....	<b>56</b>
	<b>Vedlegg 2</b> .....	<b>57</b>
	<b>Vedlegg 3</b> .....	<b>58</b>

## Tabelloversikt

<b>Tabell 1</b> Gjennomsnitt av innbyggertall per fylke .....	18
<b>Tabell 2</b> Fordeling av kjønn, alder, fylke og utbetalinger .....	20-21
<b>Tabell 3</b> Fordeling av kjønn i forhold til alder .....	21
<b>Tabell 4</b> Fordeling av kjønn innen hvert medisinsk område .....	22
<b>Tabell 5</b> Antall erstatningssaker .....	23
<b>Tabell 6</b> Antall erstatningssaker per år .....	23
<b>Tabell 7</b> Prevalensen av pasientskader per fylke .....	23
<b>Tabell 8</b> Medisinsk områder i erstatningssaker i perioden 2013-2022 .....	24-25
<b>Tabell 9</b> Topp tre medisinske områder i medholdsaker i hvert fylke .....	25-26
<b>Tabell 10</b> Årsaker til medhold i perioden 2013-2022 .....	26-27
<b>Tabell 11</b> Årsaker til forsinket diagnostikk .....	28
<b>Tabell 12</b> Årsaker til medhold i hvert fylke .....	28-29
<b>Tabell 13</b> Skadeomfang i medholdsaker .....	30
<b>Tabell 14</b> Skadeomfang som følge av forsinket diagnostikk .....	30

## Figur-/diagramoversikt

<b>Figur 1</b> Kvalitet i helsetjenesten .....	9-10
<b>Figur 2</b> SEIPS-modellen .....	13
<b>Diagram 1</b> Skadeomfang innen topp fem medisinske områder i medholdsaker .....	30

# 1. Innledning

Pasientskader utgjør et betydelig pasientsikkerhetsproblem globalt og nasjonalt (Helsedirektoratet, 2018, s. 2). Organisasjon for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) oppgir pasientskader som den fjortende ledende årsaken til den totale sykdomsbyrden globalt, og anslår at omtrent halvparten av pasientskadene oppstår i primærhelsetjenesten (Slawomirski et al., 2017; Slawomirski et al., 2018). Primærhelsetjenesten er kjent som kommunehelsetjenesten i Norge.

En pasientskade er én for mye (I trygge hender 24-7, 2021). Det påfører pasienten lidelse og tap av livskvalitet og er belastende for involvert helsepersonell. I tillegg kan pasientskaden bringe med seg økonomiske kostnader i form av forlenget sykehusopphold, så vel som varig nedsatt arbeidsevne hos pasienten. Det kan lede til bortfall av arbeidsinntekt for den enkelte og skatteinntekter for samfunnet (Helsedirektoratet, 2018, s.2; NOU 2015: 11, s.55). I tillegg sikrer staten økonomisk erstatning til pasienter som har fått en skade ved helsehjelp i norske helsetjenester. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) utbetaler årlig over en milliard kroner i erstatning (Norsk pasientskadeerstatning, 2023)

Nasjonalt har det blitt iverksatt en rekke strategier og tiltak de siste ti årene for å bedre pasientsikkerheten (Aase, 2022, s.26). I 2011 ble den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» etablert. Kampanjens målsetting var å redusere antall pasientskader og sikre trygge helse- og omsorgstjenester. Kampanjen ble forankret i stortingsmeldingen «God kvalitet – trygghet i praksis» som kom i 2013 og ble videreført som et program fra 2014 (I trygge hender 24-7, 2021; Meld. St. 10 (2012-2013)). Pasientsikkerhetsarbeidet er i dag samlet under slagordet I trygge hender 24-7, og arbeidet er forankret i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring for 2019-2023 (Helsedirektoratet, 2018; I trygge hender 24-7, 2021).

En viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet er å forstå hvordan og hvorfor pasientskader oppstår (Aase, 2022, s.148). Handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring peker på et spesielt behov for å øke og videreutvikle innsatsen for å forebygge og redusere pasientskader i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018, s.2). Derfor er det viktig å studere forekomsten av pasientskader i kommunehelsetjenesten, deriblant fastlegeordningen. En utfordring i dag er at kunnskapen om pasientskader er begrenset og ligger hos ulike aktører (Aase, 2022, s.18). NPE er en av aktørene som bidrar med innsikt i pasientskadeomfanget i fastlegeordningen, og deres statistikk vil bli undersøkt i denne studien.



## 2. Bakgrunn

Dette kapittelet er en redegjørelse av relevante begreper, definisjoner og empiri. Det inkluderer en beskrivelse av det norske helsevesenet, fastlegeordningen, samhandling i helsetjenesten, utfordringer i dagens fastlegeordning, pasientskadeordningen og kunnskap om pasientskader i Norge. Videre blir begrepene kvalitet, pasientsikkerhet, pasientsikkerhetskultur, pasientskade og uønskede hendelser gjennomgått.

### 2.1 Det norske helsevesenet

Det norske helsevesenet er etter lovverket delt inn i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Staten styrer spesialisthelsetjenesten gjennom fire regionale helseforetak som skal sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Kommunene skal fremme befolkningen sin helse og bidra til forebygging av sykdom, skader og lidelse, samt arbeide for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Folkehelseloven, 2012, §4). Det innebærer blant annet å sørge for et likeverdig tilbud av kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder diagnostikk og behandling av sykdom, og forebyggende og helsefremmende tjenester (Folkehelseloven, 2012, §4; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012§1-1, §3-1). Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 poengterer at kommunene skal ha et tilbud om fastlege tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, §3-2). Det er ingen direkte styringslinje mellom stat og kommune, og kommunene har stor frihet til å organisere kommunehelsetjenesten etter eget ønske. Samtidig er enkelte oppgaver som kommunene tilbyr et statlig ansvar, for å sikre rettferdig tilgang til helsetjenester i det offentlige. Det inkluderer finansiering av fastlegeordningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.12; Holst et al., 2022, s.8)

Den norske helsetjenesten er organisert etter BEON-prinsippet som betyr beste effektive omsorgsnivå. I tråd med dette prinsippet skal helsehjelpen i størst mulig grad være effektiv og til det beste for pasienten. Det er bra både for helsen til befolkningen og samfunnets økonomi. Kommunehelsetjenesten utgjør det fundamentale omsorgsnivået og skal ta seg av størstedelen av helseproblemene i befolkningen (St.meld. nr 47 (2008-2009), s.26).

## 2.2 Om fastlegeordningen

En stor andel av kontakten mellom pasienter og helsevesenet foregår hos fastlegen. Samlet hadde fastlegetjenesten 16,5 millioner konsultasjoner i 2021. Det betyr at hver innbygger i snitt hadde tre konsultasjoner med sin fastlege (Texmon, 2022). Til sammenligning var om lag to millioner nordmenn i behandling ved norske sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2022b).

Tilgangen på fastlege er et viktig velferdsgode i det norske samfunnet. Innbyggere i norske kommuner har rett på fastlege, og kommunene skal sikre at alle får nødvendige fastlegetjenester av god kvalitet til rett tid. Det inkluderer legemiddelbehandling, sykefraværsoppfølging, medisinskfaglig koordinering og samarbeid, individrettet forebygging, øyeblikkelig hjelp og hjemmebesøk (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, §1, §15-26; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, §3-1, §3-2). De fleste fastleger er selvstendig næringsdrivende og blir integrert i det offentlige kommunale helsetilbudet gjennom egne fastlegeavtaler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.38). Antallet fastlegeavtaler i en kommune er ikke regulert av myndighetene, og kommunene er selv ansvarlig for å ansette fastleger som dekker innbyggerbehovet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.55).

Fastlegen er pasientens viktigste og ofte første kontakt inn mot helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Som hovedregel skal alle pasienter som blir behandlet i spesialisthelsetjenesten ha henvisning fra fastlegen, med unntak av pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp eller akuttinnleggelse (St.meld. nr 47 (2008-2009), s.92). Fastlegen har dermed en portvokterfunksjon og regulerer bruken av spesialisthelsetjenesten og andre kommunale helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

## 2.3 Samhandling i helsetjenesten

Mange pasienter trenger behandling i ulike deler av helsetjenesten, for å sikre helsehjelpen de har krav på (Aase, 2022, s.183). Samhandling blir beskrevet som helsetjenestens evne til å fordele og gjennomføre oppgaver på en koordinert og rasjonell måte for å nå et felles mål (St.meld. nr 47 (2008-2009), s.13). Samhandlingsreformen er en retningsreform som ble iverksatt i 2012. Formålet med reformen var å utvikle gode og helhetlige pasientforløp og styrke samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det innebar en fordeling av oppgaver mellom de to forvaltningsnivåene, slik at ressursene ble utnyttet på en god måte. Reformen har økt forventningene til kommunene, og en større del av pasientforløpene blir overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten når det er mulig (St.meld. nr

47 (2008-2009), s.26). I kombinasjonen med medisinfaglig teknologisk utvikling har det gitt fastlegen ansvar og oppgaver som tidligere lå under spesialisthelsetjenesten (Ey og Vista Analyse, 2019, s.186).

Samhandling utgjør et område med fare for svikt, hvor risikoen øker ved utilstrekkelig oppfølging, utydelige ansvarslinjer, utfordrende samarbeidsforhold og utilstrekkelig involvering av pasienter og pårørende (St.meld. nr 47 (2008-2009), s.48; Aase, 2022, s.183). På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte Norges forskningsråd seks evalueringsprosjekter av samhandlingsreformen. I sluttrapporten ble det konstatert at noen av målene med reformen har blitt nådd, som for eksempel kortere liggetid på sykehus og økt oppmerksomhet om forebyggende innsats i kommunene. Likevel ser det ut til at flere pasienter har fått mer oppstykkede behandlingsforløp etter innføringen av reformen (Norges forskningsråd, 2016, s.30). En undersøkelse av Riksrevisjonen viser at fastlegeordningen fortsatt oppleves som en uavhengig tjeneste som ikke er godt nok integrert i kommunehelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2016, s.57).

#### 2.4 Utfordringsbilde i fastlegeordningen

I internasjonal sammenheng blir det norske helsevesenet rangert godt. Vi har god dekning av fastleger i forhold til innbyggertallet, sammenlignet med andre høyinntektsland (Schneider et al., 2021). Likevel møter fastlegeordningen stadig flere utfordringer. Flere kommuner sliter med å rekruttere nye fastleger og etablerte fastleger velger seg bort fra ordningen. Antall lister øker mer enn antall fastleger og flere innbyggere står på ubesatte lister uten fastlege (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Over tid vil det gjøre at fastlegedekningen blir dårligere og kommunene vil i økende grad ha vansker med å ivareta «sørge-for» ansvaret (Ey og Vista Analyse, 2019, s.94; Telle et al., 2023, s.248). Det vil si ansvaret for å sørge for et likeverdig tilbud av kommunale helse- og omsorgstjenester til befolkningen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, §1-1)

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten leverte i april 2023 sin gjennomgang av allmennlegetjenesten. Rapporten viser at antall innbyggere uten fastlege utgjør i dag mer enn 215 000 personer (Telle et al., 2023, s.8). Samtidig viser styringsdata fra fastlegetjenesten at andelen som står på liste uten fastlege er høyest i Nordland med 7,2% og Troms og Finnmark med 5,4% (Gaardsrud, 2020, s.15). Innbyggere på ubesatte lister får i realiteten ikke innfridd en sentral pasientrettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §2-1c). Konsekvensen er dårligere tilgang til legetjenester, både for å få hjelp til enkle helseproblemer og mer alvorlige

sykdommer. I tillegg er kontaktleddet til andre helsetjenester svekket. Det øker risikoen for utilstrekkelig forebygging, behandling og oppfølging (Helsetilsynet, 2022, s. 8).

Ubesatte lister uten fastlege blir vanligvis betjent av vikarer (Helsedirektoratet, 2022c).

Helsedirektoratet poengterer i sin årsrapport for 2021 at omfattende og hyppig bruk av vikarer gir lav fastlegevarighet i fastlegetjenesten, og kan være belastende for sårbare og komplekse pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2022a). Den norske studien til Harbitz et al. (2022) viser at hyppig bruk av vikarer er en risikofaktor på systemnivå som kan lede til medisinske feil og skader på fastlegekontoret i rurale områder i Norge. Når innbyggere blir stående på lister som blir betjent av hyppig vikarutskiftninger, kan det påvirke kontinuiteten (Helsedirektoratet, 2022c) Det er dokumentert at kontinuitet i forholdet mellom fastlege og pasient, det vil si at pasienten innehar en fastlege over tid, reduserer behovet for akutte sykehusinnleggelse, legevaktbesøk og dødelighet (Hansen et al., 2013; Sandvik et al., 2022). Studien til Sandvik et al. (2022) anslår at pasienter som har hatt samme fastlege i mer enn 15 år, har 25% lavere risiko for å dø og 28% lavere sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus, sammenlignet med pasienter som har hatt samme fastlege i ett år eller mindre. Videre viser tall fra Helsedirektoratet at avtalevarigheten i fastlegetjenesten varierer mellom fylkene. Ved utgangen av 2021 var median avtalevarighet på 10,6 år i Oslo. Til sammenligning var median avtalevarighet 5,3 år i Troms og Finnmark (Helsedirektoratet, 2022e).

En annen utfordring som fastlegene gir uttrykk for er økt arbeidsbelastning over tid (Telle et al., 2023, s.53). I Ey og Vista sin evaluering av fastlegeordningen fra 2019 beskriver fastlegene arbeidssituasjonen som u håndterbar (Ey og Vista Analyse, 2019, s.III). På oppdrag fra allmennlegetjenestens ekspertutvalg gjennomførte Folkehelseinstituttet (FHI) en undersøkelse av endringer i fastlegenes arbeidsmengde. Undersøkelsen viser at de fleste typene legekontakt har økt i perioden 2008 til 2021, noe som kan indikere at fastlegenes totale arbeidsmengde har økt (Hoff et al., 2023, s.8; Telle et al., 2023, s.56). Når arbeidsoppgavene overstiger fastlegene sin arbeidskapasitet, øker risikoen for at pasienter ikke får oppfølgingen de trenger (Ey og Vista Analyse, 2019, s.119). I den norske studien til Harbitz et al. (2022) ble høyt arbeidspress identifisert som risikofaktorer på systemnivå som kan lede til medisinske feil og skader på fastlegekontoret i rurale områder i Norge (Harbitz et al., 2022).

## 2.5 Geografisk variasjon i helsetjenesten

For å møte utfordringene fastlegeordningen står overfor la regjeringen fram handlingsplan for allmennlegetjenesten for 2020-2024. Et av tre målområder er å sikre en tilgjengelig

allmennlegetjeneste av god kvalitet til alle innbyggere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.36). Fagrådet for sosial ulikhet og helse påpeker at det er behov for mer kunnskap når det gjelder forskjeller i tilgang på helsetjenester (Arntzen et al., 2016, s.16).

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) er underlagt Helse Nord og arbeider med å synliggjøre geografiske forskjeller i spesialisthelsetjenesten. Deres rapport fra 2021 viser at kvaliteten i behandlingen mellom opptaksområder i spesialisthelsetjenesten varierer betydelig. Det betyr at pasienter som er bosatt i enkelte opptaksområder får bedre kvalitet i behandlingen, enn pasienter bosatt i andre områder (Guldhaugen et al., 2021, s.93).

Tilsvarende kvalitetsdata mangler for fastlegeordningen. Dessuten viser FHI sine målinger av pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret at pasienter sin tilfredshet varierer mellom landsdeler og fylker. På fylkesnivå hadde Agder høyest gjennomsnittskår på alle indikatorer og signifikant høyere skår på fire av indikatorene. Nordland hadde lavest skår på alle indikatorene, og signifikant lavere skår enn gjennomsnittet på indikatoren *Tilgjengelighet*. Oslo hadde signifikant lavere skår enn gjennomsnittet på indikatoren *Organisering og øvrige ansatte på fastlegekontoret* (Norman et al., 2022, s.25). Av den grunn er det interessant å undersøke om det eksisterer geografiske forskjeller i forekomsten av pasientskader i fastlegeordningen.

## 2.6 Pasientskadeordningen i Norge

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er en statlig etat som behandler krav og utbetaler erstatning for pasientskader. I tillegg bidrar de med statistikk til arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, og informerer om pasientskadeordningen til pasienter og helsepersonell (Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning m.m., 2002, §3, §4). Det er i hovedsak de fire regionale helseforetakene som finansierer ordningen. Fylkene finansierer utbetalinger i den offentlige tannhelsetjenesten, og kommunene er ansvarlig for utbetalinger i kommunale helse- og omsorgstjenester (Norsk pasientskadeerstatning, 2022a).

Tre vilkår må være oppfylt for å få erstatning for en pasientskade. For det første må årsaken til skade være behandling, undersøkelse, diagnostisering eller oppfølging som ikke er i tråd med medisinsk praksis. Det vil si at det må foreligge en overveiende sannsynlighet for at skaden skyldes svikt i helsehjelpen og ikke som følge av sykdom. For det andre må pasientskaden ha ført til et økonomisk tap eller medisinsk invaliditet på minst 15%. For det tredje må søknaden om erstatning være sendt innen tre år etter at det ble oppdaget svikt i helsehjelpen (Norsk pasientskadeerstatning, 2021). Unntaksbestemmelsen beskriver tilfeller

hvor pasienter får erstatning selv om det ikke har skjedd en svikt, og er aktuell i saker hvor en pasient har blitt påført en særlig stor og uventet skade (Pasientskadeloven, 2003, §2-3).

NPE mottok i 2022 totalt 7079 erstatningskrav fra helsetjenesten. 1493 av sakene har så langt fått vedtak om medhold. Det tilsvarer over en milliard kroner i erstatningsutbetaling. 1052 av sakene omhandlet fastlegeordningen, hvor 265 av sakene så langt har fått vedtak om medhold (Norsk pasientskadeerstatning, 2023). NPE har tidligere undersøkt vedtak tilknyttet fastlegeordningen. Deres gjennomgang av perioden 2012-2016 viste at fastlegeordningen utgjorde 11% av sakene som ble behandlet i NPE. Blant de 2515 sakene fra fastlegeordningen, utgjorde medholdsandelen 24%. Det største medisinske området i erstatningssakene var svulst og kreftsykdommer, etterfulgt av ortopedi (Norsk pasientskadeerstatning, 2019).

## 2.7 Kunnskap om forekomsten av pasientskader

Helsetjenestene i Norge skal være av god kvalitet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, §1-1). Likevel skjer det feil som kan skade pasienter. En viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet er å rapportere og analysere slike hendelser (Aase, 2022, s.148). Ved å lære av det som har skjedd kan vi forebygge utviklingen av pasientskader og forbedre kvaliteten i tjenestetilbudet (Meld. St. 11 (2020-2021), , s.47). En utfordring i dag er at kunnskap om forekomsten av pasientskader er fragmentert (Aase, 2022, s.18). Denne studien benytter statistikk fra NPE som kilde til kunnskap om pasientskader, men det eksisterer flere aktører som gir innsikt i pasientskadeomfanget i helsetjenesten. Det er viktig å være klar over at aktørene benytter ulike metoder med ulikt fokus som har sine styrker og svakheter (Aase, 2022, s.18).

Ved norske sykehus har pasientskader blitt kartlagt årlig siden 2010 med Global Trigger Tool metoden. Kartleggingen fra 2021 viser at det oppstod en pasientskade ved 12,8% av somatiske sykehusopphold (Helsedirektoratet, 2022d, s.4). Metoden er imidlertid ikke tilpasset fastlegeordningen og resten av kommunehelsetjenesten. Henvendelser til Statens helsetilsyn og Pasient- og brukerombudet kan i noen grad gi innblikk i omfanget av pasientskader i kommunehelsetjenesten. Statens helsetilsyn mottar varsler for alvorlige hendelser som gjelder mulig svikt i helsetjenestene fra pasienter, pårørende og helsepersonell (Helsetilsynsloven, 2017, §3, §4, §8, §9, §10). Tilsynserfaringer med fastlegjetjenesten viser at kommunenes evne til å levere forsvarlige allmennlegetjenester er under press i hele landet. Det har resultert i svikt i tjenestene. Gitt utviklingen i fastlegeordningen i dag er det grunn til å anta at svikt vil skje igjen (Helsetilsynet, 2022, s.3).

Pasient- og brukerombudet mottar henvendelser fra pasienter og brukere. Det er dog viktig å presisere at ombudet ikke er en formell klageinstans eller tilsynsmyndighet, og kommer kun med informasjon, veiledning, råd og bistand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §8). Årsrapporten for 2022 viser at fastlegetjenesten utgjorde 20% av totalt antall saker hos Pasient- og brukerombudet. Antall saker varierer på fylkesnivå (Bruvik, 2022, s.11). Ombudet påpeker at fastlegekrisen utgjør en risiko for pasientsikkerheten (Bruvik, 2022, s.12).

Dessuten er alle helseinstitusjoner pålagt å ha egne rutiner og systemer for å rapportere om avvik og uønskede hendelser internt (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, §6). Det eksisterer dog ingen nasjonal meldeordning i dag (Aase, 2022, s.21). I tillegg bidrar medisinske kvalitetsregistre og helseregistre med statistikk i kvalitetsforbedringsarbeidet i helsetjenesten, men registrene gir ingen indikasjon på forekomsten av pasientskader (Forskrift om medisinske kvalitetsregistre, 2019, §1; Helseregisterloven, 2014, §3).

Til tross for mangelen på en helhetlig oversikt over omfanget av pasientskader i kommunehelsetjenesten, er det ingen indikasjon for at nivået er lavere enn ved norske sykehus. Typen skader kan dog være annerledes (Aase, 2022, s.22).

## 2.8 Pasientskade og uønskede hendelser

Pasientskader gjelder skader som er voldt av helsepersonell som yter helsehjelp (Pasientskadeloven, 2003, §1). Helsedirektoratet definerer det som en utilsiktet skade som har oppstått som er et resultat av behandling eller tjenesteytelser. Det krever ytterligere overvåkning, behandling eller sykehusinnleggelse, og kan i verste konsekvens resultere i død (Helsedirektoratet, 2018, s.6). Begrepet uønsket hendelse ligner på begrepet pasientskade, men har en mer nøytral innretning (Aase, 2022, s.17). Brennan et al. (1991) definerer en uønsket hendelse som en utilsiktet skade forårsaket av medisinsk behandling eller unnlattelsen av å gripe inn, og ikke sykdomsprosessen i seg selv. Ved tilstrekkelig alvorlighetsgrad fører det til forlenget behandlingstid eller til midlertidig eller permanent skade. En uønsket hendelse kan være mulig å forebygge eller ikke (Brennan et al., 1991, referert i Vincent, 2010, s.53).

Det kan være utfordrende å definere pasientskade i helsetjenesten. I enkelte behandlingssituasjoner oppstår skade som følge av nødvendig behandling. Dette gjelder nesten all medisinsk og kirurgisk behandling. Enhver behandling er beheftet med en viss risiko for pasienten. For eksempel bivirkninger eller komplikasjoner. Dessuten har det blitt

diskutert om mangel på behandlingstilbud skal inngå i pasientsikkerhetsbegrepet. En tredje utfordring er at skader ikke alltid blir synlige umiddelbart etter en feil eller svikt. Enkelte skader kan først bli synlig etter lenger tid (Vincent, 2010, s.98).

Når pasienter blir påført en skade eller alvorlige komplikasjoner har de rett på informasjon om det som har skjedd. De skal samtidig bli informert om muligheten til å søke om erstatning hos NPE, muligheten til å henvende seg til Pasient- og brukerombudet og adgangen til å varsle tilsynsmyndighet om forholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, 3-2).

## 2.9 Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer pasientsikkerhet som et rammeverk av organiserte aktiviteter som skaper kulturer, prosesser, prosedyrer, atferd, teknologier og miljøer i helsetjenesten som reduserer risiko for skade, eller konsekvensen av skade når den oppstår (World Health Organization, 2021). I Norge definerer Helsedirektoratet pasientsikkerhet som et vern mot unødvendig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser (Helsedirektoratet, 2019, referert i Aase, 2022, s. 16). Både den nasjonale og internasjonale definisjonen vektlegger særlig fravær av pasientskade i pasientsikkerhetsbegrepet (Aase, 2022, s.16).

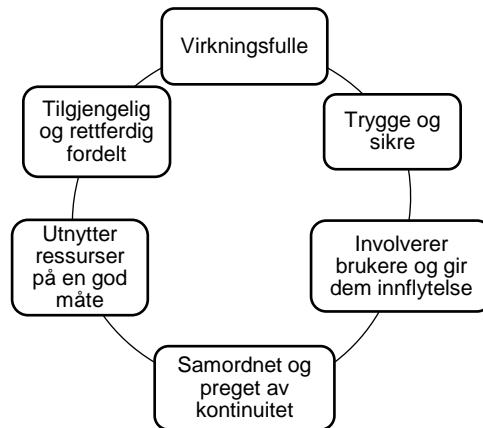
Pasientsikkerhetskultur utgjør en del av kulturen i en organisasjon og retter seg mot sikkerhet i helsetjenesten. Det beskriver hvordan en helseorganisasjon arbeider, på alle nivåer, for å forebygge, rapportere og lære av uønskede hendelser og pasientskader. Det er felles grunnleggende antagelser, verdier og holdninger som de ansatte bærer i felleskap, i tillegg til observerbare forhold på arbeidsplassen. For eksempel rutiner, arbeidsvaner og ritualer (Aase, 2022, s.168). En kultur der pasientsikkerhet er gjennomgående i alle aktiviteter i organisasjonen bidrar til å opprettholde pasientsikkerhetsarbeidet over tid (Aase, 2022, s.132). Det er et viktig ledelsesansvar (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, §3).

## 2.10 Kvalitet i helsetjenesten

Kvalitet i helsetjenesten kan bli definert på flere måter. Kvalitetsdefinisjonen som ligger til grunn for norske helsetjenester ble introdusert i kvalitetsstrategien «Og bedre skal det bli...!» i 2005, og bygger på Institute of Medicine (IOM) sine seks dimensjoner av kvalitet (Institute of Medicine, 2001, s.6; Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Aase, 2022, s.25) . God kvalitet i norske helsetjenester forutsetter at tjenestene er:

**Figur 1:** Kvalitet i helsetjenesten.





Virkningsfulle tjenester skal være basert på beste kliniske praksis og tilbys alle som kan ha en positiv effekt av den (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 21).

Trygge og effektive tjenester handler om å redusere sannsynligheten for feil og uønskede hendelser til et minimum, slik at pasienter unngår unødig skade fra behandling og pleie (Institute of Medicine, 2001, s.6; Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.22). Pasientsikkerhet utgjør her en av dimensjonene i kvalitetsbegrepet (Aase, 2022, s.25).

Tjenester som involverer brukere og gir dem innflytelse utøver behandling og pleie i tråd med og respekt for brukerens ønsker, verdier og behov (Institute of Medicine, 2001, s.6).

Samordnet og preget av kontinuitet beskriver tjenester hvor pasientens kontakt med helsetjenestene utgjør en mest mulig sammenhengende og kontinuerlig kjede (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.24).

Å utnytte ressurser på en god måte bidrar til at pasienter og samfunnet får mest mulig gevinst. Det betyr at tjenestene blir levert slik at en får mest mulig ut av ressursene som blir stilt til disposisjon (Institute of Medicine, 2001, s.6; Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.24).

Tilgjengelige og rettferdig fordelte tjenester betyr at det samlede tjenestetilbudet skal være fordelt slik at alle har likest mulig tilgang til helsetjenester og har samme mulighet for å oppnå et godt resultat av behandling og pleie. Det er imidlertid viktig å poengtere at et likt tilbud nødvendigvis ikke medfører et likt resultat (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.25).

En helsetjeneste med god måloppnåelse i de seks kvalitetsdimensjonene vil være langt bedre til å møte pasientens behov sammenlignet med en helsetjeneste med lav måloppnåelse.

Pasienter vil motta forebyggende, akutt og langvarig hjelp som er trygg og pålitelig. I tillegg vil det være bedre for de ansatte, som opplever at helsehjelpen de utøver er koordinert og responderer på pasientens behov for hjelp (Institute of Medicine, 2001, s.6)

### 3 Problemstilling

Oppsummert viser eksisterende empiri et behov for mer kunnskap for å vurdere status på omfanget av pasientskader i fastlegeordningen i Norge. Det foreligger kvalitetsdata fra SKDE som viser at kvaliteten i tjenestene varierer i spesialisthelsetjenesten (Guldhaugen et al., 2021, s.93), men tilsvarende kvalitetsdata mangler for fastlegeordningen. Det vil derfor være aktuelt å se på hvordan pasientskader i fastlegeordningen fordeler seg geografisk.

Formålet med denne studien er å undersøke omfanget av pasientskader i fastlegeordningen i perioden 2013-2022, med data fra NPE. Det er ønskelig å besvare følgende problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål:

*Hva er forekomsten av pasientskader i fastlegeordningen i henhold til NPE sine erstatningssaker?*

- *Hvordan fordeler pasientskadene seg regionalt?*
- *Hvordan ser utviklingen ut over tid?*
- *Hva er årsaker til vedtak om medhold i erstatningssakene?*
- *Hvilke medisinske områder skiller seg ut i erstatningssaker med vedtak om medhold?*

## 4 Teoretisk forankring

For å undersøke forekomsten av pasientskader, vil det i det følgende kapittelet bli redegjort for studiens teoretiske grunnlag. Det inkluderer ulike perspektiver i sikkerhetsteorier og SEIPS-modell.

### 4.1 Ulike perspektiver i sikkerhetsteorier

I pasientsikkerhetsfaget eksisterer det ulike perspektiver som forklarer hvordan vi skal forstå og forebygge pasientskader og uønskede hendelser i helsetjenesten. Individperspektivet og systemperspektivet er to ulike tilnærminger (Aase, 2022, s.39). Denne studien tar utgangspunkt i systemperspektivet.

#### 4.1.1 Individperspektivet

Individperspektivet vektlegger at årsaken til uønskede hendelser er at individet gjør feil. Grunntanken er at helsepersonell i utgangspunktet skal levere feilfrie helsetjenester, og den enkelte er personlig ansvarlig for sine feil. Perspektivet har fått motstand. Hovedargumentet er at menneskelige feil ikke er årsaken til uønskede hendelser, men heller et symptom på et system som ikke fungerer som det skal (Aase, 2022, s.44).

#### 4.1.2 Systemperspektivet

Systemperspektivet i sikkerhetsteorier erkjenner at skade kan oppstå uavhengig av hvilke personer som er involvert. Fra dette perspektivet blir skade ikke ansett som et produkt av menneskets feilbarhet, men som en konsekvens av latente forhold i systemet (Vincent, 2010, s.136). For eksempel dårlig arbeidsmiljø, høyt arbeidspress, mangel på tid og ressurser, utilstrekkelig kompetanse og bemanningssammensetning. De latente forholdene i systemet kan være et resultat av beslutninger tatt av ledelsen i organisasjonen og øvrige myndigheter. En utfordring med det er at konsekvensene ofte ikke er synlige før etter lengre tid (Vincent, 2010, s.137).

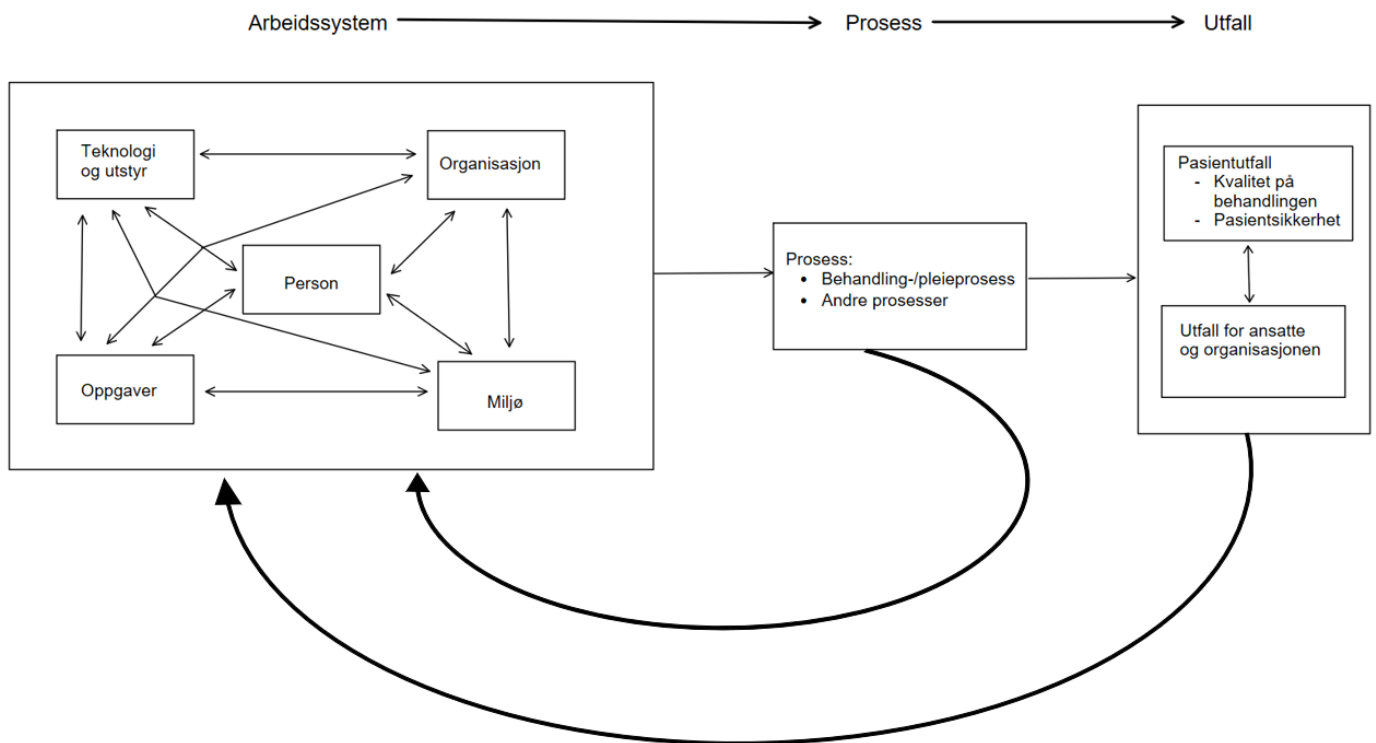
En forutsetning for å skape sikre systemer som reduserer risikoen for menneskelige feil, er å forstå helsevesenet og dets kontekst. Helsevesenet skiller seg fra andre komplekse industrier med høy sikkerhet. For det første er helsetjenestene fragmenterte og varierer mye. Det inkluderer alt fra rutinearbeid og standardiserte behandlingsforløp, til akuttmedisin og komplisert kirurgi. For det andre er utøvelsen av helsehjelp avhengig av helsepersonell sin bedømmelse av komplekse og unike pasientsituasjoner. Det er ansett som en nødvendighet i klinisk sammenheng, men det kan utgjøre en trussel mot sikkerheten. Dessuten er mye av

arbeidet direkte rettet mot syke mennesker som er sårbare for selv små problemer i helsehjelpen (Vincent, 2010, s.124-125).

## 4.2 SEIPS-modell

System Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS) er en modell utarbeidet av Pascale Carayon og hans medarbeidere, som ser på helsetjenesten som et arbeidssystem. Det er et teoretisk rammeverk som stammer fra den industrielle ingeniørtenkningen og fagfeltet humane faktorer. Modellen anvender et systemperspektiv og vektlegger samspillet mellom mennesker og deres arbeidsmiljøer, og hvordan det påvirker ytelse, sikkerhet, helse og kvaliteten i tjenestene (Carayon et al., 2006).

**Figur 2** SEIPS-modell.



### 4.2.1 Arbeidssystemets fem komponenter

I følge Carayon et al. (2006) består et arbeidssystem av fem komponenter: person, teknologi og utstyr, oppgaver, fysisk miljø og organisatoriske forhold. Komponentene i arbeidssystemet interagerer med hverandre, og kan påvirke både prosess og utfall (Carayon et al., 2006).

Personkomponenten er i sentrum av arbeidssystemet og beskriver personer som er involvert og hvordan de interagerer eller er relatert til hverandre. For eksempel helsepersonell, pasienter

eller pårørende. Personkomponenten inkluderer personens utdanning, kunnskap, ferdigheter, motivasjon, behov, fysiske og psykiske forutsetninger og teamarbeid. Ved å plassere helsepersonell i sentrum kan modellen bidra til å identifisere forbedringsområder som tilrettelegger for at det er enkelt å utføre arbeidsoppgaver riktig og vanskelig å gjøre feil. Ved å plassere pasienten i sentrum kan modellen bidra til å identifisere mangler i helsetjenesten som svekker pasienten sin evne til å være involvert i behandlingsprosesser, samt motta trygg behandling av god kvalitet.

Teknologi og utstyr beskriver elektroniske systemer og journaler, medisinsk utstyr, og design. Oppgaver referer til arbeidsoppgaver og opplevelsen av autonomi og jobbkontroll i oppgavene som blir utført. Det inkluderer også jobbkrav som arbeidsmengde, tidspress, og belastning. Miljø handler om det fysiske arbeidsmiljøet på jobb og innbefatter lyd, lys, temperatur og design av arbeidsstasjoner. Organisatoriske forhold er rettet mot ledelse og ledelsesstil. Det påvirker arbeidsturnus, koordinering av arbeidsstyrke, samarbeid og kommunikasjon mellom ansatte, regler og prosedyrer, sosiale relasjoner, organisasjonskultur og pasientsikkerhetskultur (Carayon et al., 2006).

#### 4.2.2 Prosess og utfall

Prosess beskriver hvordan omsorg og behandling blir gitt, i tillegg til andre støtteprosesser som vedlikehold, informasjonsflyt og kontinuitet, lagerbeholdning og rengjøring. En prosess kan bli påvirket av arbeidssystemet, så vel som andre prosesser (Carayon et al., 2006).

SEIPS-modell skiller seg fra andre pasientsikkerhetsmodeller ved å ikke kun beskrive utfall for pasienten, men også de ansatte og organisasjonen. Pasientutfall retter seg mot kvaliteten på behandlingen og sikkerheten til pasienten. Utfall hos de ansatte inkluderer sikkerhet, helse, jobbtilfredshet, jobbrelevant stress og utbrenthet. Utfall i organisasjonen handler om skader og sykdom blant de ansatte, andelen ansatte som slutter og lønnsomhet (Carayon et al., 2006).

#### 4.2.3 Kvalitetsforbedring og systemendring i SEIPS

Dårlige prosesser og utfall kan indikere et behov for systemendring. SEIPS-modell illustrerer dette med egne tilbakekoblingspiler fra prosess til arbeidssystem og fra utfall til arbeidssystem. Tilbakekoblingspilene representerer et potensiale for forbedring i arbeidssystemet. Av den grunn er det viktig å identifisere interaksjoner i arbeidssystemet og hvordan det påvirker prosess og utfall. Det legger grunnlaget for hvilke endringer som er nødvendige. Hvordan endringen er designet og implementert vil påvirke om prosess og utfall blir forbedret eller ikke (Carayon et al., 2006).

## 5 Metode

Dette kapittelet er en redegjørelse og begrunnelse av metoden som er benyttet for å besvare studiens problemstilling. Det inkluderer en beskrivelse av forskningsmetode og studiedesign, datamaterialet, utvalget i studien, omkoding og statistisk metode. Avslutningsvis blir det en gjennomgang av studiens forskningsetiske retningslinjer.

### 5.1 Forskningsmetode og studiedesign

Formålet med denne studien er å presentere en oversikt over forekomsten pasientskader i fastlegeordningen regionalt. Studien tar utgangspunkt i erstatningssaker meldt inn til NPE fra pasienter og pårørende, hvor skaden har skjedd i møte med fastlegen. Ettersom studien benytter kvantitative kategoriske variabler, er kvantitativ forskningsmetode valgt (Baldi & Moore, 2018).

Tversnittstudier egner seg til å undersøke et fenomen ved et tidlig stadium når det eksisterer lite tilgjengelig kunnskap. Designet blir brukt for å beskrive forekomsten av fenomenet og ulike variabler som kan være assosiert med fenomenet (Webb et al., 2020, s.111). Av den grunn er tversnittstudie valgt for å besvare problemstillingen. En tversnittstudie kan være deskriptiv og/eller analytisk. I en deskriptiv studie forsøker en å beskrive fenomenet, for eksempel hvor vanlig det er (Webb et al., 2020, s.111). Ettersom formålet med denne studien er å undersøke forekomsten av pasientskader, vil det være hensiktsmessig å gjennomføre en deskriptiv studie.

### 5.2 Datamaterialet

NPE har en nasjonal oversikt over innsendte erstatningskrav fra pasienter som har blitt påført en skade i møte med helsetjenestene i Norge. Alle erstatningskrav som får vedtak om avslag eller medhold blir registrert i NPE sin statistikkdatabase (Norsk pasientskadeerstatning, 2022c). Datamaterialet i denne studien ble utlevert av NPE i Microsoft Office Excel og bestod av 27 kategoriske variabler. I denne studien var følgende variabler av interesse:

- Vedtak om medhold eller avslag.
- Årsaker til medhold. I NPE blir årsaker til medhold kategorisert i svikt i diagnostikk, svikt i behandling, informasjonssvikt, smitte/infeksjon, vaksinasjon eller unntaksbestemmelsen.
- Pasientens kjønn.
- Pasientens alder på skadetidspunktet.
- Behandlingssted. Det vil si fylket hvor skaden oppstod.

- Skadetype. Angir skaden pasienten søker erstatning for. Skadetype er kategorisert med 600-koder i NPE sitt interne kodeverk. (Se vedlegg 1).
- Årsak til svikt. Angir årsaken til svikt i helsehjelpen. Årsak til svikt er kategorisert med 800-koder i NPE sitt interne kodeverk. (Se vedlegg 2).

### 5.3 Utvalget

Datamaterialet i denne studien bestod av alle innsendte erstatningssaker tilknyttet fastlegeordningen i perioden 2010 til 2022. Det ble registrert 5037 saker, hvor 3823 saker fikk vedtak om avslag og 1214 saker fikk vedtak om medhold. Det var kun innmeldt en erstatningssak i 2010 og en i 2012. Ingen erstatningssaker ble meldt inn i 2011. Årsaken til det er lite kjent. Et av studiens formål var å undersøke endringer over tid. Derfor ble saken i 2010 og 2012 (n=2) ekskludert. Videre ble erstatningssaker som manglet informasjon om aldersgruppe (n=1) eller behandlingssted (n=4) ekskludert. 88 erstatningssaker fikk først vedtak om avslag, men som senere ble omgjort til medhold. Seks av de 88 sakene manglet nødvendig informasjon for å omkode årsak til medhold, og ble av den grunn ekskludert fra studien (prosessen blir beskrevet i underkapittel 5.4.1).

Det resulterte i totalt 5024 saker i perioden 2013-2022, hvor 3817 saker fikk vedtak om avslag og 1207 saker fikk vedtak om medhold. Analytisk utvalg i denne studien var saker som fikk vedtak om medhold.

### 5.4 Omkoding

#### 5.4.1 Omkoding av årsaker til medhold

88 erstatningssaker fikk først vedtak om avslag, men som i senere tid ble omgjort til medhold. Disse sakene var kodet med årsaker til avslag. Sakene ble omkodet slik at de anga årsaker til medhold. I seks av de 88 sakene kom det fram i tekstfeltet at sakene var omgjort ved dom eller forlik. NPE har mangelfull registrering av slike saker i sitt system, og de seks sakene manglet nødvendig informasjon for å omkode årsak til medhold. De ble av den grunn ekskludert fra datamaterialet.

#### 5.4.2 Omkoding av fylker

Stortinget vedtok i 2017 regionreformen som endret kommune- og fylkesstrukturen i Norge. 19 fylker ble redusert til 11 fylker. Nord- og Sør-Trøndelag ble 1.januar 2018 slått sammen til Trøndelag. 1.januar 2020 kom sammenslåingen av resterende fylker. Hordaland og Sogn og Fjordane ble til Vestland. Aust-Agder og Vest-Agder ble til Agder. Vestfold fylke og

Telemark fylke ble til Vestfold og Telemark. Oppland og Hedmark ble til Innlandet. Buskerud, Akershus og Østfold ble til Viken. Troms fylke og Finnmark fylke ble til Troms og Finnmark. Fylkene Møre og Romsdal, Rogaland, Oslo og Nordland ble videreført (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2019).

Denne studien undersøker forekomsten av pasientskader i fylkene og tar utgangspunkt i fylkesinndelingen fra 1.januar 2020. 100 av 5033 saker benyttet fylkesinndelingen før 1.januar 2020. Dette gjaldt Sør-Trøndelag (n=68), Nord-Trøndelag (n=30), Østfold (n=1), og Troms (n=1). Sakene fra disse fylkene ble omkodet til fylkesinndelingen fra 1. januar 2020. Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag ble omkodet til Trøndelag. Østfold ble omkodet til Viken. Troms ble omkodet til Troms og Finnmark.

### 5.5 Statistisk metode

Hvilke statistiske metoder som er egnet for å analysere datamaterialet og hvordan data blir presentert, avhenger av variablenes målenivå. Variablene i dette datamaterialet var kategoriske, både på nominalnivå og ordinalnivå. Frekvensfordeling er en egnet metode for å undersøke variabler som består av verdier som ikke kan rangeres, slik som bosted og kjønn, eller ordinalvariabler med få verdier (Johannessen et al., 2016, s.280). Det ble derfor gjennomført frekvensfordelinger. Variablene ble gruppert og filtrert i pivottabeller i Excel, for å synliggjøre trender i datamaterialet.

Det eksisterer ulike mål for å kvantifisere helsetilstanden i en befolkning (Webb et al., 2020, s.61). Prevalens er et mål på andelen av befolkningen som har en spesifikk tilstand på et gitt tidspunkt. I praksis blir prevalens beskrevet på et spesifikt tidspunkt, punktprevalens, eller i en bestemt tidsperiode, periodeprevalens (Webb et al., 2020, s.32-33). Denne studien måler periodeprevalens av pasientskader i fylkene i tidsperioden 2013-2022. Antall innbyggere i fylkene varierer (Christiansen, 2022). For å justere for variasjonen blir prevalensen beregnet med et gjennomsnitt av innbyggertallet i nevnte tidsperiode (Se tabell 1). Innbyggerstatistikk er hentet fra Statistisk sentralbyrå (u.å.) sin statistikkbank (se vedlegg 3).



**Tabell 1** Gjennomsnitt av innbyggertall per fylke (Statistisk sentralbyrå, u.å.)

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>Gjennomsnitt</b>
<b>Viken</b>	1 139 296	1 154 995	1 169 037	1 184 361	1 199 404	1 213 729	1 227 305	1 241 165	1 252 384	1 269 230	1 205 091
<b>Oslo</b>	623 966	634 463	647 676	658 390	666 759	673 469	681 071	693 494	697 010	699 827	667 613
<b>Innlandet</b>	365 649	366 785	368 358	368 636	369 893	370 994	371 054	371 385	370 603	371 253	369 461
<b>Vestfold og Telemark</b>	403 080	405 749	408 014	410 857	413 702	415 777	417 711	419 396	421 882	424 832	414 100
<b>Agder</b>	289 125	292 225	295 644	298 486	300 789	303 754	305 244	307 231	308 843	311 134	301 248
<b>Rogaland</b>	452 159	459 625	466 302	470 175	472 024	473 526	475 654	479 892	482 645	485 797	471 780
<b>Vestland</b>	605 597	612 988	619 306	624 827	629 031	631 594	633 117	636 531	638 821	641 292	627 310
<b>Møre og Romsdal</b>	256 975	259 126	261 339	262 907	263 847	264 421	264 970	265 238	265 544	265 848	263 022
<b>Trøndelag</b>	440 865	444 966	449 386	453 352	458 221	462 354	465 634	468 702	471 124	474 131	458 874
<b>Nordland</b>	238 333	239 621	240 402	240 623	241 614	242 076	242 126	241 235	240 345	240 190	240 657
<b>Troms og Finnmark</b>	236 230	238 513	240 338	241 371	243 033	243 925	244 326	243 311	242 168	241 736	241 495

## 5.6 Etikk

Målet med forskning er å fremstille ny og nødvendig kunnskap. Den enkelte forsker har et selvstendig ansvar for å følge forskningsetiske normer i forskningsprosessen (Forskningsetikkloven, 2017, §1). Helsinkideklarasjonen slår fast at behovet for ny kunnskap aldri skal overstyre studiedeltakernes rettigheter og integritet (World Medical Association, 2022). Helseforskningsloven skal sikre at helsefaglig forskning er etisk forsvarlig (Helseforskningsloven, 2008). Forskningsprosjekter som omfatter helseforskningsloven, skal være forhåndsgodkjent av Regionale komiteer for helsefaglig forskningsetikk (REK). I tillegg skal forskningsprosjekter med tilgang til personopplysninger være meldt til Kunnskapssektoren tjenesteleverandør (SIKT) (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, u.å.). Forskningsprosjekter som bruker aidentifiserte eller anonyme data fra et eller flere lovbestemte helseregistre, behøver ikke søke forhåndsgodkjenning til REK (Regionale komiteer for helsefaglig forskningsetikk, u.å.).

I denne studien er datamaterialet levert fra NPE sin statistikkdatabase. NPE er ansvarlig for lagring av data og innhenter personopplysninger i sine saker. Deres rettslige grunnlag til å innhente personopplysninger er hjemlet i pasientskadeloven og personopplysningsloven (Pasientskadeloven, 2003; Personopplysningsloven, 2018). I statistikkdatabase bruker NPE personopplysninger i en form som gjør det umulig å spore tilbake opplysningene til enkeltpersoner. Enkeltpersoner i vedtakssakene er aidentifisert og det er benyttet et løpenummer for hver sak. Det er kun NPE som besitter koblingsnøkkelen til datamaterialet (Norsk pasientskadeerstatning, 2022c). Det ble derfor vurdert at det ikke var nødvendig å søke godkjenning til REK eller SIKT. Det er likevel besluttet at verdier mindre enn fem blir presentert som <5 og uten beregning av prosent i resultatkapittelet, for å ta hensyn til personvern.

## 6 Resultater

I dette kapittelet blir resultatene fra frekvensfordelingen presentert. Første delkapittel gir en deskriptiv beskrivelse av utvalget. De påfølgende delkapitlene presenterer antall saker og utvikling over tid, prevalensen av pasientskader på regionalt nivå, medisinske områder, årsaker til medhold og skadeomfang.

### 6.1 Deskriptiv statistikk av utvalget

48,3% av erstatningssøkerne var menn og 51,7% var kvinner. I medholdsaker var andelen menn 51,9% og andelen kvinner var 48,1%. Hovedtyngden av erstatningssøkerne var mellom 20 til 69 år. Aldersgruppen 40-49 år var størst med 19,9% av søkerne, og aldersgruppen  $\geq 80$ -89 år var minst med 1,5% av søkerne. Andelen medholdsaker var høyest i aldersgruppen 50-59 år (21,2%). Fra tabell 3 kan vi se at kvinner i alderen 40-49 år (21,3%) og menn i alderen 50-59 år (19,7%) meldte inn flest erstatningskrav. Tabell 4 viser at kvinnelige erstatningssøkere var i flertall innen de medisinske områdene endokrinologi og metabolsk forstyrrelser og fødselshjelp og kvinnesykdommer. Menn var i flertall når det gjaldt hjertesykdommer. Det var andre medisinske områder med variasjon mellom kjønnene, men her var tallgrunnlaget lite.

På fylkesnivå hadde Viken flest erstatningssaker (20,6%) og medholdsaker (19,6%). Møre og Romsdal hadde færrest erstatningssaker (6,2%) og medholdsaker (6%). Det ble i perioden utbetalt over 810 millioner kroner i erstatning til pasienter som har fått en skade i møte med fastlegen. Omtrent 7 prosent av medholdsakene er ikke ferdig beregnet. Høyeste utbetaling var på 15 millioner kroner og laveste utbetaling var på 5000 kroner. Gjennomsnittlig utbetaling var på 715 000 kroner.

**Tabell 2** Fordeling av kjønn, alder, fylke og utbetalinger.

	<b>Studiepopulasjon (Alle erstatningssaker)</b>	<b>Analytisk utvalg (Medhold)</b>
	N = 5024	n = 1207
	N (%)	n (%)
<b>Kjønn</b>		
Mann	2427 (48,3)	627 (51,9)
Kvinne	2597 (51,7)	580 (48,1)
<b>Alder (år)</b>		
0-9	105 (2,1)	23 (1,9)
10-19	286 (5,7)	38 (3,1)
20-29	744(14,8)	136 (11,3)
30-39	829 (16,5)	150 (12,4)

40-49	999 (19,9)	228 (18,9)
50-59	915 (18,2)	256 (21,2)
60-69	740 (14,7)	247 (20,5)
70-79	330 (6,6)	105 (8,7)
≥80-89	76 (1,5)	24 (2)
<b>Fylke</b>		
Viken	1035 (20,6)	236 (19,6)
Vestland	521 (10,4)	127 (10,5)
Oslo	487 (9,7)	111 (9,2)
Trøndelag	473 (9,4)	118 (9,8)
Vestfold og Telemark	431 (8,6)	102 (8,5)
Rogaland	385 (7,7)	88 (7,3)
Troms og Finnmark	380 (7,6)	87 (7,2)
Agder	367 (7,3)	102 (8,5)
Innlandet	319 (6,3)	74 (6,1)
Nordland	317 (6,3)	89 (7,4)
Møre og Romsdal	309 (6,2)	73 (6)
<b>Erstatningsutbetalinger fra NPE</b>		
Totalt	810 124 175	
Høyeste verdi	15 000 000	
Laveste verdi	5000	
Gjennomsnitt	715 000	
Median	270 000	

**Tabell 3** Fordeling av kjønn i forhold til alder.

	<b>Studiepopulasjon (Alle erstatningssaker)</b>		<b>Analytisk utvalg (Medhold)</b>	
	N = 5024		n = 1207	
	N (%)		n (%)	
	<b>Kvinner</b>	<b>Menn</b>	<b>Kvinner</b>	<b>Menn</b>
<b>Alder (år)</b>				
0-9	58 (2,2)	47 (1,9)	12 (2,1)	11 (1,8)
10-19	151 (5,8)	135 (5,6)	19 (3,3)	19 (3)
20-29	434 (16,7)	310 (12,8)	76 (13,1)	60 (9,6)
30-39	469 (18,1)	360 (14,8)	99 (17,1)	51 (8,1)
40-49	554 (21,3)	445 (18,3)	120 (20,7)	108 (17,2)
50-59	436 (16,8)	479 (19,7)	117 (20,2)	139 (22,2)
60-69	304 (11,7)	436 (18)	86 (14,8)	161 (25,7)
70-79	148 (5,7)	182 (7,5)	38 (6,6)	67 (10,7)
≥80-89	43 (1,7)	33 (1,4)	13 (2,3)	11 (1,8)

**Tabell 4** Fordeling av kjønn innen hvert medisinsk område.<sup>1</sup>

	Studiepopulasjon (Alle erstatningssaker)		Analytisk utvalg (Medhold)	
	N = 5024		n = 1207	
	N (%)		n (%)	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
<b>Medisinsk område</b>				
Svulster og kreftsykdommer	702 (51,8)	653 (48,2)	193 (46,5)	222 (53,5)
Ortopedi	461 (49,1)	477 (50,9)	83 (42,3)	113 (57,7)
Nevrologi	230 (53,3)	201 (46,7)	58 (56,9)	44 (43,1)
Hjertesykdommer	116 (37,8)	191 (62,2)	25 (27,8)	65 (72,2)
Endokrinologi og metabolsk forstyrrelse	144 (62,3)	87 (37,7)	30 (49,2)	31 (50,8)
Psykatri/psykologi	226 (49,1)	234 (50,9)	29 (51,8)	27 (48,2)
Infeksjonssykdommer og venerologi	113 (52,6)	102 (47,4)	27 (51,9)	25 (48,1)
Karsykdommer	52 (44,4)	65 (55,6)	13 (39,4)	20 (60,6)
Fordøyelsesykdommer	96 (56,5)	74 (43,5)	20 (66,7)	10 (33,3)
Lungesykdommer	47 (49)	49 (51)	15 (65,2)	8 (34,8)
Øyesykdommer	29 (43,3)	38 (56,7)	9 (47,4)	10 (52,6)
Nyresykdommer	26 (55,3)	21 (44,7)	12 (70,6)	5 (29,4)
Hudsykdommer	27 (45)	33 (55)	8 (47,1)	9 (52,9)
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	86	<5	16 (100)	0 (0)
Revmatologi	59 (65,6)	31 (34,4)	7 (50)	7 (50)
Blodsykdommer	18 (56,2)	14 (43,8)	7 (58,3)	5 (41,7)
Allmennmedisin	39 (55,7)	31 (44,3)	7 (58,3)	5 (41,7)
Urologi	21 (39,6)	32 (60,4)	<5	<5
Gastroenterologisk kirurgi	14 (66,7)	7 (33,3)	5	<5
Øre-nese-halssykdommer	40 (46,5)	46 (53,5)	<5	5
Føde	8 (42,1)	11 (57,9)	<5	<5
Annet	15 (75)	5 (25)	<5	<5
Generell indremedisin	<5	<5	<5	<5
Generell kirurgi	5	<5	<5	<5
Immunologi	10 (58,8)	7 (41,2)	<5	<5
Radiologi	0 (0)	<5	0 (0)	<5
Nevrokirurgi	<5	<5	0 (0)	<5
Geriatrici	<5	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Fysioterapi, kiropraktikk, rehabiliter.	<5	<5	0 (0)	0 (0)
Odontologi	<5	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nyfødtmedisin	<5	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Anestesiologi	<5	0 (0)	0 (0)	0 (0)

<sup>1</sup> Med hensyn til personvern er verdier mindre enn fem fremstilt som <5 og uten beregning av prosent.

## 6.2 Antall erstatningssaker og utvikling over tid

En gjennomgang av vedtak i NPE i perioden 2013 til 2022 viser at 5024 erstatningssaker var tilknyttet fastlegeordningen. 76 % av sakene fikk vedtak om avslag og 24 % fikk medhold. Fra tabell 6 ser vi at antall innmeldte saker per år var stabilt i tidsperioden som ble undersøkt.

**Tabell 5** Antall erstatningssaker.

Vedtak	Antall	Andel
Medhold	1207	24 %
Avslag	3817	76 %
<b>Totalsum</b>	<b>5024</b>	<b>100 %</b>

**Tabell 6** Antall erstatningssaker per år.

År	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Mottatte saker</b>	502	516	485	484	455	475	552	500	540	515

## 6.3 Forekomsten av pasientskader på regionalt nivå

Ved å justere for innbyggertallet i fylkene hadde Troms og Finnmark flest og Oslo hadde færrest erstatningssaker per 100 000 innbyggere. Forekomsten av pasientskader (vedtak om medhold) var høyest i Troms og Finnmark, Agder og Nordland, og lavest i Oslo, Rogaland og Viken. I Troms og Finnmark forekom det 36 pasientskader per 100 000 innbyggere. Til sammenligning forekom det 16,6 pasientskader per 100 000 innbyggere i Oslo.

**Tabell 7** Prevalensen av pasientskader per fylke. <sup>2</sup>

Fylke	Medhold		Alle erstatningssaker	
	Antall	Per 100 000*	Antall	Per 100 000*
Viken	236	19,6	1035	85,9
Vestland	127	20,2	521	83,1
Oslo	111	16,6	487	72,9
Trøndelag	118	25,7	473	103,1
Vestfold og Telemark	102	24,6	431	104,1
Rogaland	88	18,7	385	81,6
Troms og Finnmark	87	36	380	157,4
Agder	102	33,9	367	121,8
Innlandet	74	20	319	86,3
Nordland	89	29,5	317	131,7
Møre og Romsdal	73	27,8	309	117,5

<sup>2</sup> Per 100 000 er beregnet med gjennomsnittlig innbyggertall per fylke (se tabell 1).

## 6.4 Medisinske områder

Det var flest erstatningssaker innen det medisinske området svulster og kreftsykdommer. Det utgjorde 27% av alle innmeldte erstatningssaker og 34,4% av medholdsakene.

Medholdsprosenten var på 30,6. Det nest største medisinske område var ortopedi. Det utgjorde 18,7% av alle innmeldte erstatningssaker og 16,2% av medholdsakene.

Medholdsprosenten var på 20,9. Områdene nevrologi, hjertesykdommer og metabolsk forstyrrelser/endokrinologi utgjorde, sammen med svulster og kreftsykdommer og ortopedi, topp fem medisinske områder i medholdsaker. På fylkesnivå var det medisinske området svulster og kreftsykdommer størst, etterfulgt av ortopedi, hjertesykdommer eller nevrologi. Agder var eneste fylke med infeksjonssykdommer/venerologi på topp tre medisinske områder.

**Tabell 8** Medisinske områder i erstatningssaker i perioden 2013-2022. <sup>3</sup>

Medisinsk område	Medholdsaker	Andel	Alle erstatningssaker	Andel
Svulster og kreftsykdommer	415	34,4%	1355	27 %
Ortopedi	196	16,2 %	938	18,7 %
Nevrologi	102	8,5 %	431	8,6 %
Hjertesykdommer	90	7,5 %	307	6,1 %
Endokrinologi og metabolsk forstyrrelse	61	5,1 %	231	4,6 %
Psykatri /psykologi	56	4,6 %	460	9,2 %
Infeksjonssykdommer og venerologi	52	4,3 %	215	4,3 %
Karsykdommer	33	2,7 %	117	2,3 %
Fordøyelsesykdommer	30	2,5 %	170	3,4 %
Lungesykdommer	23	1,9 %	96	1,9 %
Øyesykdommer	19	1,6 %	67	1,3 %
Hudsykdommer	17	1,4 %	60	1,2 %
Nyresykdommer	17	1,4 %	47	0,9 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	16	1,3 %	88	1,8 %
Revmatologi	14	1,2 %	90	1,8 %
Allmenntmedisin	12	1 %	70	1,4 %
Blodsykdommer	12	1 %	32	0,6 %
Urologi	8	0,7 %	53	1,1 %
Øre-nese-halssykdommer	7	0,6 %	86	1,7 %
Gastroenterologisk kirurgi	7	0,6 %	21	0,4 %
Føde	6	0,5 %	19	0,4 %
Annet	<5	-	20	0,4 %
Generell indremedisin	<5	-	6	0,1 %
Immunologi	<5	-	17	0,3 %
Generell kirurgi	<5	-	9	0,2 %

<sup>3</sup> Med hensyn til personvern er verdier mindre enn fem fremstilt som <5 og uten beregning av prosent.

Nevrokirurgi	<5	-	6	0,1 %
Radiologi	<5	-	<5	-
Geriatrici	<5	-	<5	-
Fysioterapi, kiropraktikk, rehabilitering	0	0 %	<5	-
Odontologi	0	0 %	<5	-
Nyfødtmedisin	0	0 %	<5	-
Anestesiologi	0	0 %	<5	-
<b>Totalsum</b>	<b>1207</b>	<b>100 %</b>	<b>5024</b>	<b>100 %</b>

**Tabell 9** Topp tre medisinske områder i medholdsaker i hvert fylke.

<b>Fylke</b>	<b>Antall</b>	<b>Andel</b>
Viken	236	100 %
Svulster og kreftsykdommer	75	31,8 %
Ortopedi	44	18,6 %
Nevrologi	22	9,3 %
Vestland	127	100 %
Svulster og kreftsykdommer	34	26,8 %
Ortopedi	21	16,5 %
Hjertesykdommer	11	8,7 %
Trøndelag	118	100 %
Svulster og kreftsykdommer	40	33,9 %
Ortopedi	20	16,9 %
Nevrologi	11	9,3 %
Oslo	111	100 %
Svulster og kreftsykdommer	41	36,9 %
Ortopedi	13	11,7 %
Nevrologi	10	9 %
Vestfold og Telemark	102	100 %
Svulster og kreftsykdommer	38	37,3 %
Ortopedi	12	11,8 %
Nevrologi	9	8,8 %
Agder	102	100 %
Svulster og kreftsykdommer	41	40,2 %
Ortopedi	19	18,6 %
Infeksjonssykdommer og venerologi	8	7,8 %
Nordland	89	100 %
Svulster og kreftsykdommer	35	39,3 %
Ortopedi	12	13,5 %
Hjertesykdommer	8	9 %
Rogaland	88	100 %
Svulster og kreftsykdommer	29	33 %
Hjertesykdommer	11	12,5 %
Ortopedi / Nevrologi	10	11,4 %
Troms og Finnmark	87	100 %
Svulster og kreftsykdommer	26	29,9 %



Ortopedi	25	28,7 %
Nevrologi	8	9,2 %
Innlandet	74	100 %
Svulster og kreftsykdommer	24	32,4 %
Ortopedi	10	13,5 %
Hjertesykdommer / Nevrologi	8	10,8 %
Møre og Romsdal	73	100 %
Svulster og kreftsykdommer	32	43,8 %
Ortopedi	10	13,7 %
Hjertesykdommer	6	8,2 %
<b>Totalsum</b>	<b>1207</b>	<b>100 %</b>

### 6.5 Årsaker til medhold

Den vanligste årsaken til medhold var svikt i diagnostikk (70,3%). Det betyr at diagnosen var stilt feil eller for sent. Forsinket diagnostikk utgjorde størstedelen av sakene med svikt i diagnostikk (96,7%). De tre største årsakene til forsinket diagnostikk var at funn ikke ble fulgt opp/mangelfull utredning (32,8%), at pasienten burde vært henvist tidligere (31,6%) og at det ikke ble rekvirert prøve/undersøkelse (21,1%).

Svikt i behandling var årsaken til medhold i 24,1% av sakene. Det vil si at behandlingen var mangelfull, forsinket eller feil. De to største grunnene til behandlingssvikt var feilmedisinering (32%) og mangelfull behandling/oppfølging (24%). I resterende saker var årsaken til medhold smitte/infeksjon, unntaksbestemmelsen, informasjonssvikt eller vaksinasjon.

Samme mønster ble observert i fylkene. Forsinket diagnostikk var den vanligste årsaken til medhold, etterfulgt av svikt i behandling. I resterende saker var årsaken til medhold enten smitte/infeksjon, unntaksbestemmelse og/eller informasjonssvikt.

**Tabell 10** Årsaker til medhold i perioden 2013-2022.<sup>4</sup>

Årsak til medhold	Antall	Andel
Svikt i diagnostikk	881	73,0 %
671 - Forsinket diagnostikk	852	70,6 %
646 - Mangelfull behandling/oppfølging	14	1,2 %
670 - Feil diagnostikk	9	0,7 %
645 - Behandling ikke utført til riktig tid (unntatt medisinering)	<5	-
654 - Forsinket postoperativ diagnostikk	<5	-
604 - Forstyrrelse av sirkulasjon	<5	-

<sup>4</sup> Med hensyn til personvern er verdier mindre enn fem fremstilt som <5 og uten beregning av prosent.

650 - Funksjonsforstyrrelse	<5	-
Svikt i behandling	291	24,1 %
672 - Feilmedisinering	93	7,7 %
646 - Mangelfull behandling/oppfølging	70	5,8 %
674 - Manglende/forsinket medisinering	19	1,6 %
672.0 - Feilmedisinering - feil dose	14	1,2 %
672.2 - Feilmedisinering - medisinert for lang tid	13	1,1 %
610 - Lokal infeksjon	10	0,8 %
672.5 - Feilmedisinering - skulle ikke vært medisinert	9	0,7 %
645 - Behandling ikke utført til riktig tid (unntatt medisinering)	8	0,7 %
630 - Lokal vevsskade (perforasjoner, nekroser, strålebeh.,tannskader)	8	0,7 %
672.4 - Feilmedisinering - feil legemiddel	7	0,6 %
674.0 - Medisinering ikke startet opp	5	0,4 %
640 - Blødning, blodpropp (trombose/emboli), blodansamling (hematom)	<5	-
620 - Lokal nerveskade	<5	-
647 - Behandling ikke utført på riktig måte	<5	-
650 - Funksjonsforstyrrelse	<5	-
660 - Smerter	<5	-
673 - Bivirkning	<5	-
680 - Psykiske plager	<5	-
604 - Forstyrrelse av sirkulasjon	<5	-
671 - Forsinket diagnostikk	<5	-
648 - Behandling skulle ikke vært utført	<5	-
631 - Ikke forventet estetisk resultat	<5	-
635 - Tap av kroppsdel/organ	<5	-
674.1 - Medisinering startet opp for seint	<5	-
691 - Dekning av utgifter til behandling	<5	-
652 - Forsinket tilheling	<5	-
656 - Mangelfull/manglende informasjon	<5	-
Smitte/infeksjon	23	1,9 %
610 - Lokal infeksjon	15	1,2 %
690 - Annen eller ukjent form for skadetype	5	0,4 %
647 - Behandling ikke utført på riktig måte	<5	-
601 - Generell infeksjon (blodforgiftning/sepsis)	<5	-
Unntaksbestemmelsen	8	0,7 %
673 - Bivirkning	7	0,6 %
620 - Lokal nerveskade	<5	-
Vaksinasjon	<5	-
673 - Bivirkning	<5	-
647 - Behandling ikke utført på riktig måte	<5	-
Informasjonssvikt	<5	-
656 - Mangelfull/manglende informasjon	<5	-
630 - Lokal vevsskade (perforasjoner, nekroser, strålebeh.,tannskader)	<5	-
<b>Totalsum</b>	<b>1207</b>	<b>100,0 %</b>

**Tabell 11** Årsaker til forsinket diagnostikk. <sup>5</sup>

Årsaker til forsinket diagnostikk	Antall	Andel
844 - Funn ikke fulgt opp/mangelfull utredning	280	32,8 %
849 - Burde vært henvist/henvist tidligere	270	31,6 %
848 - Ikke rekvirert prøve/undersøkelse	180	21,1 %
840 - Forlagt/oversett prøvesvar/henvisning	34	4 %
842 - Feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse	27	3,2 %
843 - Feiltolkning av symptomer i akutsituasjon	26	3 %
847 - Kommunikasjonssvikt	21	2,5 %
845 - Feil/feil utført undersøkelse/prøve	7	0,8 %
859 - Annet	<5	-
850 - Mangelfull journalføring - diagnostikk	<5	-
846 - Undersøkt feil sted på kroppen	<5	-
819 - Ufullstendig/ikke igangsatt behandling/undersøkelse	<5	-
<b>Totalsum</b>	<b>854</b>	<b>100 %</b>

**Tabell 12** Årsaker til medhold i hvert fylke. <sup>6</sup>

Fylke	Antall	Andel
Viken	236	100 %
Svikt i diagnostikk	165	69,9 %
Svikt i behandling	65	27,5 %
Smitte/infeksjon	5	2,1 %
Informasjonssvikt	<5	-
Vestland	127	100 %
Svikt i diagnostikk	87	68,5 %
Svikt i behandling	37	29,1 %
Smitte/infeksjon	<5	-
Unntaksbestemmelsen	<5	-
Trøndelag	118	100 %
Svikt i diagnostikk	79	66,9 %
Svikt i behandling	36	30,5 %
Smitte/infeksjon	<5	-
Oslo	111	100 %
Svikt i diagnostikk	78	70,3 %
Svikt i behandling	30	27 %
Smitte/infeksjon	<5	-
Vestfold og Telemark	102	100 %
Svikt i diagnostikk	76	74,5 %
Svikt i behandling	22	21,6 %
Vaksinasjon	<5	-
Unntaksbestemmelsen	<5	-
Smitte/infeksjon	<5	-

<sup>5</sup> Med hensyn til personvern er verdier mindre enn fem fremstilt som <5 og uten beregning av prosent.

<sup>6</sup> Med hensyn til personvern er verdier mindre enn fem fremstilt som <5 og uten beregning av prosent.

Agder	102	100 %
Svikt i diagnostikk	81	79,4 %
Svikt i behandling	19	18,6 %
Unntaksbestemmelsen	<5	-
Smitte/infeksjon	<5	-
Nordland	89	100 %
Svikt i diagnostikk	70	78,7 %
Svikt i behandling	16	18 %
Smitte/infeksjon	<5	-
Rogaland	88	100 %
Svikt i diagnostikk	70	79,5 %
Svikt i behandling	17	19,3 %
Smitte/infeksjon	<5	-
Troms og Finnmark	87	100 %
Svikt i diagnostikk	63	72,4 %
Svikt i behandling	19	21,8 %
Unntaksbestemmelsen	<5	-
Smitte/infeksjon	<5	-
Innlandet	74	100 %
Svikt i diagnostikk	55	74,3 %
Svikt i behandling	16	21,6 %
Informasjonssvikt	<5	-
Unntaksbestemmelsen	<5	-
Smitte/infeksjon	<5	-
Møre og Romsdal	73	100 %
Svikt i diagnostikk	57	78,1 %
Svikt i behandling	14	19,2 %
Unntaksbestemmelsen	<5	-
Smitte/infeksjon	<5	-
<b>Totalsum</b>	<b>1207</b>	<b>100 %</b>

## 6.6 Skadeomfanget i medholdsaker

Resultatene i denne studien viser at svikt i ytelsen i helsehjelpen kan gi alvorlige konsekvenser for pasientene. I de 1207 medholdsakene var det registrert død i 12,7% og prognosetap i 17,1% av sakene. I øvrige 70,2% av sakene var det registrert en varig eller forbigående skade (tabell 13). Fra tabell 14 kan vi se at forsinket diagnostikk var årsaken til død eller prognosetap i 37,6% av medholdsakene. Innen området svulster og kreftsykdommer var konsekvensen for pasientene død i 19% av medholdsakene og prognosetap i 49,6% av medholdsakene. Død var en konsekvens i underkant av en tredjedel av medholdsakene innen området hjertesykdommer.

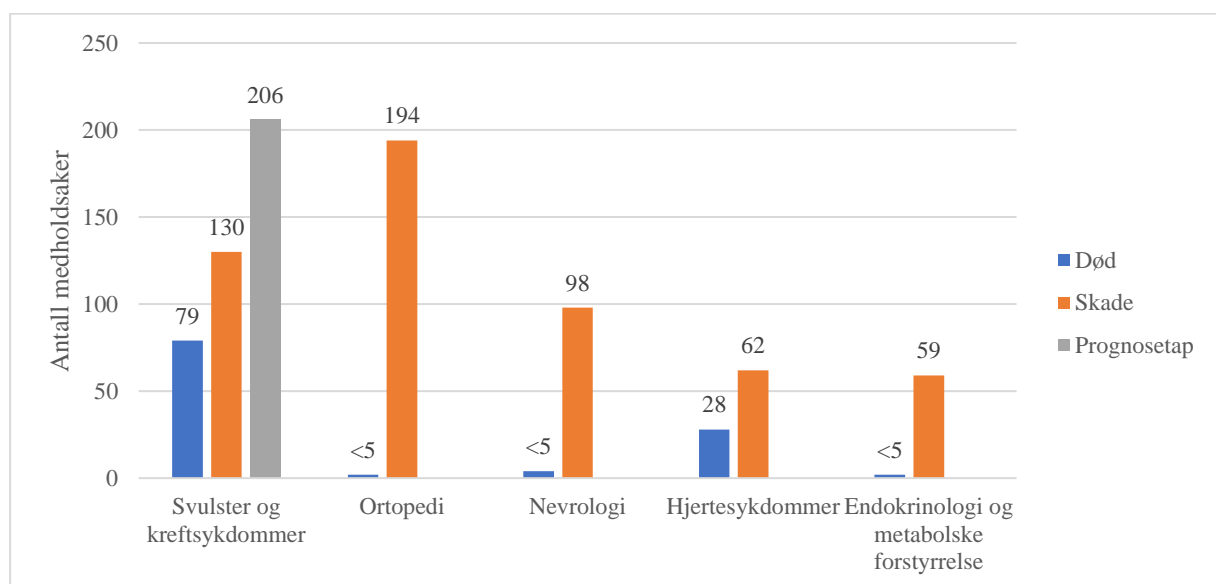
**Tabell 13** Skadeomfang i medholdsaker

<b>Skadeomfang - medholdsaker</b>	<b>Antall</b>	<b>Andel</b>
Forbigående eller langvarig skade	847	70,2 %
Prognosestap	207	17,1 %
Død	153	12,7 %
<b>Totalsum</b>	<b>1207</b>	<b>100 %</b>

**Tabell 14** Skadeomfang som følge av forsinket diagnostikk

<b>Skadeomfang - forsinket diagnostikk</b>	<b>Antall</b>	<b>Andel</b>
Forbigående eller langvarig skade	533	62,4%
Prognosestap	203	23,8 %
Død	118	13,8 %
<b>Totalsum</b>	<b>854</b>	<b>100 %</b>

**Diagram 1** Skadeomfang innen topp fem medisinske områder i medholdsaker. <sup>7</sup>



<sup>7</sup> Med hensyn til personvern er verdier mindre enn fem fremstilt som <5.

## 7 Diskusjon

I dette kapitlet blir det først presentert en oppsummering av studiens hovedfunn. Videre vil resultatene bli drøftet mot eksisterende empiri og teori. Avslutningsvis vil styrker og svakheter med studiens metode bli vurdert i et eget underkapittel.

### 7.1 Oppsummering av studiens hovedfunn

Sett ut ifra NPE sine vedtak, er det største problemet i fastlegetjenesten forsinket diagnostisering. Det kan gi alvorlige konsekvenser for pasientene. Forsinkelsen førte i 26,6% av medholdsakene til forkortet levetid (prognosetap) eller død. Det medisinske området svulster og kreftsykdommer utmerket seg med en overvekt av tilfellene med forkortet levetid eller død. Sett i sammenheng med innsatsen for å øke overlevelsen etter kreft, er funnene i denne studien alvorlige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s.25). Svikt hos fastlegen er i tillegg samfunnsøkonomisk kostbart, og tilsvarer en utbetaling på over 810 millioner kroner fra NPE i tidsperioden som ble undersøkt.

Denne studien er en av de første hvor regionale forskjeller i pasientskader i fastlegeordningen blir undersøkt. På regionalt nivå var det meldt inn flest pasientskader i Viken og færrest i Møre og Romsdal. Ved å justere for innbyggertallet i fylkene ser vi at det oppstod flest pasientskader per 100 000 i Troms og Finnmark, Agder og Nordland. Det oppstod færrest pasientskader per 100 000 i Oslo, Viken og Rogaland. I alle fylker var tre medisinske områder på topp: svulster og kreftsykdommer, ortopedi og hjertesykdommer eller nevrologi. Unntaket var Agder med infeksjonssykdommer/venerologi på topp tre medisinske områder.

### 7.2 Hvem søker erstatning for pasientskade?

Denne studien avdekker at kvinner og menn meldte inn omtrentlig like mange pasientskader tilknyttet fastlegeordningen. Til sammenligning viser statistikk fra SSB at kvinner i snitt har 1,2 flere konsultasjoner i året enn menn (Statistisk sentralbyrå, 2022a). Det var variasjon mellom kjønnene når det gjaldt hvilke medisinske områder de søkte erstatning for. Kvinnelige erstatningssøkere var i flertall innen endokrinologi og metabolsk forstyrrelser og fødselshjelp og kvinnesykdommer. Menn var i flertall når det gjaldt hjertesykdommer. Noe av denne forskjellen kan trolig forklares av at sykdommene rammer kjønnene ulikt. For eksempel rammer hjerte- og karsykdommer flere menn enn kvinner, og menn hadde 60% flere konsultasjoner hos fastlegen for hjertesykdom i 2021 (Hjerte- og karregisteret, u.å.; Statistisk

sentralbyrå, 2022a). Fødselshjelp og kvinnesykdommer rammer på sin side i all hovedsak kvinner. Hovedtyngden av erstatningssøkere var mellom 20-69 år, og aldersgruppen 40-49 år var samlet størst med 19,9% av søkerne. Til sammenligning viser statistikk fra SSB at befolkningens gjennomsnittlige bruk av fastlegetjenester øker med alderen. Bruken er størst blant de eldste i befolkningen, og aldersgruppen 80-89 år hadde flest gjennomsnittlig antall konsultasjoner per person for året 2021 (Statistisk sentralbyrå, 2022a). Dette kan indikere at de som benytter erstatningsordningen er yngre enn de som benytter fastlegetjenesten mest. En forklaring på det kan være at de eldste i befolkningen kanskje har færre ressurser tilgjengelig for å søke erstatning, sammenlignet med de som er yngre. Det kan også indikere at pasientskader nødvendigvis ikke rammer de som mottar mest helsehjelp hos fastlegen. Det vil si at andre forhold i fastlegeordningen kan påvirke forekomsten av pasientskader. Det er samtidig viktig å poengtere at denne studien kun gjenspeiler antall innmeldte pasientskader fra pasienter og pårørende, og ikke det reelle antallet pasientskader i fastlegeordningen.

Antall innmeldte erstatningssaker og erstatningsutbetalinger øker årlig i NPE, og veksten i saksmengde kan tyde på at flere i befolkningen blir klar over sine rettigheter og benytter seg av erstatningsordningen (Norsk pasientskadeerstatning, 2022d, s.24). Funn i denne studien viser imidlertid at årlig saksmengde tilknyttet fastlegetjenesten har vært stabil i perioden 2013 til 2022. Det står i kontrast til at antall konsultasjoner hos fastlegen i perioden 2010 til 2019 har hatt en svak økning (Bakken, 2018, s.5; Helsedirektoratet, 2019a, s.5). Overnevnte funn kan indikere at erstatningsordningen ikke er like kjent blant pasienter i fastlegeordningen. Vi vet imidlertid lite om årsaken til den observerte variasjonen.

En mulig forklaring kan være at innmeldingen av erstatningssaker avhenger av at pasientene kjenner til muligheten for å søke om erstatning. En forutsetning for at pasienter melder inn en pasientskade er at de får informasjon om det. Fastlegene er etter norsk lov ansvarlige for å informere om erstatningsordningen og retten til å klage når det oppstår en pasientskade (Helsepersonelloven, 2001; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Vi vet imidlertid lite om fastlegene etterlever denne plikten. Det kan være flere faktorer som spiller inn. En forutsetning for at pasientene blir informert er at fastlegene har god nok kjennskap til informasjonsplikten og erstatningsordningen. For det andre avhenger det av om fastlegene har oppfattet at det har skjedd en feil som har resultert i en pasientskade. For det tredje vil tidspunktet skaden ble oppdaget på ha betydning for om pasienten blir informert. Ikke alle pasientskader er synlige umiddelbart (Vincent, 2010, s.98). Det kan tenkes at det er særlig

gjeldene i fastlegetjenesten hvor kontakten mellom fastlege og pasient er begrenset, både konsultasjonstiden og antall konsultasjoner gjennom året.

En annen forklaring kan være at innmeldingen av erstatningssaker avhenger av at pasientene benytter seg av muligheten til å søke om erstatning. Pasient- og brukerombudets årsrapport viser at informasjon om klagemuligheter og hvordan gå fram for å klage, kan være vanskelig å oppdrive for deler av befolkningen (Bruvik, 2022, s.16). Helsekompetanse beskriver befolkningen sin kompetanse til å få tilgang til, vurdere og anvende helseinformasjon, og lav helsekompetanse er for eksempel mer vanlig blant de med kort utdanning (Syse et al., 2022). Denne studien inkluderer ikke utdanningsnivå, og vi kan av den grunn ikke avdekke om det påvirker hvem som anvender erstatningsordningen til NPE. Det er likevel en forklaring som ikke kan utelukkes.

Et annet funn av interesse er at antall innmeldte erstatningssaker varierer mellom fylkene. En forklaring på variasjonen kan være faktumet at det er stor variasjon i innbyggertallet i fylkene (Christiansen, 2022). Det er grunn til å anta at fylker med flere innbyggere vil ha flere innmeldte erstatningssaker, noe denne studien bekrefter. Når vi sammenligner fylker med omtrentlig likt innbyggertall, er det likevel en variasjon. Troms og Finnmark og Nordland har i tidsperioden et nokså likt innbyggertall. Antallet innmeldte erstatningssaker varierer dog med 66 saker. Samme tendens er observert mellom Trøndelag og Rogaland, hvor Trøndelag har 88 flere saker. Vi vet lite om årsaken til det.

Samlet sett kan overnevnte funn indikere at bruken av erstatningsordningen avhenger av faktorer både ved pasienten og fastlegen. Det samsvarer med SEIPS-modell som illustrerer at interaksjoner mellom personer i arbeidssystemet kan påvirke prosesser, i denne sammenheng hvem som søker erstatning for pasientskade (Carayon et al., 2006).

### 7.3 Årsaker til medhold

Forsinket diagnostikk utmerker seg som den største årsaken til pasientskade i denne studien. For i underkant av en tredjedel av pasientene har forsinkelsen gitt alvorlige konsekvenser som død eller forkortet levetid. Helsetilsynet (2022, s.14) poengterer at forsinket diagnostisering utgjør en risiko for svikt i helsehjelpen hos fastlegen. Det gjenspeiler funnene i denne studien. Sett i lys av at en stor andel av befolkningen er i kontakt med fastlegen årlig, er det viktig å avdekke forhold ved fastlegeordningen som kan bidra til forsinket diagnostikk og utviklingen



av pasientskade (Texmon, 2022). Det kan belyse områder for forbedring, noe som er viktig for å redusere konsekvensene for pasientene og kostnadene for samfunnet.

### 7.3.1 Høy arbeidsbelastning

Fastlegene har de siste årene opplevd en økning i arbeidsbelastning og flere fastleger opplever arbeidssituasjonen som uhåndterbar (Ey og Vista Analyse, 2019, s.III; Hoff et al., 2023, s.8; Telle et al., 2023, s.53). Samhandlingsreformen har økt forventningene til kommunene, og i tråd med BEON-prinsippet blir oppgaver forskjøvet til fastlegene når det er mest effektivt og til det beste for pasienten (St.meld. nr 47 (2008-2009), s.27). I tillegg har medisinfaglig teknologisk utvikling økt mulighetsrommet ved fastlegekontorene, og prosedyrer som tidligere krevde sykehusinnleggelse, kan nå gjennomføres hos fastlegen (Ey og Vista Analyse, 2019, s.186). Samtidig blir befolkningen eldre og det kan være grunn til å tro at fastlegene får ansvar for en stadig større populasjon av eldre med flere syke (Christiansen, 2022). Samlet sett kan det være en forklaring på hvorfor fastlegene sitt ansvar og oppgaver har økt.

Høy arbeidsbelastning kan bidra til at fastlegenes ønskede kvalitet på pasientbehandlingen ikke blir opprettholdt (Ey og Vista Analyse, 2019, s.119). I studien til Harbitz et al. (2022) ble det identifisert som en risikofaktor på systemnivå som kan lede til medisinske feil og skader på fastlegekontoret i rurale områder. Det samsvarer med SEIPS-modell som illustrerer at jobbkrav kan påvirke arbeidsprosesser ved fastlegekontoret og utfall for pasienten (Carayon et al., 2006). Funnene i denne studien kan antyde at det gir forsinket diagnostisering av pasienter hos fastlegen, mer spesifikt at funn ikke blir fulgt opp, at prøver og undersøkelser ikke blir rekvirert og at pasienter ikke blir henvist i tide. Det kan påvirke kvaliteten i form av at pasienter ikke blir tilbudt rett tjeneste til rett tid (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.24). Det er samtidig viktig å påpeke at denne studien ikke undersøker fastlegene sin arbeidsmengde, og en kan derfor ikke konstatere at det er en årsak til pasientskader hos fastlegen. Det er likevel en forklaring som ikke kan utelukkes.

### 7.3.2 Kontinuitet

En forutsetning for å gi riktig helsehjelp er å kjenne pasienten og pasientens helsehistorikk. Relasjonen mellom fastlege og pasient er nøkkelen til god kvalitet, sikkerhet og en effektiv primærhelsetjeneste (Kuriakose et al., 2020). Studien til Sandvik et al. (2022) bekrefter viktigheten av den personlige relasjonen mellom fastlege og pasient. Pasienter som har hatt samme fastlege i mer enn 15 år, har 25% lavere risiko for å dø og 28% lavere sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus, sammenlignet med pasienter som har hatt samme fastlege i ett år eller mindre (Sandvik et al., 2022). I tillegg finner tidligere forskning at lav kontinuitet i

relasjonen mellom fastlege og pasient er assosiert med økt sannsynlighet for akutte sykehusinnleggelse, legevaktbesøk og dødelighet (Hansen et al., 2013). I overensstemmelse med SEIPS-modell kan det se ut til at kontinuitet i relasjonen mellom fastlege og pasient påvirker kvaliteten på behandlingen og sikkerheten til pasienten (Carayon et al., 2006). Med andre ord kan det være en faktor som påvirker utviklingen av pasientskader i fastlegeordningen. Stabilisering av fastlegeordningen bør derfor prioriteres, slik at fastlegene blir i sine stillinger. Det kan skape rom for å utvikle en stabil og trygg relasjon mellom fastlege og pasient.

### 7.3.3 Kapasitet- og samhandlingsutfordringer

Fastlegene har en viktig portvokterfunksjon og regulerer bruken av andre helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023; Kuriakose et al., 2020). Flere pasienter opplever imidlertid at fastlegene sin tilgjengelighet er for dårlig, og beskriver at ventetiden for time er for lang (Norman et al., 2022, s.48). Antall fastleger dekker ikke innbyggerbehovet og flere innbyggere står på liste uten fastlege (Ey og Vista Analyse, 2019, s.94; Telle et al., 2023, s.8). Helsetilsynet beskriver manglende kapasitet i fastlegeordningen som et underliggende problem. Det påvirker pasientstrømmen i helsetjenesten, og resulterer i at pasienter som opprinnelig ville oppsøkt fastlegen ser seg nødt til å kontakte legevakt eller akuttmottak. Det øker presset på de akutte helsetjenestene, og helsetilsynet ser eksempler på at pasienter med behov for akutt helsehjelp ikke får hjelpen de trenger til rett tid (Helsetilsynet, 2022, s.7). Forsinket helsehjelp kan gi alvorlige konsekvenser for pasientene, noe denne studien bekrefter. Pasienter kan risikere å få en pasientskade, og i sin verste konsekvens forkortet levetid eller død, som følge av forsinket diagnostikk hos fastlegen. Samtidig viser ekspertutvalgets gjennomgang av allmennlegetjenesten fra 2023 at pasienter på lister uten fastlege har nesten like mange konsultasjoner per år som pasienter med fastlege. De konsulterer en vikar eller en annen fastlege, og har ikke flere legevaktbesøk enn pasienter med fastlege (Telle et al., 2023, s.9) Det kan indikere at det også er andre forhold på systemnivå som påvirker risikoen for pasientskade.

### 7.3.4 Kompetansen til fastlegene

Det medisinske området kreft og svulstsykdommer utmerker seg i denne studien, og utgjorde litt over en tredjedel av medholdsakene. Det er viktig å fange opp kreft i en tidlig fase slik at pasienter unngår unødig forsinkelse i behandlingsforløpet og for tidlig død (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.10-11). Fastlegene er ofte pasientens første kontakt inn mot helsetjenestene og skal i samsvar med BEON-prinsippet vurdere hvilket omsorgsnivå som er

mest effektivt og til det beste for pasienten. Ved mistanke om kreftsykdom skal de basert på faglig kompetanse gjøre riktig vurdering om pasienten har behov for spesialist eller om fastlegen kan gjøre jobben like godt selv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023; Helsedirektoratet, 2019b; St.meld. nr 47 (2008-2009), s.15; Telle et al., 2023, s.119). Fastlegene kan gjøre to typer feil i en slik vurdering. De kan enten henvise pasienter unødvendig, noe som resulterer i unødvendig ressursbruk, eller så kan pasienter som burde vært henvist, ikke bli det. Det kan gi et helsetap for pasienten og kanskje mer ressursbruk ved at behandlingen blir mer omfattende når diagnosen blir stilt for sent (Telle et al., 2023, s.119). Funnene i denne studien viser at i overkant av en femtedel av pasientene med forsinket diagnose burde vært henvist tidligere. Det kan gi alvorlige konsekvenser for pasientene, spesielt innen det medisinske området svulster og kreftsykdommer, hvor andelen tilfeller av død og forkortet levetid er høyest.

Fastlegene sin portvokterfunksjon baserer seg på at diagnosen blir stilt presist (Telle et al., 2023, s.119). For alle krefttyper er det utarbeidet egne diagnoseveiledere for fastlegene, hvor det er beskrevet hvilke symptomer og funn som tilsier henvisning til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019b). Likevel viser Ey og Vista Analyse at 72% av fastlegene fra Trønderopprørets undersøkelser er uenige i at de har den kompetansen som trengs tilknyttet kreftoppfølging (Ey og Vista Analyse, 2019, s.59). I tillegg viser tall fra Helsedirektoratet at 20% av vikarene i fastlegeordningen ikke oppfyller kravene til kompetanse i forskrift om kompetansekrav for leger (Forskrift om kompetansekrav for leger, 2017, §3; Helsedirektoratet, 2022b). Det kan muligens forklare noe av grunnen til at det medisinske området kreft og svulstsykdommer utmerker seg med flest pasientskader i denne studien.

Sett i lys av SEIPS-modell kan fastlegene sin mulighet til å oppfylle kompetansekravene være påvirket av flere forhold i fastlegeordningen. Samhandlingsreformen har resultert i at fastlegene har fått oppgaver som krever en form for spisskompetanse innenfor et bredt faglig spekter (Ey og Vista Analyse, 2019, s.186). Dessuten ønsker flere fastleger mer tid per pasient, noe som kan tyde på at flere pasienter har komplekse problemstillinger som krever mer enn det som er håndterbart innenfor normal konsultasjonstid (Ey og Vista Analyse, 2019, s.119). Videre blir tid og økonomi beskrevet som et hinder for faglig utvikling (Ey og Vista Analyse, 2019, s.81). I kombinasjon vil det trolig påvirke fastlegene sin mulighet til å tilegne seg den kompetansen som kreves. Det kan gi alvorlige konsekvenser for pasientene, noe denne studien tyder på. Av den grunn er det viktig å sikre fastlegene rammebetingelser som

gir rom for faglig utvikling. Det kan kanskje bidra til å sikre virkningsfulle tjenester, hvor arbeidsprosesser som diagnostikk og utredning er basert på beste kliniske praksis.

### 7.3.5 Finansiering av fastlegeordningen

Et organisatorisk forhold som kan påvirke utviklingen av pasientskader er i SEIPS-modell finansieringen av fastlegeordningen (Carayon et al., 2006). Fastlegeordningen skiller seg fra andre helsetjenester ved at de fleste fastleger er selvstendig næringsdrivende og blir integrert i det offentlige kommunale helsetilbudet gjennom egne fastlegeavtaler. Kommunene er ansvarlige for å etablere fastlegeavtaler og ansette fastleger som dekker innbyggerbehovet i sin kommune (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.38, s.55). Antall fastleger dekker imidlertid ikke innbyggerbehovet i dag og flere pasienter står på liste uten en fastlege (Gaardsrud, 2020, s.15; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.14). Videre påvirker utformingen av finansieringsordningen inn på fastlegens inntekter. Det gir prioriteringsinsentiver for hvilke oppgaver som blir prioritert og pasientgjennomstrømningen (Ey og Vista Analyse, 2019, s.27). Det kan indikere at den økonomiske rammen påvirker fastlegens arbeidsprosesser, noe som kan være med på å forklare utviklingen av pasientskader i fastlegeordningen.

### 7.3.6 Pasientsikkerhetskultur og kvalitetsarbeid ved fastlegekontorene

Et annet organisatorisk forhold i SEIPS-modell er pasientsikkerhetskultur. Denne studien undersøker innmeldte erstatningssaker fra pasienter og deres pårørende, og gjenspeiler ikke hendelser som fastlegene selv har meldt inn. Pasientsikkerhetskultur kan likevel ikke utelukkes fra diskusjonen. Kulturen for å forebygge, rapportere og lære av uønskede hendelser er viktig for å opprettholde pasientsikkerhetsarbeidet over tid (Aase, 2022, s.168). Ey og Vista Analyse påpeker at fastlegene har rutiner for internkontroll og kvalitetsarbeid på legekontoret, men at mangel på tid er den største hindringen for å arbeide med kvalitet på en strukturert måte. I en arbeidshverdag med høy arbeidsbelastning blir pasientrettet arbeid prioritert foran kvalitetsarbeid (Ey og Vista Analyse, 2019, s.119).

Samtidig er det viktig å poengtere at ledelsen er ansvarlig for å prioritere arbeidet med kvalitetsforbedring (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Ved kommunale legesentre hvor fastleger har nullavtaler, har kommunen et ledelsesansvar. Ved legesentre med selvstendignæringsdrivende leger i solopraksis, har ofte en lege det overordnede ansvaret for arbeidet med kvalitet. I dag er flest fastleger selvstendig næringsdrivende, og de utgjør 67% av fastlegebestanden (Ey og Vista Analyse, 2019, s.81;

Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.38; Helsedirektoratet, 2021). Det er likevel kommunen som har det overordnede ansvaret for kvalitet i alle helsetjenester kommunen tilbyr. Det inkluderer legesentre med selvstendig næringsdrivende leger. Etter lovverket er kommunene pliktig til å ha en oversikt over fastlegetjenesten kvalitetsforbedringsarbeid, deriblant uønskede hendelser og avvik (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, §6). Det er imidlertid stor variasjon knyttet til hvilken informasjon kommunene innhenter i kvalitetsarbeidet og hvor systematisk innsamlingen er. For eksempel hevder kommunene at det er vanskelig å be næringsdrivende fastleger om å rapportere data fra legekantoret. Årsaken til det er høy arbeidsmengde ved legekantorene og frykt for at kommunens etterspørsel etter kvalitetsdata skal bli oppfattet som kritikk (Ey og Vista Analyse, 2019, s.81). Dette eksempelet kan tyde på at det er en utydelig ansvarsfordeling mellom kommunene og fastlegene i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. I tillegg kan det illustrere at fastlegetjenesten ikke er godt nok integrert som en del av kommunehelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2016, s.57). Det er velkjent at en arbeidskultur hvor ledelsen og medarbeidere har eierskap til kvalitetsforbedring er viktig for å utvikle god kvalitet og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2018, s.8). Samlet sett kan det se ut til at det er utfordrende å skape en felles pasientsikkerhetskultur i arbeidet med kvalitetsforbedring ved fastlegekantorene, fordi fastlegeordningen ikke er godt nok integrert som en del av kommunehelsetjenesten. Det er imidlertid usikkerhet rundt denne tolkningen.

#### 7.4 Regionale forskjeller i forekomsten av pasientskader

Alle norske innbyggere skal ha tilgang på en fastlegetjeneste av god kvalitet uavhengig av hvor i landet en bor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.25; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1; Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.25) Det er kjent at det eksisterer geografiske forskjeller i kvaliteten i spesialisthelsetjenesten, men om dette gjelder kommunehelsetjenesten, deriblant fastlegeordningen, er lite kjent (Guldhaugen et al., 2021, s.93). Sett ut ifra NPE sine data avdekker denne studien at Troms og Finnmark, Nordland og Agder har en høyere andel pasientskader per 100 000 sammenlignet med Oslo, Rogaland og Viken som har færrest. Det kan indikere at det også eksisterer geografiske forskjeller i kvaliteten i fastlegetjenesten. Det kan det være flere årsaker til. De neste underkapitlene vil rette seg mot å drøfte forhold i fastlegeordningen som kan forklare den regionale forskjellen i forekomsten av pasientskader i Norge.

#### 7.4.1 Betydningen av en stabil fastlegestand

De nordlige fylkene Troms og Finnmark og Nordland har i denne studien en høyere andel pasientskader hos fastlegen. En rapport utgitt fra Helse Nord RHF viser at det var en klart høyere årlig gjennomtrekk i fastlegestillingene i nord enn i resten av landet (Hansen et al., 2019, s.76). Det samsvarer med Helsedirektoratets (2022e) fastlegestatistikk hvor Troms og Finnmark hadde lavest median avtalevarigheten på 5,3 år. Andelen pasienter som stod på liste uten fastlege var også høyest for disse to fylkene (Gaardsrud, 2020, s.15). Det er dokumentert at gjentatt vikarbruk for innbyggere som står på liste uten fastlege, kan påvirke kontinuiteten i relasjonen mellom fastlege og pasient (Helsedirektoratet, 2022c). Pasienter uttrykker også at hyppig vikarbruk for egen fastlege er utfordrende (Norman et al., 2022, s.55). Samtidig viser FHI sin rapport fra 2023 at innbyggere uten fastlege opplever kontinuitet, ved at en høy andel av konsultasjonene er hos samme vikarierende lege. Det er dog stor geografisk variasjon, der spesielt innbyggere i de minst sentrale kommunene opplever mindre kontinuitet (Delalic et al., 2023, s.19). På lignende vis identifiserte Harbitz et al. (2020) at hyppig vikarbruk er en risikofaktor for pasientskade i rurale områder i Norge. Det kan indikere at det er mer utfordrende å opprettholde en stabil fastlegestand i mindre sentrale deler av Norge, og at det kan påvirke kontinuiteten. Det kan være en forklaring på hvorfor det er en høyere andel pasientskader i de nordlige fylkene.

Et annet fylke som peker seg ut med en høyere forekomst av pasientskader er Agder. Statsforvalteren i Agder kom i 2022 med en tilstandsrapport som viser at Agder også har utfordringer med å beholde dagens fastleger og rekruttere nye (Lund & Aamlund, 2022, s.3). Det kan underbygge at en stabil fastlegestand er av betydning for å skape en trygg og sikker fastlegetjeneste. Samtidig viser pasienterfaringer i Agder at pasientene er fornøyde med fastlegen og fastlegekontoret. På fylkesnivå hadde Agder signifikant høyere gjennomsnittsskår på fire av fem indikatorer i undersøkelsen. Til sammenligning hadde Nordland, som også har en høyere forekomst av pasientskader per 100 000 i denne studien, lavest skår på alle indikatorer (Norman et al., 2022, s.25). Det kan være flere forklaringer på hvorfor funnene spriker, men en åpenbar grunn er at de måler ulike aspekter ved fastlegetjenesten. Statsforvalterens tilstandsrapport viser at kvaliteten og pasientsikkerheten i fastlegetjenesten i Agder er truet. Det kan funnene i denne studien understøtte. Det viser at pasienter kan være fornøyde med tjenestetilbudet, selv om andre indikatorer peker i retning av at tjenestene ikke er gode nok. Det illustrerer at kvalitet i fastlegeordningen kan være utfordrende å måle.

#### 7.4.2 Levekårsutfordringer

Et annet funn i studien, er at Agder er eneste fylke med det medisinske område infeksjonssykdommer og venerologi på topp tre. En mulig forklaring på det kan være levekårsutfordringer i fylket. Statsforvalteren i Agder har i sin tilstandsrapport påpekt at fastlegeordningen kan få konsekvenser for befolkningen i fylket, sett i lys av fylkets levekårsutfordringer (Lund & Aamland, 2022, s.6). Agder har sammenlignet med andre fylker, tatt imot et høyere absolutt antall ukrainske flyktninger. Flyktninger er en sårbar gruppe som står i risiko for å ikke få nødvendig helsehjelp, spesielt når det er lange ventelister på å få tildelt fastlege (Helsetilsynet, 2022, s.10; Lund & Aamland, 2022, s.6). I tillegg påpeker FHI at krig og konflikt, som krigen i Ukraina, kan føre til økning i forekomsten av infeksjonssykdommer (Bruun et al., 2022). Det kan være en forklaring på hvorfor infeksjonssykdommer og venerologi er mer utpreget i Agder.

Det er imidlertid flere begrensinger med denne forklaringen. For det første er tallgrunnlaget lite. Infeksjonssykdommer og venerologi utgjorde kun 8 av 102 medholdsaker i Agder i tidsperioden 2013 til 2022. Det er kjent at kun et mindretall av befolkningen sender klager til tilsynsmyndigheter (Lund & Aamland, 2022, s.4). Det er grunn til å tro at det også gjelder erstatningsordningen. Det kan påvirke hvilke medisinske områder som skiller seg ut. For det andre blir ikke alle pasientskader synlige umiddelbart etter en feil eller svikt (Vincent, 2010, s.98). Denne studien strekker seg over en tidsperiode som har lenger varighet enn krigen i Ukraina. Det er av den grunn mindre sannsynlig at eventuelle erstatningssaker fra ukrainske flyktninger er inkludert i denne studien. Samlet sett er det derfor stor usikkerhet hvorvidt levekårsutfordringene kommer til syne i denne studiens resultater. Det er større grunn til å tro at andre forhold i fastlegeordningen kan forklare funnet i Agder.

### 7.5 Metodediskusjon

I dette underkapittelet blir styrker og svakheter med studiens metode diskutert. Det inkluderer en diskusjon av forskningsmetode, studiedesign, forutforståelse, reliabilitet og indre og ytre validitet.

#### 7.5.1 Forskningsmetode og studiedesign

Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode er to ulike tilnæringer innen forskning. Kvantitativ forskningsmetode er egnet for å beskrive det målbare ved fenomenet og benytter kvantitative data i form av tall eller andre mengdetemer (Baldi & Moore, 2018). Kvalitativ

forskningsmetode er egnet for å forstå fenomenet og benytter kvalitative data i form av tekst (Malterud, 2017). Studiens formål var å undersøke prevalensen av pasientskader på regionalt nivå med statistikk fra NPE. Av den grunn var kvantitativ forskningsmetode et egnet metodevalg i denne studien.

Det eksisterer i dag lite kunnskap om omfanget av pasientskader i fastlegeordningen. Tversnittstudier egner seg for å beskrive forekomsten av et fenomen, ved et tidlig stadium når det eksisterer lite kunnskap og forskning (Webb et al., 2020, s.111). En styrke ved studien er derfor at studiedesignet er godt egnet for studiens formål. Videre er prevalensen beregnet over en periode på ti år. Det kan redusere sannsynlighet for at funnene som utmerker seg er tilfeldige. En svakhet med tversnittstudie som design er at det ikke kan fastslå kausalitet (Webb et al., 2020, s.111). Intensjonen med studien var imidlertid ikke å avdekke årsakssammenhenger, men heller å beskrive forhold ved fastlegeordningen som kan være assosiert med utviklingen av pasientskader.

#### 7.5.2 Forutforståelse

Et viktig aspekt å ta i betraktning er forskerens forutforståelse, det vil si oppfatningen av virkeligheten og verden vi lever i. Forutforståelse er basert på kunnskap og tidligere erfaringer, og kan påvirke hva som blir observert i studien og hvordan observasjonene blir vektlagt og tolket (Johannessen et al., 2016, s.35). Jeg er utdannet sykepleier og arbeider i helsevesenet. Det kan ikke utelukkes at min erfaring fra helsevesenet kan ha påvirket hvilke resultater som ble vektlagt og tolkningen av dem.

#### 7.5.3 Reliabilitet

Reliabilitet beskriver hvor pålitelige dataene i studien er og om de er reproducerbare. Det vil si om gjentakende målinger og vurderinger gir samme resultater (Bjørnnes & Gjevjon, 2019). Her vil det være aktuelt å se på bearbeidningen av datamaterialet i Excel. Under omkodingen av materialet kan det ha oppstått feil i registreringen. Det kan resultere i at funnene avviker fra den sanne verdien i utvalget (Webb et al., 2020, s.173). Feil ble kontrollert for ved å gjennomgå den manuelle omkodingen gjentatte ganger, slik at feilene ble oppdaget og rettet på. Det reduserer sannsynligheten for at studien er påvirket av bearbeidingsfeil, noe som styrker reliabiliteten. Likevel kan det ikke utelukkes helt at feil ikke har blitt oppdaget.

NPE sitt interne kodeverk ble revidert i juni 2020, og en del av 600-kodene ble tatt ut av bruk og erstattet av nye koder. Det vil si at klassifiseringen av årsaken til skade har endret seg i tidsperioden som ble undersøkt. Det kan påvirke hvilke årsaker som utmerker seg i denne



studien. 183 av 1207 medholdsaker er kodet med 600-koder som ikke er i bruk i dag. Det tilsvarer 15,2% av utvalget. NPE har tidligere undersøkt svikt i fastlegetjenesten i perioden 2012 til 2016. Resultatene i NPE sin undersøkelse peker i samme retning som funnene i denne studien (Norsk pasientskadeerstatning, 2019). Det kan tyde på at revideringen av kodeverket i mindre grad har påvirket resultatene i denne studien. I tillegg er 600-kodene som utmerker seg i denne studien beholdt som de var. Det inkluderer koden 671 - Forsinket diagnostikk, som er et av studiens hovedfunn. Det styrker sannsynligheten for at studiens funn er pålitelige.

#### 7.5.4 Intern validitet

Intern validitet beskriver i hvilken grad resultatene i studien er korrekte og representerer den sanne verdien i utvalget (Webb et al., 2020, s.212). I den sammenheng er det aktuelt å diskutere om datagrunnlaget er troverdig og om studiens resultater er påvirket av skjevheter (Webb et al., 2020, s. 161).

#### **Datagrunnlagets troverdighet**

NPE følger forvaltningsloven i behandlingen av erstatningssaker og benytter personell med høy faglig kompetanse i vurderingen av erstatningssaker (Forvaltningsloven, 1970). Det er en medisinsk sakkyndig med faglig bakgrunn som vurderer behandling som pasienten har fått og en saksbehandler utreder om pasienten har krav på erstatning. Det skal sikre habilitet og en upartisk vurdering av erstatningssakene (Norsk pasientskadeerstatning, 2022b). Det kan alltid skje feil, men med lovverket som rettslig grunnlag i saksbehandlingen er vedtakene i erstatningssakene i aller høyeste grad pålitelige. Dataene vurderes som valide for denne studien.

#### **Seleksjonsskjevhet**

Studiens resultater kan bli påvirket av hvordan og hvor mange deltakere som er inkludert i studien. Det kan utgjøre et problem i enkle deskriptive studier, som prevalens undersøkelser (Webb et al., 2020, s.161). Denne studien benytter registerdata fra NPE. En fordel med registerdata er fraværet av frafall, lav responsrate og unøyaktig eller uærlig svar (Folkestad, 2017, s.4). NPE har tydelige kriterier for vedtak om medhold, noe som reduserer risikoen for seleksjonsskjevhet i det analytiske utvalget. Videre er størrelsen på utvalget en styrke, ettersom større utvalg har mindre sannsynlighet for tilfeldige feil.

En svakhet ved studiet er at registerdata kun inneholder informasjon om populasjonen for et avgrenset område (Folkestad, 2017, s.3). Registeret til NPE viser kun pasientskader som er meldt inn av pasienter eller pårørende. Som diskutert tidligere er det grunn til å tro at det

forekommer pasientskader som ikke er meldt inn til NPE. Det kan også oppstå pasientskader som ikke oppfyller NPE sine kriterier for erstatning. De kommer ikke til syne i utvalget i denne studien. Det kan gi seleksjonsskjevhet og en systematisk forskjell mellom pasientskadene registrert hos NPE og den reelle forekomsten av pasientskader i fastlegeordningen.

Bruk av NPE sin statistikk er likevel et viktig bidrag til kunnskap om pasientskader, ettersom NPE inkluderer konsekvenser for pasientene og årsaker til skade og svikt. I tillegg har NPE tidligere gjennomført en undersøkelse for å se graden av samsvar mellom saker der pasienter har fått erstatning som følge av svikt i behandling og saker som er meldt i avvikssystemene ved sykehusene. Undersøkelsen viste relativt store ulikheter mellom hva sykehusene meldte som avvik og medholdsaker hos NPE, med en gjennomsnittlig samsvarsandel på 33% (Norsk pasientskadeerstatning, 2020). Det er dermed grunn til å tro at det også kan være tilfelle i fastlegeordningen. Bruk av NPE sin statistikk er derfor et viktig bidrag til analyser av pasientskader i fastlegeordningen.

### **Etterpåklokskap**

Et annet viktig aspekt å ta i betraktning er at datamaterialet er skilt fra den kliniske konteksten pasientskadene oppstod i. Etterpåklokskap er en form for skjevhet som beskriver tendensen vi mennesker har til å være mer kritisk og negativt innstilt til helsehjelpen som ble gitt i etterkant av en alvorlig hendelse (Vincent, 2010, s.51). Det kan ikke utelukkes at alvorlighetsgraden i erstatningssakene kan ha påvirket tolkningen av resultatene.

#### 7.5.5 Ekstern validitet

Ekstern validitet referer til om resultatene i studien er generaliserbare og gyldige under andre betingelser og for andre utvalg (Webb et al., 2020, s.222). Det ble årlig meldt inn mellom 455 og 540 erstatningssaker til NPE i perioden som ble undersøkt. Til sammenligning har den norske befolkning i gjennomsnitt tre konsultasjoner med fastlegen i året (Texmon, 2022). Derfor er det vanskelig å si om funnene er generaliserbare for den norske befolkningen sin kontakt med fastlegen. Videre vil det være utfordrende å generalisere funnene til andre kommunale helsetjenester fordi tjenestene er organisert ulikt. Sett i en større kontekst kan det være mulig å generalisere funnene til andre land med tilnærmet lik samfunnsstruktur og oppbygning i helsevesenet. Å generalisere resultatene til andre land med andre forhold skal en derimot være forsiktig med.

## 8 Konklusjon

Denne studien er en av de første som undersøker forekomsten av pasientskader i fastlegeordningen i Norge. I den forbindelse utviklingen over tid, regionale forskjeller, årsaker til medhold i erstatningssakene og hvilke medisinske områder som skiller seg ut i medholdsakene.

Med NPE sitt datagrunnlag, viser denne studien at antall innmeldte erstatningssaker tilknyttet fastlegeordningen har vært stabilt over tid. Det skiller seg fra faktumet at den årlige saksmengden hos NPE har økt. Det kan indikere at bruken av erstatningsordningen avhenger av faktorer både ved pasienten og fastlegen. For eksempel at pasienten har kjennskap til erstatningsordningen og ressurser til å søke erstatning. Videre vil tidspunktet skaden ble oppdaget på ha betydning for om fastlegen informerer om erstatningsordningen. Ikke alle pasientskader er synlige umiddelbart, og det kan tenkes at det særlig gjelder fastlegetjenesten hvor kontakten mellom fastlege og pasient er begrenset.

Alle innbyggere i Norge har rett på lik tilgang på fastlegetjenester av god kvalitet. Det er tidligere pekt på et behov for mer kunnskap når det gjelder forskjeller i tilgang på helsetjenester, noe funnene i denne studien bidrar med. Basert på NPE sine data avdekker denne studien regionale forskjeller i forekomsten av pasientskader i fastlegeordningen. Fylkene Troms og Finnmark, Nordland og Agder hadde en høyere forekomst av pasientskader enn ellers i landet. Det kan indikerer at kvaliteten på fastlegeordningen avhenger av hvor i landet en bor. Ettersom fastlegen møter store deler av befolkningen, vil det i et folkehelseperspektiv være viktig å sikre at befolkningen har likeverdig tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Det kan bidra til å styrke befolkningen sine forutsetninger for å ivareta egen helse.

En overordnet utfordring i alle fylker er forsinket diagnostisering. Det kan det være flere årsaker til. For eksempel kompetansen til fastlegene, lav kontinuitet, kapasitet- og samhandlingsutfordringer, høy arbeidsbelastning, finansiering av fastlegeordningen, pasientsikkerhetskultur, samt at fastlegeordningen ikke er godt nok integrert i kommunehelsetjenesten. Folkehelseloven poengterer at folkehelsearbeidet i norske kommuner skal fremme befolknings helse og bidra til å forebygge sykdom, skade eller lidelse. Sett i sammenheng med at fastlegen har en avgjørende rolle i det forebyggende arbeidet og skal identifisere sykdom ved et tidlig stadium, er funnene i denne studien urovekkende. Videre forskning på årsaker til forsinket diagnostisering hos fastlegen vil være viktig for å redusere

konsekvensene av pasientskade både for individet og samfunnet, spesielt for pasienter med mistanke om svulst og kreftsykdommer.

Denne studien belyser flere mulige forklaringer på forekomsten av pasientskader hos fastlegen. Det kan likevel være andre forklaringer som denne studien ikke undersøker. NPE er kun en av aktørene som gir innblikk i forekomsten av pasientskader og gjenspeiler kun antall innmeldte pasientskader fra pasienter og pårørende, og ikke det reelle antallet pasientskader i fastlegeordningen. Av den grunn vil det være viktig å forske videre på forekomsten av pasientskader hos fastlegen. Å undersøke andre aktører sitt datagrunnlag kan bidra til å gi en mer helhetlig oversikt over forekomsten av pasientskader i fastlegeordningen. Det vil være viktig i arbeidet med å sikre fastlegetjenester av god kvalitet i hele landet.

## Litteraturliste

- Arntzen, A., Bøe, T., Dahl, E., Drange, N., Eikemo, T. A., Elstad, J. I., Fosse, E., Krokstad, S., Syse, A., Sletten, M. A. & Strand, B. H. (2016). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse: Fagrådet for sosial ulikhet i helse*. Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalte-tiltak-mot-sosial-ulikhet-i-helse/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf/\\_attachme nt/inline/61dc43e0-cdc6-43a7-97aa-033087123180:16c32d7c42b3ed5a8fbfafc35742e986133a0749/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalte-tiltak-mot-sosial-ulikhet-i-helse/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf/_attachme nt/inline/61dc43e0-cdc6-43a7-97aa-033087123180:16c32d7c42b3ed5a8fbfafc35742e986133a0749/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf)
- Bakken, I. J. (2018). *Utvikling i bruk av fastlege og legevakt 2010-2017. Analysenotat i Samdata kommune*. (8/2018). Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-i-bruk-av-fastlege-og-legevakt/Utvikling%20i%20bruk%20av%20fastlege%20og%20legevakt%202010-2017.pdf/\\_attachment/inline/c7fa2caa-ccd9-45f3-b221-dbe710d02223:aa5041d66639ae395bb6c75f792855794112c5d1/Utvikling%20i%20bruk%20av%20fastlege%20og%20legevakt%202010-2017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-i-bruk-av-fastlege-og-legevakt/Utvikling%20i%20bruk%20av%20fastlege%20og%20legevakt%202010-2017.pdf/_attachment/inline/c7fa2caa-ccd9-45f3-b221-dbe710d02223:aa5041d66639ae395bb6c75f792855794112c5d1/Utvikling%20i%20bruk%20av%20fastlege%20og%20legevakt%202010-2017.pdf)
- Baldi, B. & Moore, D. S. (2018). *The Practice of Statistics in the Life of Science* (4. utg.). W.H.Freeman & Co Ltd.
- Bjørnnes, A. K. & Gjevjon, E. R. (2019). Kvalitet i kvantitativ metode – et innblikk. *Sykepleien Forskning*, 14, Artikkel e-78806.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78806>
- Bruun, T., Paulsen, T. H., Olsen, A. O., Kløvstad, H., Lavoll, S. B., Rydland, K. M., Hyllestad, S., Lange, H., Brandal, L. C. T., Heldal, E., Greve-Isdahl, M., Nilsen, Ø. J. & Eriksen-Volle, H.-M. (2022, 12. september). *Smittsomme sykdommer og smittevern. Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 13.mars 2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/smitte/smittsomme/>
- Bruvik, J. (2022). *Årsmelding*. Pasient- og brukerombudet.  
[https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/felles-arsmeldinger/Aarsmelding%202022\\_bokmal.pdf](https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/felles-arsmeldinger/Aarsmelding%202022_bokmal.pdf)
- Carayon, P., Hundt, S. A., Karsh, B.-T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M. & Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*, 15(1), i50-i58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>

- Christiansen, S. T. G. (2022, 24. oktober). *Befolkningen i Norge. Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 8. februar 2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/befolkningen/?term=&h=1>
- Delalic, L., Grøslund, M. & Gjefsen, H. M. (2023). *Kontinuitet i lege-pasientforholdet*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/6713b23f64b7482780fd013e63397516/kontinuitet-i-lege-pasientforholdet-kunnskapsgrunnlag-rapport-2023.pdf>
- Ey og Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Ey og Vista Analyse. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Folkestad, B. (2017). *Registerdata innan pleie- og omsorgssektoren (7/2017)*. Senter for omsorgsforskning. [https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2491609/rapport\\_07\\_2017-web.pdf](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2491609/rapport_07_2017-web.pdf)
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842)*. Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om kompetansekrav for leger. (2017). *Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (FOR-2017-02-17-192)*. Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2017-02-17-192>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)*. Lovdata.
- Forskrift om medisinske kvalitetsregistre. (2019). *Forskrift om medisinske kvalitetsregistre (FOR-2019-06-21-789)*. Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-06-21-789>
- Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning m.m. (2002). *Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda (FOR-2002-12-20-1625)*. Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2002-12-20-1625>
- Forvaltningsloven. (1970). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (LOV-1967-02-10)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1967-02-10>

- Guldhaugen, K. A., Stensland, E., Balteskard, L., Førde, O. E., Huaglann, B., Heiberg, I. H., Johansen, T., Johansen, T. B., Shu, J., Skau, P. A., Steindal, H. A., Tesfay, J., Thon, K., Uleberg, B. & Vorland, L. (2021). *Helseatlas for kvalitet. En beskrivelse av kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester for årene 2017–2019 (1/2021)*. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).  
<https://www.skde.no/helseatlas/files/kvalitetsatlas.pdf>
- Gaardsrud, P. Ø. (2020). *Styringsdata for fastlegeordningen. 4. kvartal 2020*. Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk/Hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202020-4.pdf/\\_attachment/inline/987b5db5-9d42-48bf-badb-6f225eea825b:11c3859a805483c6183d8d4d1deaf2de66903ef8/Hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202020-4.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk/Hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202020-4.pdf/_attachment/inline/987b5db5-9d42-48bf-badb-6f225eea825b:11c3859a805483c6183d8d4d1deaf2de66903ef8/Hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202020-4.pdf)
- Hansen, A. H., Halvorsen, P. A., Aaraas, I. J. & Førde, O. H. (2013). Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *63*(612), e482–e489. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X669202>
- Hansen, F. H., Abelsen, B., Lajord, G. M., Mikalsen, T., Nilssen, H. H., Nordang, B., Olsen, A. G., Sundnes, M. & Steinert, S. (2019). *Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Status, utfordringer og forslag til tiltak*. Helse Nord RHF.  
<https://www.ks.no/contentassets/2eaaad51d27e435d9d408423bb5faba5/Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.pdf>
- Harbitz, M. B., Stensland, P. S. & Gaski, M. (2022). Rural general practice staff experiences of patient safety incidents and low quality of care in Norway: an interview study. *Family Practice*, *39*(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/fampra/cmab064>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *NCD-strategi 2013 – 2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft*. Regjeringen.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd\\_stategi\\_060913.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_stategi_060913.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)*. Regjeringen.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings_kreftstrategi_180418.pdf)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. 2020-2024*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 16. januar). *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf)
- Helsedirektoratet. (2019a). *Bruk av fastlege og legevakt 2017-2019. SAMDATA kommune*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-fastlege-og-legevakt-2017-2019/Bruk%20av%20fastlege%20og%20legevakt%202017-2019.pdf/\\_attachment/inline/5d53d4a8-e1fc-4520-a235-226b971c5797:9938ea6d2ae78351ea5c85a65a5ee16850455c68/Bruk%20av%20fastlege%20og%20legevakt%202017-2019.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-fastlege-og-legevakt-2017-2019/Bruk%20av%20fastlege%20og%20legevakt%202017-2019.pdf/_attachment/inline/5d53d4a8-e1fc-4520-a235-226b971c5797:9938ea6d2ae78351ea5c85a65a5ee16850455c68/Bruk%20av%20fastlege%20og%20legevakt%202017-2019.pdf)
- Helsedirektoratet. (2019b, 2. mai). *Fastlegens rolle ved kreft [nettdokument]*. Hentet 30. mars 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/fastlegens-rolle-ved-kreft>
- Helsedirektoratet. (2021, 13. desember ). *Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]*. Hentet 10. mars 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten#referere>
- Helsedirektoratet. (2022a, 19. mai). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport for 2021 [nettdokument]*. Helsedirektoratet. Hentet 23. februar 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021>
- Helsedirektoratet. (2022b, 1. november). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 Statusrapport – 2. tertial 2022 [nettdokument]*.



- Helsedirektoratet. Hentet 23. februar 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppfolging-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-statusrapport-2.tertia-2022>
- Helsedirektoratet. (2022c). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Kvartalsrapport 4. kvartal 2021 [nettdokument]*. Helsedirektoratet. Hentet 18.mars 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppfolging-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-kvartalsrapport-4.kvartal-2021>
- Helsedirektoratet. (2022d). *Pasientskader i Norge 2021 - Målt med Global Trigger Tool*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2021-malt-med-global-trigger-tool>
- Helsedirektoratet. (2022e, 23. mars). *Varighet på kommunenes avtaler med fastleger [nettdokument]*. Helsedirektoratet. Hentet 15.mars 2023 fra [https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/avtalevarighet-pa-kommunenes-fastleger#\\_ftn2](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/avtalevarighet-pa-kommunenes-fastleger#_ftn2)
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helseregisterloven. (2014). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger* (LOV-2014-06-20-43). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-43>
- Helsetilsynet. (2022). *PRESSET FASTLEGESITUASJON HAR KONSEKVENSER FOR PASIENTENE - gjennomgang av tilsynserfaringer* (3/2022). Helsetilsynet. [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2022/helsetilsynetsrapport\\_3\\_2022.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2022/helsetilsynetsrapport_3_2022.pdf)
- Helsetilsynsloven. (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (LOV-2017-12-15-107). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-12-15-107>
- Hjerte- og karregisteret. (u.å.). *Total forekomst: Alle diagnoser, antall – Alle aldersgrupper, Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 17. april 2023 fra [https://statistikkbank.fhi.no/hkr/index.jsp?headers=EPISODEAR&stubs=virtual&stubs=KJONN&stubs=KILDE&measure=common&layers=ALDER\\_KAT\\_K4&layers=BOSTED&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fhkr.1A.totalt&BOSTEDslice=0000&mode=cube&ALDER\\_KAT\\_K4slice=0000&KJONNsubset=0000%2C1+-+2&virtualsubset=SIRK\\_value&KJONNslice=0000&virtualslice=SIRK\\_value&ALD](https://statistikkbank.fhi.no/hkr/index.jsp?headers=EPISODEAR&stubs=virtual&stubs=KJONN&stubs=KILDE&measure=common&layers=ALDER_KAT_K4&layers=BOSTED&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fhkr.1A.totalt&BOSTEDslice=0000&mode=cube&ALDER_KAT_K4slice=0000&KJONNsubset=0000%2C1+-+2&virtualsubset=SIRK_value&KJONNslice=0000&virtualslice=SIRK_value&ALD)

[ER\\_KAT\\_K4subset=0000&KILDEsubset=1\\_1&KILDEslice=1\\_1&EPISODEARslice=2012&v=2&BOSTEDsubset=0000&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fhkr.1A.totalt\\_C1&EPISODEARsubset=2012+-+2020&ALDER\\_KAT\\_K4=0000&top=yes](https://www.fhi.no/contentassets/1a65c0ff4278481294969fcde5f21b46/arbeidsmengde-konsultasjonstid-og-utilsiktede-effekter-av-takstsystemet-kunnskapsgrunnlag-notat-2023.pdf)

Hoff, E. H., Kraft, K. B., Østby, K. A. & Mykletun, A. (2023). *Arbeidsmengde, konsultasjonstid og utilsiktede effekter av takstsystemet* (Notat 2023). Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/contentassets/1a65c0ff4278481294969fcde5f21b46/arbeidsmengde-konsultasjonstid-og-utilsiktede-effekter-av-takstsystemet-kunnskapsgrunnlag-notat-2023.pdf>

Holst, L. S., Ludvigsen, B. K., Øye, E., Flatval, V. S. & Kordt, A. (2022). *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – fjerde oppfølgingsundersøkelse*. Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse.

<https://www.ks.no/contentassets/4f50d5531cb84fb2807ac8e2243c703c/Rapport-KS-Finansiering-fastlegeordningen-2022.pdf>

I trygge hender 24-7. (2021, 5. mai). *Historien om I trygge hender 24-7*. Hentet 17. januar 2023 fra <https://www.itryggehender24-7.no/om-i-trygge-hender-24-7/historikk>

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10027>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2019, 19. desember). *Fylkessammenslåinger i regionreformen*. Regjeringen. Hentet 25. januar 2023 fra

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/regionreform/regionreform/nye-fylker/id2548426/>

Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. (u.å.). *Hva er en personopplysning?* Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Hentet 14. november 2022 fra <https://sikt.no/hva-er-personopplysninger>

Kuriakose, R., Aggarwal, A., Sohi, R. K., Goel, R., NC, R. & Gambhir, R. S. (2020). Patient safety in primary and outpatient health care. 9(1), 7-11.

[https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_837\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_837_19)

Lund, G. & Aamland, A. (2022). *Tilstandsrapport om fastlegeordningen på Agder*.

Statsforvalteren i Agder. <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-agder/bilder->

[agder/helse-omsorg-og-sosialtjenester-bilder/diverse/tilstandsrapport-om-fastlegeordningen-pa-agder.pdf](#)

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.).

Universitetsforlaget

Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester* Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 11 (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019* Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/>

Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)* Norges forskningsråd.

<https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>

Norman, R. M., Danielsen, K., Bjertnæs, Ø. A. & Holmboe, O. (2022). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022* (PasOpp-rapport 2022:566).

Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/contentassets/b0321dceba9f4761b7889b6dc3e140e4/pasienterfarin ger-med-fastlegen-og-fastlegekontoret-i-2021-22.pdf>

Norsk pasientskadeerstatning. (2019, 1. oktober). *Fastlegeordningen – hvor svikter det?*

Norsk pasientskadeerstatning. Hentet 12.mars 2023 fra

<https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/temaartikler/fastlegeordningen/>

Norsk pasientskadeerstatning. (2020, 12. mai). *Rapport meldesystem 2014-2017*. Norsk pasientskadeerstatning. Hentet 14. april 2023 fra

<https://www.npe.no/no/Helsepersonell/pasientsikkerhet/rapporter/undersokelse-av-samsvar-mellom-npe-saker-og-saker-i-sykehusenes-meldesystemer/rapport-meldesystem-2014-2017/konklusjon/>

Norsk pasientskadeerstatning. (2021, 26. april). *Hva skal til for å få erstatning for en pasientskade?* Norsk pasientskadeerstatning,. Hentet 12.mars 2023 fra

<https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/Soke-erstatning/Hva-skal-til-for-aa-faa-erstatning-pasientskade/>

Norsk pasientskadeerstatning. (2022a, 14. januar). *Finansiering av ordningen*. Norsk pasientskadeerstatning Hentet 12.mars 2023 fra

<https://www.npe.no/no/Om-NPE/Organisasjon/Finansiering-av-ordningen/>

- Norsk pasientskadeerstatning. (2022b, 17.oktober). *Habilitet*. Norsk pasientskadeerstatning. Hentet 5. april 2023 fra <https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/saksbehandlingen/fagnotater/habilitet/>
- Norsk pasientskadeerstatning. (2022c, 10. mai). *Personvernerklæring*. Norsk pasientskadeerstatning. Hentet 12.mars 2023 fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/Organisasjon/personvernerklaering/>
- Norsk pasientskadeerstatning. (2022d). *Årsrapport 2022*. Norsk pasientskadeerstatning. <https://www.npe.no/globalassets/dokumenter/pdf-publikasjoner-fra-npe/arsrapporter/2022/arsrapport-2022.pdf>
- Norsk pasientskadeerstatning. (2023). *Samlet statistikkoversikt*. Norsk pasientskadeerstatning. Hentet 12.mars 2023 fra [https://www.npe.no/globalassets/dokumenter/statistikk/2022/helar/2022\\_netstatistikk\\_v2.pdf](https://www.npe.no/globalassets/dokumenter/statistikk/2022/helar/2022_netstatistikk_v2.pdf)
- NOU 2015: 11. (2015). *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/nou/pdfs/nou201520150011000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pasientskadeloven. (2003). *Lov om erstatning ved pasientskader* (LOV-2001-06-15-53). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2001-06-15-53>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Regionale komiteer for helsefaglig forskningsetikk. (u.å.). *OM Å SØKE REK*. Regionale komiteer for helsefaglig forskningsetikk. Hentet 10. februar 2023 fra [https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke\\_REK](https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke_REK)
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* (Dokument 3:5 (2015–2016)). Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J. & Hunskaar, S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72(715), e84-e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

- Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K. & II, R. D. W. (2021). *Mirror, Mirror 2021. Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. The Commonwealth Fund.  
<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>
- Slawomirski, L., Auraaen, A. & Klazinga, N. (2017). *The economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. OECD. <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Slawomirski, L., Auraaen, A. & Klazinga, N. (2018). *THE ECONOMICS OF PATIENT SAFETY IN PRIMARY AND AMBULATORY CARE* (Flying blind). OECD.  
<https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *-og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Sosial- og helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/\\_attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2022a). *Allmennlegetjenesten*. Hentet 14. april 2023 fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/allmennlegetjenesten>
- Statistisk sentralbyrå. (2022b, 5. april). *Pasienter på sykehus* Statistisk sentralbyrå. Hentet 14. april 2023 fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/pasienter-pa-sykehus>

- Statistisk sentralbyrå. (u.å.). *06913: Befolkning og endringer, etter region, statistikkvariabel og år*. Hentet 13. april 2023 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/06913/tableViewLayout1/>
- Syse, A., Grøholt, E. K., Madsen, C., Aarø, L. E., Strand, B. H. & Næss, Ø. E. (2022, 30. juli). *Sosiale helseforskjeller i Norge. Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 10. mars 2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/sosiale-helseforskjeller/>
- Telle, K., Abelsen, B., Elvestad, L. A., Grønvold, N. T., Iversen, T., Rashidi, K. & Sakshaug, T. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/no/pdf/s/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten.pdf>
- Texmon, I. (2022, 5. mai). *Sterk vekst i bruk av fastleger*. Statistisk sentralbyrå. Hentet 10. februar 2023 fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/allmennlegetjenesten/artikler/sterk-vekst-i-bruk-av-fastleger>
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2. utg.). Wiley-Blackwell.
- Webb, P., Bain, C., Page, A. & Webb, P. (2020). *Essential epidemiology : an introduction for students and health professionals* (4. utg.). Cambridge University Press.
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- World Medical Association. (2022, 6. september). *WMA declaration of Helsinki*. World Medical Association. Hentet 15. november 2022 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>
- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.

# Vedlegg 1

## Utdrag fra statistikkveiledningen i NPE per 08.03.2023

### Skadetype

Dette er en kode som sier noe om årsaken til skaden. Vi har beholdt noen av kodene vi hadde, og supplert med en del nye.

Fra juni 2020, skal alle saker kodes kun med kodene i lista nedenfor.

Hvis det er mer enn en skadeårsak, brukes felt 2 også. Hva som er selve skaden kommer fram under skadekoden (ICD-10).

- 645 – Behandling ikke utført til riktig tid (unntatt medisinerings)
- 646 – Mangelfull behandling/oppfølging
- 647 – Behandling ikke utført på riktig måte
- 648 – Behandling skulle ikke vært utført
- 653 – Pleieskade (fall, trykksår m.m.)
- 654 – Forsinket postoperativ diagnostikk
- 656 – Mangelfull/manglende informasjon
- 657 – Mangelfull/manglende dokumentasjon
- 670 – Feil diagnostikk
- 671 – Forsinket diagnostikk
- 672.0 – Feilmedisinering – feil dose
- 672.1 – Feilmedisinering – medisinert for kort tid
- 672.2 – Feilmedisinering – medisinert for lang tid
- 672.3 – Feilmedisinering – legemiddel gitt på feil måte
- 672.4 – Feilmedisinering – feil legemiddel
- 672.5 – Feilmedisinering – skulle ikke vært medisinert
- 672.6 – Feilmedisinering – annet/ukjent
- 673 – Bivirkning
- 674.0 – Medisinering ikke startet opp
- 674.1 – Medisinering startet opp for seint
- 690 – Annen eller ukjent form for skadetype
- 691 – Dekning av utgifter til behandling

Alle de andre kodene som viser selve skaden, er fortsatt tilgjengelige, men skal altså ikke brukes. De eneste unntakene er følgende seks koder som skal brukes i felt 2 hvis det er relevant:

- 681 - Selvmord
- 682 - Selvmordsforsøk
- 620 - Nerveskade
- 610 - Infeksjon
- 631 - Ikke forventet estetisk resultat
- 621 - Leiringsskade



## Vedlegg 2

### **Svikt i behandling**

810 - Ikke indikasjon for operasjon/behandling
811 - Burde vært operert/operert tidligere
812 - Feil behandlingsteknikk/metode
813 - Ikke behandlet på riktig sted på kroppen
814 - Feil utstyr eller feilplassering av utstyr
815 - Mangelfull kompetanse
816 - Mangelfull/manglende kontroll etter behandling
817 - Mangelfull sikring, overvåkning, tilsyn
818 - Mangelfull/manglende/feil medisiner
819 - Ufullstendig/ikke igangsatt behandling/undersøkelse
827 - Mangelfull journalføring
828 - Kommunikasjonssvikt/mangelfull informasjon
829 - Annet

### **Svikt i diagnostikk**

840 - Forlagt/oversett prøvesvar/henvisning
841 - Forbytting av prøvesvar
842 - Feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse
843 - Feiltolkning av symptomer i akuttsituasjon
844 - Funn ikke fulgt opp/mangelfull utredning
845 - Feil/feil utført undersøkelse/prøve
846 - Undersøkt feil sted på kroppen
847 - Kommunikasjonssvikt
848 - Ikke rekvirert prøve/undersøkelse
849 - Burde vært henvist/henvist tidligere
850 - Mangelfull journalføring - diagnostikk
851 - Mangelfull kompetanse - diagnostikk
859 - Annet



## Vedlegg 3

### 06913: Befolkning og endringer, etter region, statistikkvariabel og år

(Statistisk sentralbyrå, u.å.)

	Befolkning 1. januar									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
F_30 Viken	1 139 296	1 154 995	1 169 037	1 184 361	1 199 404	1 213 729	1 227 305	1 241 165	1 252 384	1 269 230
F_03 Oslo	623 966	634 463	647 676	658 390	666 759	673 469	681 071	693 494	697 010	699 827
F_34 Innlandet	365 649	366 785	368 358	368 636	369 893	370 994	371 054	371 385	370 603	371 253
F_38 Vestfold og Telemark	403 080	405 749	408 014	410 857	413 702	415 777	417 711	419 396	421 882	424 832
F_42 Agder	289 125	292 225	295 644	298 486	300 789	303 754	305 244	307 231	308 843	311 134
F_11 Rogaland	452 159	459 625	466 302	470 175	472 024	473 526	475 654	479 892	482 645	485 797
F_46 Vestland	605 597	612 988	619 306	624 827	629 031	631 594	633 117	636 531	638 821	641 292
F_15 Møre og Romsdal	256 975	259 126	261 339	262 907	263 847	264 421	264 970	265 238	265 544	265 848
F_50 Trøndelag	440 865	444 966	449 386	453 352	458 221	462 354	465 634	468 702	471 124	474 131
F_18 Nordland	238 333	239 621	240 402	240 623	241 614	242 076	242 126	241 235	240 345	240 190
F_54 Troms og Finnmark	236 230	238 513	240 338	241 371	243 033	243 925	244 326	243 311	242 168	241 736

#### Region

##### **F\_15 Møre og Romsdal**

Hele tidsserien er beregnet ut fra fylkesgrensene i 2020. Utgått kommune 1444 Hornindal (-2019) er derfor medregnet i F-15 Møre og Romsdal. Utgatte kommuner 1567 Rindal (-2018) og 1571 Halså (-2019) er ikke regnet med i F-15 Møre og Romsdal, men i F-50 Trøndelag.

##### **F\_50 Trøndelag**

Hele tidsserien er beregnet ut fra fylkesgrensene i 2020. Utgatte kommuner 1567 Rindal (-2018) og 1571 Halså (-2019) er derfor medregnet i F-50 Trøndelag.

##### **F\_18 Nordland**

Hele tidsserien er beregnet ut fra fylkesgrensene i 2020. Utgått kommune 1852 Tjeldsund (-2019) er derfor ikke medregnet i F-18 Nordland, men i F-54 Troms og Finnmark.



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

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway