

Masteroppgave

Tannleger sine erfaringer med og holdninger til fenomenet overbehandling

En kvalitativ studie

Julie Edvinsen
Kandidatnummer: 6

Masterstudium i tverrfaglig helseforskning, desember 2023

120 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet



Forord

Masteroppgaven har vært en krevende og lærerik prosess. Det har vært gøy å ha muligheten til å fordype meg i temaet som jeg ønsket mer kunnskap om.

Jeg ønsker å takke min veileder Bjørn Hofmann for veiledning og støtte gjennom masterprosjektet. Jeg vil også rette en stor takk til deltagere for tillit og motivasjon til å delta i prosjektet.

Tusen takk til venner og familie som har motivert meg gjennom den lange prosessen. Spesielt takk til mine medstudenter Sara og Kaia for motivasjon og selskap gjennom hele perioden. De lange dagene på biblioteket ble brått mer hyggelig sammen med dere. Til slutt, takk til min mor som har sittet sene kvelder for å lese korrektur.

Sammendrag

Formål: Formålet med prosjekter er å få mer kunnskap og undersøke om hvilke erfaringer og holdninger tannleger har til fenomenet overbehandling. Det er lite kunnskap om dette. Det er derfor nødvendig å sette søkelyset på et tema som er viktig og blir mer sentralt i dagens samfunn ettersom tannhelsen til befolkningen blir bedre. Det er lite forskning om overbehandling i tannhelsetjenesten i Norge. Dette utgjør et kunnskapshull, som denne oppgaven er et bidrag til å tette. Kunnskap om erfaringer og holdninger til overbehandling i privat tannhelsetjeneste, og bevisstgjøring om dette, er viktig for å håndtere problemet. Det kan bidra til refleksjon om hva som er faglig forsvarlig tannbehandling, og hva som er etisk motstridende. Ved å belyse tannleger sine erfaringer og holdninger til fenomenet overbehandling forsøker denne oppgaven å bidra til mer kunnskap, som igjen kan styrke utøvelsen av å tilby tannhelsefremming, etisk og forsvarlig tannhelsetilbud til befolkningen.

Problemstilling: Hvilke forståelse av, erfaringer med og holdninger til fenomenet overbehandling har tannleger?

Teoretisk forankring og metode: Konstruktivisme er studiens vitenskaps teoretiske perspektiv Det er brukt en kvalitativ forskningsmetode for å besvare problemstillingen . Utvalget bestod av seks tannleger fra privat tannhelsetjeneste. Tematisk analyse ble brukt for å analysere dataene.

Resultat og konklusjon: Denne studien viser at var variasjon i hvordan deltagerne forsto overbehandling. Situasjoner kunne oppfattes ulikt og respondentene hadde ulike grenser for hva de oppfattet som overbehandling. Grensene kunne være uklare og situasjonsavhengige. Kosmetisk tannbehandling ble både sett på som overbehandling og som nødvendig behandling dersom formålet var å oppnå optimal sosial funksjon. Om tjenester ble oppfattet som overbehandling avhenger derfor av faglig og sosial kontekst. I tillegg spiller bakgrunn, livserfaring og kunnskapssyn inn på respondentenes oppfatninger av hva som er overbehandling. Deltagere som hadde erfart fenomenet på nært hold, svarte tydeligere på hva som var overbehandling, mens andre opplevde det mer utfordrende å relatere til fenomenet, samtidig som de reflekterte over egne holdninger til fenomenet. Samlet sett ble fenomenet oppfattet som et økende og bekymringsverdig problem som var ønskelig å forebygge. Den

generelle samfunnsutviklingen synes å ha en sentral rolle i hvilken behandling som etterspørres og som tilbys.

Abstract

Purpose: The purpose of projects is to gain more knowledge and survey what experiences and attitudes dentists have towards the phenomenon of overtreatment. There is little knowledge about this. It is therefore necessary to put the spotlight on a topic that is important and is becoming more central today as the population's dental health improves. There is little research on overtreatment in the dental health service in Norway. This constitutes a knowledge gap, which this thesis is a contribution to filling. Knowledge of experiences and attitudes towards overtreatment in private dental health services, and raising awareness of this, is important to deal with the problem. It can contribute to reflection on what is professionally sound dental treatment, and what is ethically contradictory. By elucidating dentists' experiences and attitudes towards the phenomenon of overtreatment, this thesis attempts to contribute to more knowledge, which in turn can strengthen the practice of offering dental health promotion, ethical and responsible dental health services to the population.

Research question: What understanding of, experiences with and attitudes towards the phenomenon of overtreatment do dentists have?

Theoretical grounding and method: Constructivism is the study's scientific theoretical perspective. A qualitative research method has been used to answer the problem. The committee consisted of six dentists from private dental health services. Thematic analysis was used to analyze the data.

Result and conclusion: This study shows that there was variation in how the participants understood overtreatment. Situations could be perceived differently, and the respondents had different limits for what they perceived as overtreatment. The boundaries could be unclear and situation dependent. Cosmetic dentistry was seen both as overtreatment and as necessary treatment if the purpose was to achieve optimal social function. Whether services were perceived as overtreatment therefore depends on the professional and social context. In addition, background, life experience and knowledge have an impact on the respondents'

perceptions of what constitutes overtreatment. Participants who had experienced the phenomenon up close answered more clearly what was overtreatment, while others found it more challenging to relate to the phenomenon, while also reflecting on their own attitudes to the phenomenon. Overall, the phenomenon was perceived as a growing and worrying problem that should be prevented. The general development of society seems to have a central role in which treatment is requested and which is offered.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	1
1.2	OPPGAVENS DISPOSISJON	3
2	BAKGRUNN.....	4
2.1	HISTORISK UTVIKLING AV TANNHELSETJENESTEN.....	4
2.2	TANNHELSETJENESTEN OG REFUSJONSORDNING	5
2.3	ETIKK	6
2.4	KOSMETISK ODONTOLOGI.....	7
2.5	OVERBEHANDLING OG TIDLIGERE FORSKNING	8
2.6	NPE	10
2.7	GJØRE KLOKE VALG KAMPANJE	11
2.8	LOVER	12
3	VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV	12
3.1	KONSTRUKTIVISME.....	13
4	TEORI	14
4.1	SYKDOM	14
4.2	MEDIKALISERING	15
4.3	OVERFORBRUK.....	17
4.4	PREFERANSESENSITIVE HELSETJENESTER.....	18
4.5	GOD KLINISK PRAKSIS I TANNHELSETJENESTEN	19
5	METODE.....	20
5.1	FORSKNINGSDESIGN	20
5.2	SEMISTRUKTURERT DYBDEINTERVJU.....	21
5.3	UTVALG OG INKLUSJONSKRITERIER	21
5.4	REKRUTERING	22
5.5	INTERVJUGUIDE.....	23
5.6	PILOTINTERVJU	24
5.7	DATAINNSAMLING OG LAGRING	25
5.8	REFLEKSIVITET	25
5.9	ETISKE BETRAKTNINGER	26
5.10	VURDERING AV NYTTE OG RISIKO FOR DELTAGERNE OG FORSKERENS ROLLE	27
5.11	ANALYSE.....	28
5.12	ANALYSEPROSESSEN	30

6	PRESENTASJON AV FUNN	34
6.1	PRESENTASJON AV DELTAGERNE	34
6.2	OVERBEHANDLING	34
6.2.1	<i>Deltagernes oppfatning av og definisjon på overbehandling.....</i>	<i>34</i>
6.2.2	<i>Typer og eksempler på fenomenet.....</i>	<i>36</i>
6.3	DRIVERE	37
6.3.1	<i>Fremmere.....</i>	<i>37</i>
6.3.2	<i>Hemmere.....</i>	<i>38</i>
6.3.3	<i>Insentiver</i>	<i>39</i>
6.4	EKSTERNE FORHOLD/DRIVERE.....	41
6.4.1	<i>Samfunnsutvikling.....</i>	<i>41</i>
6.4.2	<i>Kosmetisk gevinst.....</i>	<i>44</i>
6.4.3	<i>Kommunikasjon</i>	<i>45</i>
6.5	OPPSUMMERING	47
7	DISKUSJON	48
7.1	VARIASJON I FORSTÅELSE AV OVERBEHANDLING	48
7.2	SAMFUNNSUTVIKLINGENS PÅVIRKNINGSKRAFT	50
7.2.1	<i>Pasientens ønske og sosiale medier påvirker medisinsk behandling</i>	<i>50</i>
7.2.2	<i>Markedsstyrt konkurranse og ledelse sin påvirkningskraft på tannlegebransjen</i>	<i>52</i>
7.3	ØKONOMISK DRIVER TIL OVERBEHANDLING	53
7.4	HVORDAN FOREBYGGE OVERBEHANDLING?	55
8	SVAKHETER OG STYRKER MED OPPGAVEN	57
9	KONKLUSJON	58
10	FREMTIDIG FORSKNING.....	59
11	LITTERATURLISTE.....	61
	OVERSIKT OVER VEDLEGG	66
	VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	67
	VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV	69
	VEDLEGG 3: GODKJENNING FRA NSD.....	72
	VEDLEGG 4: GODKJENNING FRA MOK, MASTEROPPGAVEKOMITEEN	74

Tabelloversikt

Tabell 1: eksempel på koder

Tabell 2: kategorisering av koder

Tabell 3: oversikt over tema med undertema

1 Innledning

De siste årene har det vært større fokus på tannhelse, som har medført en økning i antall tannleger som praktiserer i Norge (Den norske tannlegeforenings Tidende, 2008). De siste 50 årene har den orale helsen til befolkningen blitt bedre, som medfører mindre behandlingsbehov. Statistisk sentralbyrå viser at antallet tenner med karies er redusert kraftig i tidsrommet 1985 til 2013. Tannleger har så og si 90% av den voksne befolkningen inne til årlig kontroller. Det var lite udekket behandlingsbehov som eksisterte på daværende tidspunkt og kort ventetid for behandling (Grytten et al, 2015). I sosiale medier blir flere og flere opptatt av kosmetikk og estetikk. Streben etter det perfekte utseende florerer. Influencere markedsfører for tannbleking og reiser til utlandet for å restaurere tenner (Aas, 2018; Blich & Aandahl, 2011). Det er interessant å reflektere over om det kan føre til at vi generelt blir mer bevisst på utseende. Ønske etter det perfekte utseende kan skape etiske utfordringer for norske tannleger, som står i vurderinger og behandlingsavgjørelser daglig. For å tilby forsvarlig tannbehandling er faglig forsvarlighet en nøkkelbrikke. Hvordan hver behandler utøver sitt yrke baseres på rettslig og faglig norm. Vurdering av hva som er faglig forsvarlig tannbehandling er opp til hver enkelt behandler, ut ifra pasientens tilstand og behov, på grunnlag av forsvarlig klinisk skjønn (Blich & Aandahl, 2011). Det er ingen klare retningslinjer da faktorer som pasienten sin orale helse, økonomi og behandler sin vurdering på faglig forsvarlig tannbehandling er avgjørende i all tannbehandling. Alle mennesker har ulikt syn på hva som er rett og galt, hvilke verdier og normer som er bra (Aas, 2018; Blich & Aandahl, 2011). Hvordan man skal møte fremtiden er viktig å tenke på da det er mer aggressiv markedsføring for tannbehandling og mer konkurranse om pasientene. Det blir et overtall av store kjeder som kjøper opp mindre klinikker med å endre eierstruktur og tall som fokus. Tannlegebransjen er i endring da søkelyset på inntjening øker. Dette kan undergrave den private tannhelsetjenestetilbydere rolle som helsepersonell (Moezzi & Hofmann, 2023).

1.1 Presentasjon av problemstilling

Yrket mitt som tannpleier består av pasientkontakt og samarbeidende tannleger. I masteroppgaven ønsker jeg å undersøke hvilke erfaringer og holdninger tannleger i privat

tannhelsetjeneste har til overbehandling. Problemstillingen i denne oppgaven er følgende spørsmål: hvilken forståelse av, erfaringer med og holdninger til fenomenet overbehandling har tannleger? Tall fra statistisk sentralbyrå gir uttrykk for et økt behov for tannleger frem mot 2035 (Grytten et al, 2015). Samtidig rapporterte tannleger i privat praksis om lav arbeidsmengde og ønsket seg mer å gjøre (Holmgren et al, 2017). Overkapasitet kan, sammen med andre faktorer som overdiagnostikk, føre til overbehandling. Overbehandling kan defineres som unødvendig behandling, å påføre en pasient medisinsk behandling som ikke gir en helsegevinst for pasienten, eller ikke sees på som medisinsk nødvendig (Kazemian et al, 2015; Walsh-Childers & Braddock, 2014). Det første spørsmålet man kan stille er om overbehandling er mangel på moral og etikk, eller om det er mangel på rolleforståelse og kompetanse. Forebyggende behandling har vært en sentral del av mitt kliniske fokus som tannpleier. Siden overdiagnostisering og overbehandling er motstridende til forebyggende behandling ble det tydelig for meg å sette søkelyset på overbehandling som tema. Bakgrunnen for studien er basert på mangelen på forskning relatert til overbehandling i tannhelsetjenesten i Norge. Studier sier noe om problematikken i utlandet, men lite i den norske tannhelsetjenesten (Hirata et al, 2021; Holden et al, 2021). Erfaringer fra tannhelsetjenesten har gjort meg interessert i denne tematikken og problemstillingen. Overbehandling har også vært diskutert i media den siste tiden. Eksempelvis har forbrukerrådet testet tannlegebransjen. Prisene på undersøkelse og behandlingsforslag hos forskjellige tannleger varierte med flere hundre prosent. Testen viste også en variasjon i behandlingsforslag, og de dyre behandlingsforslagene ble oftest anbefalt (Forbrukerrådet, 2011). Pasienter har også uttalt seg i media om store variasjoner i behandlingsforslag hvor en tannlege anbefaler en behandling til flere titalls tusen kroner, samtidig som en annen tannlege gir pasienten et rimeligere overslag (Tvedt, 2023).

1.2 Oppgavens disposisjon

Sammendrag presenteres i første del av oppgaven. Deretter presenteres innledning med problemstilling, studiens formål, samt oppgavens struktur. Videre presenteres bakgrunn, som inkluderer historisk utvikling av tannhelsetjenesten, den generelle tannhelsetjenesten og refusjonsordning, etikk, kosmetisk odontologi, overbehandling og tidligere forskning, norsk pasientskadeerstatning, gjøre kloke valg kampanje og lover. Dette er relevant å inkludere for å underbygge valg av tema og problemstilling. Videre presenteres vitenskapsteoretisk perspektiv.

Teorien som skal benyttes i studien presenteres i kapittel 4. Her vil sykdom, medikalisering, overforbruk, preferanse sensitive helsetjenester og god klinisk praksis i tannhelsetjenesten vektlegges. Det vil være nødvendig å vektlegge disse punktene for å forstå deltagerne sine holdninger, forståelse og erfaringer til fenomenet.

Valg av forskningsdesign og metode for innsamling av data vil presenteres i kapittel 5. I siste del av kapittel 5 diskuteres refleksivitet, etiske betraktninger og vurdering av nytte og risiko for deltagerne, forskerens rolle, og analyseprosessen. Presentasjon av funn presenteres i kapittel 6. Kapittel 7 består av diskusjon av funn. Deretter presenteres styrker og svakheter med studien. I de siste kapitlene presenteres konklusjon og uttalelse om fremtidig forskning.

2 Bakgrunn

2.1 Historisk utvikling av tannhelsetjenesten

I 1852 ble det innført krav om å avlegge eksamen for å praktisere som tannlege i Norge. Syv år senere, i 1859 ble den femårige tannlegeutdanning en del av Universitetet i Oslo, Det odontologiske fakultet. I en omfattende studie ble det avdekket høy andel karies i permanente tenner hos barn i 6.klasse i flere byer i Norge. Tannlegestanden konkluderte med at det var en hygienisk nødvendighet å motvirke andelen karies, den såkalte folkesykdommen. Dette førte til at den første offentlige tannklinikken i Norge åpnet, hvor alle barn i kommunen skulle få gratis tannbehandling. På grunn av tannlegemangel og begrensede midler ble det ikke mulig å etterleve vedtaket (Den norske tannlegeforenings Tidende, 2008). Stortinget så et behov for utbygging av offentlig tannhelse over hele landet og vedtok derfor i 1983 loven om tannhelsetjenesten som samlet skoletannpleie og offentlig tannhelsetjeneste. Det ble et større fokus på forebyggende tiltak og at dette ble prioritert foran behandling. Etter et større fokus på tannhelse har det historisk vært en økning av tannleger i Norge hvor det i 1870 bare var 21 tannleger og i 1979 lå Norge sammen med Sverige på verdenstoppen i tannlegetetthet. Selve tannlegestanden finnes det lite statistikk om, men historiske data finnes derimot. Av alle tannlegene i Norge i 2005 jobbet 70% i privat sektor (Den norske tannlegeforenings Tidende, 2008).

Det kan se ut som at klare retningslinjer for behandlingsavgjørelser i privatpraksis ikke eksisterer, men anbefalinger og veileder eksisterer (Blich & Aandahl, 2011; Den norske tannlegeforening, 2022). Behandling baseres på faglig forsvarlighet. Individuelle avgjørelser om hva faglig forsvarlig tannbehandling er, kan by på variasjoner ettersom alle mennesker er ulike og tar forskjellig avgjørelser (Blich & Aandahl, 2011). Å belyse tannleger sine erfaringer og holdninger til fenomenet overbehandling i privat praksis kan bidra til mer kunnskap og økt bevissthet, som igjen kan styrke utøvelsen av å tilby tannhelsefremmede, etisk og forsvarlig tannhelsetilbud til befolkningen.

2.2 Tannhelsetjenesten og refusjonsordning

Den norske tannhelsetjenesten består av den offentlige- og den private tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi tannbehandling til prioriterte grupper i samfunnet, etter tannhelsetjenesteloven (Ekornrud & Jensen, 2010). Den private tannhelsetjenesten tilbyr tannbehandling til de resterende i samfunnet. Virksomheten i den private tannhelsetjenesten er ikke like godt dokumentert sammenlignet med den offentlige tannhelsetjenesten, som årlig rapportering av virksomhet gjennom KOSTRA. Rapportering gjennom KOSTRA gir oversikt over befolkningens bruk av tannhelsetjenester og tannhelsetilstand i den offentlige tannhelsetjenesten. Det finnes få rapporteringer om aktivitet og virksomhet fra den private tannhelsetjenesten. Den voksne befolkningen er de som benytter seg mest av den private tannhelsetjenesten (Ekornrud & Jensen, 2010).

Den offentlige tannhelsetjenesten har prioriterte grupper som har rett på tannbehandling, hvorav store deler av disse gruppene får gratis tannbehandling eller betaler redusert egenandel. Personer over 24 år må betale regningen selv, men 15 tilstander kan gi rett til stønad gjennom Helfo. For å få rett til stønad av tannbehandling må det være medisinsk nødvendig og forsvarlig. Det er behandler sitt ansvar å vurdere om pasienten har krav til stønad. Det er derfor viktig å holde seg faglig oppdatert på riktig bruk av takstene. Det stilles krav til behandler om at dokumentasjon av refusjonskrav skal være beskrevet i pasientens journal (Helfo, 2020/2023).

Marginal periodontitt, periimplantitt, bittskinner og fasader, er noen av behandlingene som kan få helforefusjon. Eksempelvis ved marginal periodontitt og periimplantitt må systematisk behandling være dokumentert i en behandlingsplan i pasientens journal. Helfo krever at behandlingen utføres i tråd med behandlingsplanen. Dersom tapte tenner som følge av grav marginal periodontitt erstattes, skal tanntapets årsak dokumenteres. Før rehabilitering av tanntap påbegynnes skal tannlegen utarbeide en individuell behandlingsplan, og dokumentasjon av diagnose skal foreligge i pasientens journal (Helsedirektoratet, 2023). For å diagnostere periodontitt skal grundig anamnese, klinisk og røntgenologisk undersøkelse foreligge. Symptomer og tegn til sykdom skal registreres. Sykdommen består av bakterier

som bryter ned kollagenfibre og kjeveben. Dette forårsaker festetap og lommedannelser. Nedbrytingen registreres ved hjelp av en lommedybdemåler som måler avstanden fra tannkjøtt til kjeveben (Hansen, 2004).

2.3 Etikk

Etiske normer og regler er med på å styre utøvelsen av tannlegeyrket. Det er med på å opprettholde tilliten til tannlegestanden. Som medlem av NTF skal alle tannleger sette seg inn i de etiske reglene og bruke dem i sin kliniske hverdag. Foreningen har sanksjonsmuligheter, og kan ekskludere medlemmer som ikke overholder reglene. I regelverket under tannlegens forhold til pasienten tydeliggjøres det gjennom §8 pasientbehandling at tannlegen skal utarbeide behandling med faglig forsvarlighet. Det poengteres at overaktivitet og unødvendig behandling ikke skal finne sted da behandlingen skal bygges på informert samtykke. §10 utnytting av pasienten, påpekes det blant annet at tannlegen ikke skal utnytte pasienten økonomisk (Den norske tannlegeforening, 2021). Faglig valg skal baseres på regler og hva som er moralsk riktig, og det riktige valget veier tyngre enn resultatet. Deontologi er pliktetikk som er sentralt for tannleger da de daglig står ovenfor valg av behandling som tilrettelegges den enkelte pasient (Magelssen, 2020). Ut ifra helsepersonelloven §4 er tannlegen pliktig til å utøve yrket med faglig kvalitet, forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Som tannlege er man utsatt for interessekonflikt på grunn av pasienters etterspørsel om behandling, økt estetisk fokus, samfunnsutvikling og faglig forsvarlighet (Hofmann & Eriksen, 2001; Holden, 2018). Etiske utfordringer kan forekomme generelt i tannlegebransjen. Men i større byer med økt konkurranse står tannleger ovenfor særlige etiske utfordringer. På grunn av mye konkurranse og kamp om pasienter drives hyppig markedsføring av billig undersøkelse for å fylle opp timebøker og øke pasientgrunnlaget. Det er fokus på inntjeningskrav og tidsbruk i arbeidskontrakter og stillingsannonser. Det har også blitt økt aggressiv markedsføring, bruk av kjente personer og bruk av sosiale medier som markedsføring (Moezzi, 2021). Å tilby medisinske tjenester kan settes i konflikt da det å drive forretning på bekostning av denne tjenesten øker. Det diskuteres om tannlegen kan bli fristet til å finne behandling for en økonomisk gevinst da en

undersøkelse til lav pris ikke dekker bruksutstyr. Ved økt fokus på tall og provisjonsavtaler kan det sette søkelyset bort fra hva som er til pasientens beste (Moezzi, 2021). Kosmetisk behandling tilbys i den private tannhelsetjenesten og er utviklet til å bli en populær behandling for å endre på utseende. Kan det se ut som at odontologi utvikler seg mer bort ifra medisinsk og mer over til behandling av skjemmende smil? Det deler mange paralleller mellom sosial funksjon og etikk, og fundamentet i det medisinske odontologi (Holden, 2018). Overdiagnostikk og overbehandling kan bryte med velgjørenhetsprinsippet, rettferdighetsprinsippet, ikke-skade prinsippet og autonomiprinsippet. For tannlegen innebærer velgjørenhet eksempelvis å forebygge skade hos pasienter og forsvare rettighetene deres (Magelssen et al, 2020). Pasientens autonomi innebærer at pasienten selv bestemmer over egen kropp, og antar hva som er best for dem. For å gjøre pasienten i stand til å samtykke til behandling må tannlege informere om helsetilstand, behandlingsalternativer og risiko ved behandling, samt ulemper ved å frastå fra behandling. Dersom pasienten ikke samtykker til tannbehandling som utføres blir retten til autonomi og samtykke fratatt dem. Å ikke skade prinsippet innebærer eksempelvis at tannlegen skal unnlate handlinger som har negativ innvirkning på pasienten. Rettferdighet innebærer at tannbehandling skal gis på en forsvarlig og rettferdig måte (Magelssen et al, 2020).

2.4 Kosmetisk odontologi

Norsk tannlegeforening sammen med Norsk forening for allmenntannmedisin lagde et policydokument som omhandlet kosmetisk behandling i allmenntannmedisin og odontologi. Ny teknologi er en av grunnene til at tilgjengeligheten for kosmetisk behandling har økt. Eksempelvis gjelder dette tann- og hudblekingsbehandlinger (Den norske tannlegeforening, 2021). I policydokumentet påpekes det at kosmetisk behandling uten medisinsk eller odontologisk indikasjon, ikke bør tilbys av tannleger eller leger. Det begrunnes med at kosmetisk behandling retter seg mot friske mennesker, og basert på oppfatninger om hva som er attraktivt og normalt bidrar det til å endre på utseende (Den norske tannlegeforening, 2021). Samfunnstrender florerer, pasienter blir mer bevisst på eget utseende og kosmetisk behandling øker (Holden, 2018). Fenomenet medikalisering kommer frem i lyset da ikke

medisinske problemstillinger blir behandlet som et medisinsk problem i form av lidelse eller sykdom (Magelssen, 2020). I policydokumentet til tannlegeforeningen påpekes det at tannlegen bekrefter at kosmetisk behandling er medisinsk nødvendig dersom de tilbyr behandlingen til et friskt menneske (Den norske tannlegeforening, 2021). I artikkelen «det vellykkede smilet», påpekes det at medikalisering kan kalles «kosmetisk odontologisering». Det kan forstås som at forskjellige tannestetiske fenomener og smil identifiseres som avvik. Problemstillinger som behandles i dag ble tidligere ikke definert som odontologisk relevans (Bjelland, 2001). Som tannlege står man ovenfor en tid hvor befolkningen blir eldre og i større grad beholder egne tenner. Aldring er en naturlig del av livet, også tenners estetiske og fysiske smil. Modernisering av tannbehandling skaper et annet tannhelsetilbud til befolkningen, derav kosmetisk tannbehandling med evne til å reversere tenners aldring for å gi pasienten et yngre smil. Kosmetisk tannbehandling kan ha store konsekvenser for fremtidige behandlinger. Fremtidige etterspørsel for estetisk behandling kan bli mer krevende og kan sette tannlegens ferdigheter på prøve (Morley, 1999). Det gode liv blir assosiert med ungdommelig, vakker, sunn og det velstående hvite smil. Det stadig voksende markedet med ideologiproduksjon av kosmetisk odontologi kan påvirke enkeltindividets evne til å passe inn i samfunnet. Man kan regne med at det naturlige smilet ikke sees på som flatterende lenger, men derimot det velstående smilet man kan få kjøpt gjennom behandling uten at sykdom foreligger som diagnose (Bjelland, 2001).

2.5 Overbehandling og tidligere forskning

Overbehandling i Norge og på verdensbasis er en økende utfordring. Bakgrunnen for det er at overbehandling i større grad nå enn tidligere er innflytelsesrik hos helsetjenesten, profesjoner og pasienter (Born et al, 2019; Bouck et al, 2019). Da det enkelte individ og samfunnet generelt har ulikt syn på overbehandling kan det være vanskelig å finne spor av det i helsetjenesten. Fenomenet overbehandling kan være utfordrende å definere konkret da det kan være ulikt, og kan assosieres med overdiagnostikk og feil behandling. Et eksempel er at behandlingen som blir gitt har en liten effekt, eller ulempene er høyere enn nytten. I USA er overbehandling studert og konkludert med at en høy andel av helsetjenesten som tilbys ikke har en positiv gevinst for helsen, men er skadelig (Born, Kool & Levinson, 2019). At forholdene er annerledes i Norge er liten grunn til å tro, kommer det frem i en rapport

utarbeidet av Helsedirektoratet, i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. (Regjeringen, 2013).

I studien "overtreatment as an ethical dilemma in Australian private dentistry: A qualitative exploration" (Holden et al, 2021), kom det frem at overbehandling var et etisk dilemma som tannleger i Australia sto ovenfor. Det ble rapportert om press fra arbeidsgiver til å bidra til bedre fortjeneste ved å "finne" behandling selv om det ikke var behandlingsbehov, og motivering av kronebehandling der det ikke var nødvendig (Holden et al, 2021).

I artikkelen "quo vadis, esthetic dentistry? Ceramic veneers and overtreatment—A cautionary tale" (Hirata et al, 2021) ble unødvendig estetisk og kosmetisk tannbehandling og konsekvenser diskutert. Man så en sammenheng der omfattende tannslitasje og tannkjøttsproblematikk forekom oftere etter estetisk tannbehandling. Dette kunne antyde at det ikke var risikofritt eller fritt for konsekvenser. Ved estetisk behandling ble tannsettet behandlet unødvendig, ofte når pasienter var ung, som resulterer i at unge voksne kan stå ovenfor gjentatt kretsløp av behandling som kan ende i skadede overflater av det som en gang var en sunn tann. Det blir viktigere og tydeligere at behandlere bør utføre behandlinger med søkelys på etikk og helse, og ikke bare estetikk (Hirata et al, 2021).

Både overbehandling og underbehandling sees på som en økt trussel mot folkehelsen. I helsetjenesten ble det rapportert om dobbelt så mange CT-undersøkelser per innbygger, sammenlignet med Sverige. Antibiotika bruken har økt de siste 7 årene selv om vi ikke er mer syke. Dette kom frem i en stortingsmelding (Stortinget, 2014). Det kom også frem at det var for stor ulikhet i pasientbehandling i Norge. I en rapport om overbehandling levert av Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet, ble det pekt på noen av problemene med tegn til overbehandling og om det er knyttet til finansiering og belønninger i helsevesenet (Stortinget, 2014). Det kan være interessant å stille spørsmål til om økt fortjeneste er en driver bak overbehandling? Det kommer også frem at hos private sykehus som får penger per operasjon som utføres, er det tegn til at det blir operert flere pasienter som hadde klart seg bedre uten, eller med en annen behandling (Stortinget, 2014).

En studie av Coll-Benjamin et al (2018) viste at det var generelt lite kunnskap om overbehandling blant befolkningen. For å øke kunnskapen ble det foreslått ytterligere forskning på feltet. Inkludere overbehandling og utfordringen i helsetjenestens utdanning og

mer fokus på kampanjer blant profesjoner for å skape en kritisk tankegang på undersøkelser og diagnostiske tester (Coll-Benjamin et al, 2018). I en Canadisk studie ble det vist at det ble bestilt flere videre undersøkelser og tester hos de legene med få pasienter sammenlignet med de legene som hadde flere pasienter. Fra Canada og USA ble det vist at opp til 30% av medisinsk behandling ikke hadde en nytteverdi og kunne forårsake skade (Bouck et al, 2019; Born et al, 2019).

Overbehandling i helsetjenesten er et helsesystem problem. Dette har skapt interesse blant politikere for å kartlegge problematikken. Selv om det er økt oppmerksomhet rundt overbehandling er det et smalt spekter med metoder for å kunne måle graden av overbehandling i helsetjenesten. Tematikken er et problem på pasient, samfunns- og systemnivå. Overbehandling har forskjellige indikasjoner innenfor de ulike nivåene. Systemnivå handler om behandlinger og undersøkelser som sees på som unødvendig, og ikke optimal kvalitet på helsetjenesten. Økt etterspørsel og tanken om at «mer er bedre» er ideen på samfunnsnivå. På pasientnivå handler det om unødvendig behandling og skade på pasienten (Ellen et al, 2018).

2.6 NPE

Pasienter som har fått behandlingssvikt i den private eller offentlig tannhelsetjenesten kan søke om erstatning gjennom norsk pasientskadeerstatning (NPE). Etter pasientskadeloven skal NPE utbetale erstatning til de som har rett til det. NPE er en statlig etat som også bidrar med statistiske data til helsesektoren, informere helsevesen og befolkningen om pasientskadeordningen og formidle kunnskap (Regjeringen). Det er flere som søker erstatning fra NPE. Sakene som får medhold er for det meste behandlinger som ikke har vært god nok. Saker med mangelfullt grunnlag for behandling, som unødvendig fjerning av tenner blir også rapportert inn. Det forekommer også svikt i diagnostikk, saker som mangelfull undersøkelse eller kliniske funn som ikke er fulgt opp (Norsk pasientskadeerstatning, 2020). Som tannlege i privat tannhelsetjeneste er man pliktig til å melde seg inn i NPE og betale en årlig sum. Dersom dette uteblir kan tannlegen få økonomisk konsekvens med en stor merkostnad. Erstatningsbetalingen skal dekke menerstatning, kompensasjon for tapt eller redusert mulighet til å leve og gjøre det man trives med, og pasientens inntektstap på grunn av skaden

(Den norske tannlegforenings tidende, 2017). I 2009 ble privat helsetjeneste inkludert i NPE sitt erstatningskrav. Det betydde at alle pasienter fikk den samme tryggheten ved eventuell pasientskade. I løpet av ti år har andelen saker til NPE fra privat helsetjeneste økt fra 7 til 13 prosent. Saker tilknyttet tannbehandling i privat tannhelsetjeneste utgjorde størst andel av økningen. NPE mottok 3073 saker i løpet av ti års perioden 2009 til 2018 hvor 58% av sakene var tannsaker, totalt sett. Ut ifra hele NPE ordningen utgjør rapporterte tannsaker seks prosent, kommer det frem i rapporten til NPE (Norsk pasientskadeerstatning, 2019). Det er alt ifra unødvendig rotfylling til mangelfull oppfølging av pasienter. Over tusen saker fikk medhold. Litt over 50% av erstatningskravene som var mottatt ble avvist eller avslått da hovedårsaken var at det økonomiske tapet ikke var over minstebeløpet på 10 000 kr, eller at sakene var for gamle. Øvrige tannleger var gruppen med høyest medholds saker. Karies var diagnosen med flest medholds saker som erstatningssøkerne fikk behandling for. Kroneterapi og bro-behandling utgjorde 61% av medholds sakene som er den mest invasive behandlingen (Norsk pasientskadeerstatning, 2019). Ut ifra dette kan man se viktigheten av å sette fokus på tematikken feil eller unødvendig tannbehandling i privat tannhelsetjeneste i Norge.

2.7 Gjøre kloke valg kampanje

Med tanke på overbruk av tester, prosedyrer og behandling ble Choosing Wisely lansert i 2012. Formålet var å sette sammen lister for spesialforeninger over anbefalinger som skal spres blant dem (Den norske tannlegeforening, sist oppdatert 2022; Legeforeningen, 2023). Gjøre kloke valg kampanje er den norske versjonen av Choosing Wisely kampanjen. Norske legeforening tok først initiativ og startet den i Norge. I dag er flere medisinske foreninger også med i arbeidet, deriblant Den norske tannlegeforening (Legeforeningen, 2023). Flere medisinske foreninger avslørte i 2014 om rapporterte under- og overdiagnostikk, samt under- og overbehandlinger i fagfeltet (Legeforeningen, 2018).

Ettersom overbehandling er et utbredt fenomen, engasjerte den norske tannlegeforeningen seg med å delta i en større kampanje og har utarbeidet egne råd gjennom «gjør kloke valg kampanje». Hensikten var å redusere overdiagnostikk og overbehandling ved å gjøre kloke valg i behandling. Deriblant fokus på god kommunikasjon mellom pasient og tannlege slik at det blir god kvalitet på behandlingsavgjørelser, unngå unødvendig diagnostikk og behandling,

samt unngå unødige kostnader. Anbefalinger om behandling som burde unngås ble også inkludert i kampanjen (Den norske tannlegeforening, sist oppdatert 2022).

2.8 Lover

Som tannlege havner man inn under helsepersonelloven. §4 i helsepersonelloven, krav til faglig forsvarlighet er essensielt i tannleger arbeidshverdag. «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven 1999: §4). Som tannlege har man også taushetsplikt ovenfor pasientene sine. I helsepersonelloven kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsplikt er dette poengtert under §21. «Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» (Helsepersonelloven 1999: §21). Pasienter har rett til medvirkning og informasjon. Det betyr at tannlegen må følge pasient- og brukerrettighetsloven. §3-1 pasientens eller brukerens rett til medvirkning, poengteres det at pasientens har «rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder» (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999: §3-1). Det betyr også at pasienten har rett til å få nødvendig informasjon for å få innsikt i helsehjelpen, som påpekes i §3-2, pasientens og brukerens rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999: §3-2).

3 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Det er ønskelig å undersøke tannleger sine holdninger og erfaringer til overbehandling. Opplevelsene til deltagerne er viktig å belyse for å besvare problemstillingen. For å undersøke mennesker sine opplevelser og kunnskap om overbehandlinger sosial konstruktivisme sentralt fordi opplevelser og kunnskap blir påvirket av sosiale omgivelser som kultur og det fellesskapet man tilhører. Gjennom handlinger og subjektive prosesser tilegner man seg kunnskap (Green & Thorogood, 2018). Deltageren som er ønskelig å

intervju tilhører et odontologisk fellesskap som kan forme deres holdninger og erfaringer til overbehandling, gjennom det fellesskapet de tilhører.

3.1 Konstruktivisme

Konstruktivisme, også kalt sosial konstruktivisme handler om at mennesker konstruerer egen kunnskap gjennom livserfaringer, sosiale og subjektive prosesser. Konstruktivistisk tilnærming legger vekt på tannlegenes rolle i opplevelse av erfaringer.

Virkelighetsforståelsen til mennesker, gradering av sykdom eller hvordan vi ser på kroppens funksjon er preget av opplevelser og erfaringer resultert av politiske, historiske og sosiale prosesser (Green & Thorogood, 2018). Ifølge konstruktivistisk teori vil tannlegens egen kunnskap om overbehandling avhenge av interaksjon mellom sosiale og fysiske omgivelser. Sosiale omgivelser som kollegaer, arbeidsmiljø eller politisk ståsted. Samtidig kan tidligere handlinger eller behandlinger forme tannlegens kunnskap om fenomenet. Det er diskutert at det er en forskjell mellom «disease» og «illness» hvor «disease» er patologisk i det vitenskapelige paradigmet i moderne medisin som omhandler kroppens funksjon og organer tilknyttet sykdom. «Illness» er pasientens opplevelse av sykdom. Det diskuteres at medisinsk kunnskap er sosial konstruert (Eisenberg, 1977; Nettleton, 2021). Eksempelvis i masteroppgaven vil ikke behandling av sykdom være et objektivt bilde av som er nødvendig tannbehandling. Samtidig vil det enkelte individ oppleve et problem eller sykdom ulikt, uavhengig av det vitenskapelige paradigmet. Den russiske psykologen Lev Vygotsky var en sentral bidragsyter i konstruktivismen. Hans teori var at mennesker tilegner seg kunnskap i samfunnet av kulturelle påvirkninger. Samfunnet er et felleskap og kunnskap tilegnes gjennom deltagelse i fellesskap (Moe, 2000). Jeg ser på det som aktuelt at et konstruktivistisk perspektiv er sentralt i belysning av problemstilling og analysering av data for å forstå den enkelte tannlege sin erfaring og holdning til overbehandling. Det avhenger av en subjektiv prosess der kultur og samfunn kan ha en påvirkningskraft på å tilegne seg kunnskap, holdninger og meninger om fenomenet.

4 Teori

Sykdom, medikalisering, overforbruk, preferansesensitive helsetjenester, og god klinisk praksis i tannhelsetjenesten er sentrale begreper og perspektiver som vil presenteres for å besvare forskningsspørsmålet. Sykdom sier oss noe om hva som frisk eller syk. Det enkelte individ vil rangere smerte og sykdom ulikt. Hvordan den enkelte pasient opplever sykdom varierer, og kan eksempelvis si noe om utfordringen med å definere hva som blir sett på som nødvendig tannbehandling for befolkningen. Begrepet medikalisering er interessant å belyse for å diskutere og besvare forskningsspørsmålet da det sier noe om hvordan sykdom eller et problem behandles som medisinsk prosedyre. For eksempel et urealistisk syn på tenner og sosial funksjon kan si noe om pasienters forventinger til tannlegen, og tannlegens driver til fornøyde pasienter.

Jeg ser på det som sentralt å belyse begrepet overforbruk fordi det sier noe om overdiagnostikk og overbehandling. En diagnose kan fastlås, men ikke nødvendigvis være til fordel for pasienten. Diagnosen kan være riktig ut ifra diagnostiske standarder, men pasienten har nødvendigvis ikke symptomer eller sykdom, eksempelvis profylaktisk fjerning av visdomstenner (Institutt for Quality and Efficiency in Health Care, 2020). Preferanse sensitive helsetjenester er et begrep som er essensielt i formidling av medisinsk behandling til pasienten. Det er ønskelig å drøfte begrepet for å besvare problemstillingen, slik at man kan forstå viktigheten av både samtykke og medvirkning i valg av behandling. Veilederen god klinisk praksis i tannhelsetjenesten er ønskelig teori å presentere og inkludere i diskusjon av funn, fordi det forteller oss noe om de retningslinjene som eksisterer, og hva som blir sett på som nødvendig tannbehandling. Retningslinjer og forsvarlighet kan brukes til å diskutere funn.

4.1 Sykdom

For å forstå begrepet overbehandling vil sykdomsbegrepet utdypes. Hvordan sykdomsbegrepet forstås avhenger av hva man ser på som overbehandling og ikke (Legeforeningen, 2016). Sykdom er et vanskelig begrep å definere da det handler om forstyrrelser i kroppens normale funksjoner. Store norske leksikon definerer sykdom som:

«fellesbetegnelse på tilstander som kjennetegnes ved forstyrrelser i kroppens normale organiske eller mentale funksjoner og forandrer dem på en skadelig måte» (Roald, 2019). Etter definisjon påpekes det tydelig at det er et vanskelig begrep å definere. WHO, World Health Organization definerer helse som: «a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (Sartorius, 2006). Ved disse to definisjonen kan man forstå hvorfor begrepet sykdom er vanskelig å definere. I et sosialkonstruktivistisk syn blir helse og sykdom formet gjennom sosiale prosesser i samfunnsmessige forhold (Tjora et al, 2016). I medisinen blir sykdom sett på som avvik fra det normale. Hvem skal bestemme hva som er et fullstendig sosialt, psykisk og mentalt velvære, eller hva den normale funksjonen til kroppen er? Om man er syk eller har en diagnose er ikke gitt rett fram da en tilstand kan endres i ulike mellomrom til å gå fra å være normal til bli sett på som sykdom (Frich & Fugelli, 2006; Legeforeningen, 2016). Hva som er sykdom eller frisk henger sammen med tanken om hva som definerer et godt liv, tid, kultur, sted og politikk (Frich & Fugelli, 2006; Legeforeningen, 2016). Forestilling om sykdom er stadig i endring, spesielt i dagens samfunn. Markedsføring i dagens samfunn formidler forestillinger om helse og sykdom. Økonomisk gevinst ser ut til å være en motivasjon til å utvide grensen på hva sykdom er (Frich & Fugelli, 2006). Synet vårt på helse, sykdom og kropp blir endret på grunn av nyskapninger i den medisinske teknologien. Våre forventninger og assosiasjon med sykdom blir påvirket av blant annet religion og juridiske bestemmelser. Tidligere hadde medisinen mer makt over hva som var grensen mellom friskt og sykt. Det er blitt en maktbalanse mellom helsetjeneste og befolkning. I dag har pasienten selv mye å si for hva som er frisk eller syk (Frich & Fugelli, 2006).

4.2 Medikalisering

Medikalisering defineres ofte som: «a process by which some non-medical aspects of human life become to be considered as medical problems» (Hofmann, 2016, s. 253). Medikalisering blir sett på som å forstå et problem med medisinske begreper, som sykdom, eller å bruke medisinske metoder for å behandle et problem (Frich & Fugelli, 2006). Irving Kenneth Zola hevdet at medisinen tidligere ble styrt av religion og rettsvesenet, men i nyere tid overtar den

sosiale ordensmakten. Det blir forstått som at mennesker og livet i et moderne samfunn blir sett på som en gjenstand for diagnoser og behandling i medisinen. Det uttrykkes bekymring til at medikalisering truer folkehelsen ved at den medisinske profesjonen har blitt imperialistisk. Ivan Illichs hevdet at medikalisering truet folkehelsen gjennom at mennesker kunne føle skam og skyld dersom de ikke etter trår helsebudene. Sykeliggjøring av den naturlige kroppen og dens variasjoner, samt livsvansker som blir sett på som vanlige (Frich & Fugelli, 2006). Det kom frem i artikkelen *The paradox of health* at folkehelsen var i bedring, også i Norge, men tilfredsheten til egen helse ble rapportert som synkende blant folk (Barsky, 1988). Barsky påpekte blant annet at medikalisering kunne gi mennesker urealistisk syn og forventninger til livet og livets optimale funksjon. Han påpekte også at samfunnets økte helsebevisst kunne medføre at mennesker ble mer bevisst på egen helse, ikke nødvendigvis var positivt (Barsky, 1988; Frich & Fugelli, 2006). Noen hevder at levestandardforbedringen har ført samfunnet inn i en medisinsk kultur hvor vi ikke ønsker sykdom eller død. Det er bekymringer for at gjerrige produsenter og leverandører «vil skape inflasjon i sykdomsbegrepet og overbelaste helsetjenesten» (Frich & Fugelli, 2006). Bjørn Hofmann argumenterer for at sykdomsbegrepet ikke nødvendigvis trenger å være et endelig definert begrep, men kritisk diskusjon av sykdomsbegrepet slik at det kan brukes i ulike sammenhenger. Nysgjerrigheten rundt sykdomsbegrepet bør kunne brukes til hva helsevesenets oppgave er, hvor grensen mellom medisinen og mennesket går, naturvitenskapelig og kosmetisk og hvordan det skal fordeles (Frich & Fugelli, 2006; Hofmann, 2003). Medikaliseringbegrepet er sentralt å presentere for å få en bredere forståelse av begrepet overdiagnostikk da disse to begrepene har flere likhetstrekk. Det betyr nødvendigvis ikke at medikalisering er overdiagnostikk, da de har ulik ideologisk bakgrunn. For å diskutere om helsetjenesten er skadelig, nytteløs eller unødvendig kan begrepene medikalisering og overdiagnostikk brukes normativt (Hofmann, 2016; Hofmann, 2017). Medikalisering og overdiagnostikk kan oppfattes som sosial konstruksjon av sykdom (Hacking, 1999; Hofmann, 2017).

4.3 Overforbruk

Overforbruk er et samlebegrep for overdiagnostikk og overbehandling. Fellestrekk for overdiagnostikk og overbehandling er at helsetjenesten yter en tjeneste som ikke pasienten har nytte av, eller tar skade av (Frich & Fugelli, 2006). Overdiagnostikk er diagnostikk av en tilstand som ikke ville ha utviklet seg til sykdom, eller død, om den ikke var blitt oppdaget. Poenget er at man ikke på forhånd vet om tilstanden utvikler seg til sykdom eller død (Frich & Fugelli, 2006; Hofmann, 2016). En grunn til at det er lite oppmerksomhet knyttet til overdiagnostikk og overbehandling er at de som er overdiagnostiserte og overbehandlede ikke er klar over det. Snarere tvert imot, tror de at de har "blitt reddet" fra noe som er ille. Det betyr at overdiagnostikk ikke er direkte observerbart. Å si at noe er overdiagnostikk eller overbehandling er derfor kontroversielt (de Gelder et al, 2011; Hofmann, 2014; Hofmann, 2016). Diagnosen kan være riktig ut ifra diagnostiske standarder, men diagnosen vil ikke være til fordel for pasienten (Hofmann, 2016). Eksempelvis er fjerning av visdomstenner en medisinsk odontologisk prosedyre som kan være nødvendig ved indikasjon og er ofte en korrekt diagnosert tilstand, men dersom den ikke behandles vil den kanskje ikke resultere i symptomer, sykdom eller død (Hofmann, 2016; Institut for Quality and Efficiency in Health Care, 2020). Visdomstenner fjernes vanligvis når de forårsaker problemer for pasienten, eller om det veldig tydelig vil bli et problem i fremtiden. Å fjerne visdomstenner som ikke forårsaker plager har ingen vitenskapelig bevist helsemessig fordel. Fjerning av visdomstenner kan ofte være ubehagelig for pasienten og kan forårsake bivirkninger (Institut for Quality and Efficiency in Health Care, 2020). Det er argumentert for profylaktisk fjerning av visdomstenner av mange allmenntannleger og nesten alle oral- og kjevekirurger i USA. Ut ifra en uttalelse fra American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons ble det poengtert at dersom det ikke er nok plass til utbrudd av visdomstenner vil det være vitenskapelig forsvarlig å fjerne tennene i en tidlig alder. Som et resultat ble 10 millioner tenner på friske unge mennesker årlig fjernet, og ble klassifisert som tenner som ikke vokste frem i normal posisjon og var fullt dekket av kjeveben og tannkjøtt (Friedman, 2007).

En rekke potensielle drivere til overdiagnostikk og overbehandling har blitt avdekket. Sitatene «mer er bedre» og «nytt er bedre» har blitt sitert som drivere til overdiagnostikk og unødvendig behandling. Den kulturelle driven viser en sterk tiltro til fordelene med å gjøre tester for å stille tidlige diagnoser, også på grunn av frykt for at alvorlig sykdom skal bli diagnosert for sent (Pathirana et al, 2017). Det identifiseres flere syke mennesker i dag som

tidligere ble regnet som friske på grunn av utvidende sykdomsdefinisjoner. Det blir regnet som helsesystemdrivere og pådriver til overdiagnostikk da helsepersonell ofte har økonomiske motiveringsfaktorer til å gjøre flere undersøkelser eller behandlinger for pasientene sine. Tjenester med avgift kan føre til tidsbegrensninger under en konsultasjon, som kan føre til mangelfull informasjonsformidling til pasienter om hvorfor en test eller behandling ikke er nødvendig (Pathirana et al, 2017). Promotering av testing, konsultasjoner eller behandlinger kan være driver til overdiagnostisering. Annonser kan oppfordre oss til å kontakte lege for utredning og frykt for udiagnostisert sykdom (Pathirana et al, 2017).

4.4 Preferansesensitive helsetjenester

Preferansesensitive helsetjenester handler om at pasienter skal ta et valg mellom flere ulike behandlinger som har både fordeler og ulemper (Legeforeningen, 2016). Det kan være utfordrende for pasienten å ta medisinske avgjørelser. For at pasienten skal ta slike valg er kommunikasjon av riktig og forståelig informasjon avgjørende. Behandler har derfor et ansvar for tydelig kommunikasjon, god informasjon og å anskaffe pasientens ønsker (Legeforeningen, 2016). I pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 poengteres det at pasienten har rett til å medvirke i valg av behandlingsmetoder i helsetjenesten. Informasjonen skal tilpasses den enkelte pasient (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Videre i pasient- og brukerrettighetsloven poengteres det at, «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Dersom pasienter blir påført skade skal pasienten informeres om det slik at pasienten har tilstrekkelig informasjon for å ivareta egne rettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

4.5 God klinisk praksis i tannhelsetjenesten

Helsedirektoratet i samarbeid med tannleger utarbeidet en veileder med faglige retningslinjer om hva som er nødvendig tannbehandling. Den norske tannlegeforeningen uttrykte et ønske om retningslinjer og regler for hva som anses som optimal og fornuftig behandlingsplan og behandling for den individuelle pasient (Blich & Aandahl, 2011). Veilederen var ment som et hjelpemiddel da det kan være vanskelig å knytte eksakte regler til hvordan behandlingsplan og behandlingsforløp skal foregå. For å tilby optimal tannbehandling til den enkelte pasient og god kvalitet i tjenesten er veilederen et hjelpemiddel som kan anvendes av tannhelsepersonell. Tannlegen er ansvarlig for at behandling som både tilbys pasienter og utføres innenfor forsvarlige rammer. Før irreversibel behandling skal forebygging først være prioritert, og behandlingen som utføres skal være minst mulig inngripende. Etter irreversibel tannbehandling legges det et grunnlag for revisjoner senere i livet til pasienten. Faktorer som helsetilstand, evne til egenomsorg og eget behov for behandling, avhenger av hva som anses som optimal behandling. Ofte kan mindre omfattende behandling være bedre for pasienten sammenlignet med en omfattende restaurering (Blich & Aandahl, 2011).

Veilederen forholder seg til Helsedirektoratets definisjon av funksjonell oral helse. Pasienter har en akseptabel oral helse dersom de har akseptabel og fungerende tyggefunksjon, ikke alvorlig lidelser, smerter eller ubehag, og kan ha en sosial funksjon uten tannproblemer. Dersom noen av disse faktorene uteblir blir det sett på som nødvendig tannbehandling for å oppnå og bidra til akseptabel oral helse (Blich & Aandahl, 2011). Erstatning av tapte tenner for å oppnå tilfredsstillende tyggefunksjon er sett på som nødvendig tannbehandling. Det er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig sosial funksjon igjen. Det er pasienten som kan si noe om hvilke tenner som mangler for å ha en akseptabel sosial funksjon uten oral problemer som skjemmer de (Blich & Aandahl, 2011).

Når behandling skal velges er det viktig å velge minst invasiv behandling for å spare tannvevet. Dersom karies kan forebygges ved hjelp av hyppig recallintervall, kostholdsveiledning og fluorbehandling, skal fyllingsterapi unngås. Ved moderat og høy kariesaktivitet er alltid fyllingsterapi førstevalget så langt det er forsvarlig (Blich & Aandahl, 2011). Dersom tannen har høy betydning for tannsettet, vanskelig tørrleggingsforhold, og

mangel på tilstrekkelig emaljeavgrensning, er dette nok indikasjon for kroneterapi. Onlays/laminater havner i kategorien mellom fyllingsterapi og kroneterapi, og baseres mer på bittfysiologiske forhold og høye krav til estetikk. Behandlingsnivå og behandlings omfang varierer. Ved samme type behandlingsbehov er det store variasjoner i kostnad for behandling. Det er tannlegens ansvar å informere om forskjellene, hva som er aktuelt, og pris på behandlingene (Blich & Aandahl, 2011).

5 Metode

I dette kapittelet vil det gjøres rede for valg av metode og hvordan empiri er innhentet. Deretter vil det gjøres det rede for hvordan datamaterialet er analysert og etiske vurderinger. I masteroppgaven min anvendes kvalitativ forskningsmetode da målet er å undersøke tannleger sin forståelse av, erfaringer med og holdninger til fenomenet overbehandling. I masteroppgaven er det ikke ønskelig å innhente data i form av målbare enheter eller statistiske metoder, men derimot gå dypere inn i deltagerne sin subjektive forståelse og erfaring med fenomenet. Målet er å gå i dybden og belyse datamaterialet på en best mulig gjengivende måte. Ved innsamling av data er det ønskelig å oppnå fleksibilitet uten fastslått svaralternativer, og nærhet til feltet.

5.1 Forskningsdesign

Hvordan datainnsamlingen og undersøkelsen skal foregå avhenger av hvilket forskningsdesign som velges. Formålet med studien er å undersøke tannleger sin forståelse av, holdninger og erfaringer til fenomenet overbehandling i privat tannhelsetjeneste i Norge. Det er ønskelig å se på enkeltindividets sitt syn på fenomenet og sammenligne med de andre deltagerne. Dette for å få en mer omfattende forståelse på tvers av deltagerne av problematikken da det trolig er flere faktorer involvert og hvert enkelt individ har forskjellig syn. Det blir benyttet kvalitativt eksplorativt forskningsdesign for å belyse problemstillingen med individuelle semistrukturerte intervju. Erfaringer og holdninger lar seg verken fallfestes eller måles, derfor egner kvalitativ metode seg best for å undersøke deltagerne sine

holdninger og erfaringer til fenomenet (Dalland, 2015; Grenn & Thoragood, 2018). Fenomenet overbehandling er i lys av medikalisering og kan forstås av ulike sosiale faktorer. Mennesker kan forstå fenomenet på ulike måter. Det er interessant å undersøke hvordan hver enkelt deltager sitt syn på overbehandling er i virkeligheten. Nye aspekter om temaet kan belyses gjennom en dypere forståelse av hva deltagerne sier (Green & Thoragood, 2018; Thoresen, 2020; Tjora, 2017).

5.2 Semistrukturert dybdeintervju

I studien blir individuelle semistrukturerte dybdeintervju benyttet fordi det er tannleger sine egne erfaringer og holdninger som er ønskelig å belyse. Semistrukturerte intervju er en av de mest utbredte datageneringsmetoden i kvalitativ forskning (Tjora, 2017). I masteroppgaven er det satt av en time til hvert intervju. Det er ønskelig å skape en samtale relativt fritt i avslappet omgivelser, slik at deltagere ikke blir forstyrret eller påvirket av andre deltagere sin tilstedeværelse og uttalelser. Målet er at deltageren skal åpne seg, gi ærlige og fullstendige svar om fenomenet overbehandling i tannhelsetjenesten. Det kan være lettere å skape i en trygg atmosfære med individuelle intervju av tannlegene rundt en definert problemstilling. I studien stilles alle deltagere spørsmål ut ifra intervjuguiden med tema som skal belyses i dialogen mellom deltager og meg som intervjuer. Spørsmålene er tilpasset problemstilling, men det er mulig å stille oppfølgingsspørsmål under selve intervjuet. Åpne spørsmål blir benyttet for at deltagere skal ha mulighet til å gå i dybden på det de ønsket å fortelle eller fortelle mer om. Åpne spørsmål og relativt fri samtale kan føre til at deltagere kommer inn på momenter som jeg ikke hadde tenkt på i utgangspunktet, men i ettertid av intervjuet kan bli relevant for studien.

5.3 Utvalg og inklusjonskriterier

I lys av problemstillingen måtte utvalg av deltagere bestå av tannleger. For å få et rikt datamateriale men samtidig ikke for omfattende ønsker jeg et utvalg mellom 6 og 10 deltagere (Green & Thoragood, 2018). I masteroppgaven skal det i motsetning til et representativt utvalg etableres et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er en vurdering av de deltagerne som er mest interessante og relevante for prosjektet (Malterud, 2012). Deltagerne

blir ikke tilfeldig utvalgt for å opptre på vegne av en populasjon som i surveyundersøkelser i kvantitativ metode (Tjora, 2017). For rekruttering av deltagere sender jeg informasjonsskriv per e-post til ansatte i privat tannhelsetjeneste. Det er et krav at deltagerne er ansatt i privat tannhelsetjeneste. Det er også ønskelig med variasjon i alder da det er relevant og grunn til å tro at variasjon i arbeidserfaring har betydning for fenomenet som skal undersøkes.

Inklusjonskriterier er klinisk arbeid i privat tannhelsetjeneste og minimums to års arbeidserfaring. Det er også ønskelig med variasjon i arbeidserfaring og alder for et variert og rikere datamateriale. Det er ønskelig å gjennomføre individuelle intervju fra forskjellige klinikker. Ved å inkludere behandlere fra forskjellige klinikker kan det bidra til ulike erfaringer, meninger og holdninger om tema, som igjen kan gi et rikere materiale (Malterud, 2012). Eksklusjonskriterier er tannleger som er ansatt i den offentlige tannhelsetjenesten på bakgrunn av at tannbehandlere i offentlig tannhelsetjeneste er fast ansatt i fylkeskommunen med rettigheter som det medfører. De bruker tiden sin på å behandle prioriterte grupper som har rett på gratis tannbehandling, hvorav stor del er barn og unge. På grunn av disse prioriterte gruppene i offentlig tannhelsetjeneste har behandlerne sikret pasienttilgang. Som behandler i privat tannhelsetjeneste kan man bli arbeidsledig dersom man ikke har pasienter (Tannhelsetjenesteloven, 1984, § 1-3). Det kan vært interessant å undersøke tannpleiere sine holdninger til fenomenet også. Derfor ønsker jeg å inkludere de i rekrutteringen. Men etter rekrutteringen var det ingen tannpleiere som meldte interesse for studien. Dette ser jeg på som greit ettersom tannpleiere fokuserer mest på forebyggende behandling, og ikke utfører store restaureringer som tannlegen gjør.

5.4 Rekruttering

For å rekruttere deltagere starter jeg med å skrive et infoskriv med skriftlig samtykke. For at deltagere skal vite hva de skal delta på skriver jeg kort om prosjektets formål, hvem som er ansvarlig for prosjektet, hvorfor de får spørsmål om å delta og hva det innebærer å delta. Jeg tydeliggjør også at det er frivillig å delta, personvern, hvordan opplysninger ble oppbevart og deltager sine rettigheter. For at deltagere skal gi samtykke er det viktig at disse opplysningene er godt formidlet, også for å unngå senere uenigheter og misforståelser. For å starte innsamling av data må spesifisert informasjon gis til deltagere og samtykke må være gitt (se vedlegg 2 for informasjonsskriv). Videre lager jeg en liste over private tannklinikker i Oslo.

Jeg begrenser meg til Oslo da det er mest praktisk for meg for å unngå å bruke mye tid på å reise rundt i en større del av landet. Ulempen ved å begrense meg til kun Oslo er at jeg mister demografisk variasjon mellom forskjellige strøk. Men på grunn av kapasitet velger jeg fortsatt å begrense meg til en by. Det er mange tannklinikker i Oslo med variasjon i både alder på behandlere, arbeidserfaring og bakgrunn. Det er ønskelig med variasjon i bakgrunn, utdanning, erfaring og kjønn, for å få et bredt spekter i datamaterialet. For å rekruttere deltagere blir informasjonsskriv sendt til klinikkens e-post. Klinikklede sendte det deretter videre til sine ansatte. Dette gav meg trygghet på at tannlegene som mottok invitasjon til prosjektet hadde godkjent norsk lisens og jobbet i privat praksis. De tannlegene som hadde spørsmål til prosjektet sendte meg en privat e-post, og de som ønsket å delta sendte signert samtykkeskjema og ønsket å fastslå dato for intervju. Det meldte seg tannleger av begge kjønn. Til sammen er det seks deltagere som er motivert og ønsket å delta i prosjektet. Antall deltagere er relativt lavt i forhold til Kvale & Brinkmann (2015) som anser 10-15 pluss minus deltagere som optimalt i intervjuundersøkelser. Men de sier også at for mastergradsprosjekter anses fire deltagere for å være optimalt og innenfor med tanke på ressurser og tidsbruk som er tilgjengelig og studieforløpets omfang (Kvale & Brinkmann, 2015). Ingen av deltagerne hadde innvendinger om å delta i prosjektet og det ble avtalt dato for intervju.

5.5 Intervjuguide

Formålet med semistrukturert intervju er at deltageren skal kunne snakke fritt. Intervjuguiden blir derfor kun en ramme for samtalen med fokus på åpne spørsmål (se vedlegg 1). Første del består av bakgrunns spørsmål, utdanning, arbeidserfaring og om deltager har fastlønn eller provisjon. Videre legger jeg opp spørsmål rundt forståelse av selve fenomenet overbehandling som innledningsspørsmål. Jeg ønsker å komme raskt inn på hovedformålet med oppgaven som er overbehandling. Her er det ønskelig å belyse deltagerne sine definisjoner på fenomenet. En overordnet definisjon er ønskelig å vise deltagerne for å kartlegge om de er på samme bølgelengde. Faktorer som kan bidra til overbehandling, bevissthet rundt fenomenet og hvordan de forholder seg til problematikken i praksis er også ønskelig å belyse. Jeg ønsker raskt å lage meg et overordnet syn på deltagerne sitt syn på fenomenet. Deretter er det ønskelig å belyse erfaringer, konkrete eksempel på hendelser som de hadde opplevd og diverse spørsmål til hendelser som er aktuelle i en klinisk hverdag som,

arbeidskontrakt, second opinion og økonomisk motivasjon for å utøve behandling. Videre er det ønskelig å belyse deltagerne sine holdninger, om de er på fenomenet som et problem, eventuelt et økende problem i tannhelsebransjen og sensitiviteten rundt fenomenet. Deretter går jeg videre til å belyse estetisk og kosmetisk tannbehandling. Neste tema i intervjuguiden er markedsføring og tilbud på tannbehandling. Her er det ønskelig å belyse deltagerne sine erfaringer med tematikken og hva som er ønskelig å oppnå med det. Jeg avrunder intervjuguiden med avslutningsspørsmål.

5.6 Pilotintervju

For at intervjuguiden skal gi et godt grunnlag for datainnsamlingen utfører jeg et pilotintervju på en kollega. Dette er for å gi meg erfaring i selve intervjusituasjonen og avdekke eventuelle dårlige spørsmål. Ved å utføre pilotintervju kan det gi meg mulighet til å finjustere på spørsmålene før hovedintervjuene starter. Jeg valgte å utføre piloten på en bekjent kollega slik at jeg følte meg trygg på personen og selve situasjonen. På denne måten kunne jeg teste spørsmålene og nye spørsmål ved å være litt friere. Jeg opplevde at det ble noen stille situasjoner da jeg ble usikker på hvordan jeg skulle gripe situasjonen og neste spørsmål. Det var derfor lettere for meg å starte en samtale og finne på nye spørsmål med en bekjent person. Min kollega som ble intervjuet fortalte at det var enkelt å snakke fritt og følte seg ikke avbrutt. De stillhetene som jeg mistenkte å være ubehagelig for intervjuobjekt, ble satt pris på. Intervjuobjekt fortalte at de stille øyeblikkene ble satt pris på for å kunne tenke seg om og reflektere. Etter pilotintervjuet ble det gjort noen små endringer på intervjuguiden. Intervjuguiden ble ferdigstilt og ingen flere endringer ble gjort under datainnsamlingen. Det viktigste jeg lærte under pilotintervjuet er å gi deltager stillhet og ro når det blir stille, og ikke forhaste meg videre til neste spørsmål. Det gir en åpen refleksjon og trygghet under intervjuet som deltager kan sette pris på.

5.7 Datainnsamling og lagring

For at deltagere skal kunne delta i studien må de lese informasjonsskriv og samtykke til deltagelse med signatur. Det ble avtalt at intervjuene ble holdt på grupperom på Universitet i Oslo og behandlingsrom i klinikk, hvor deltagere følte seg komfortable. Jeg ønsket å ha det fredelig under intervjuet for å unngå forstyrrelser i seansen og støy på lydopptaket.

Diktafonen ble lagt på bordet mellom oss, og intervjuguiden hadde jeg tilgjengelig under hele intervjuet. Lydopptakene ble opplastet på server i TSD, Tjenester for Sensitive Data, som er passord beskyttet. Diktafon ble innelåst. Ved transkribering er det kun jeg som hører på lydopptakene uten andre personer i rommet. Transkripsjonen foregår anonymt slik at det ikke er mulig for andre mennesker å gjenkjenne hvem personene er. Transkribert intervjuer ble lagret anonymt på passord beskyttet maskin. Alle seks deltagerne ble intervjuet fysisk i perioden september 2022.

5.8 Refleksivitet

Refleksivitet handler om hvordan forsker forholder seg til datamaterialet og hvordan kunnskapen formes i analysearbeidet. I kvalitativ forskningsmetode vil forsker påvirke resultatene både indirekte og direkte. Jeg er med på å forme data og meningen med datamaterialet. I analyseprosessen vil min forforståelse, erfaringer og faglige perspektiver påvirke presentasjon av funn (Green & Thorogood, 2018). Det er nødvendigvis ikke en bias, og ville ikke vært annerledes med en annen forsker. Mennesker har ulikt syn på verden, og mitt mål er å forstå deltagere sine perspektiver i studien. Det er viktig å tenke på hvordan antagelser påvirker besvarelse av spørsmål (Green & Thorogood, 2018). Ikke nødvendigvis bare for min egen forståelse, men for leseren som skal forstå min formidling av resultater. Hva jeg legger merke til i dataene påvirkes av min bakgrunn som tannpleier. Det kan være både en styrke og en svakhet, i form av at jeg kan kjenne til feltet. Kjennskap til feltet kan

være en fordel, samtidig som at tidligere erfaringer kan fremskynde beslutninger, som kan være normativ retningsgivende (Green & Thorogood, 2018).

5.9 Etiske betraktninger

Etikk ligger underforstått i all forskning. Kontakten vi har med deltagerer i forskningsprosjekt preges av respekt, tillit, gjensidighet og konfidensialitet. Kommunikasjon og tillit er avgjørende i relasjon til deltager, slik at de har lyst gi noe tilbake til det som ønskes å forskes på. I kvalitativ forskning har man ofte direkte kontakt med deltager, gjensidig respekt og høflighet for etisk god forskning er derfor et godt utgangspunkt (Tjora, 2017). Det ble gjort etisk vurdering av å delta i prosjektet. I hensyn til Forskningsetikkloven (2017) skulle det på ingen måte være noe risiko for deltagerer å delta i prosjektet. Forskningsetikkloven bidrar til at forskning skjer i henhold til forskningsetiske normer (Forskningsetikkloven, 2017). NSD, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, godkjente forskningsprosjektet 09.06.2022.

Deltagerer i prosjektet ble skjermet for muligheten for skade, rett til selvbestemmelse og privatlivets fred. Dette prosjektet var intervjubasert så muligheten for skade var ikke sammenlignbar med for eksempel intervensjonsstudie. Personvern var viktig for at deltagerne ikke skulle gjenkjennes (Dalland, 2015; Green & Thoragood, 2018). Personidentifiserbare data ble oppbevart på en trygg måte. I analysen er slike detaljer pseudonymiseres slik at deltageren var identifisert gjennom et kodennummer. Det var frivillig deltagelse, så selvbestemmelse for deltagelse var viktig å tydeliggjøre. Et tilstrekkelig samtykke til å delta i prosjektet var å gi samtykke etter å ha mottatt et informasjonsbrev. Ettersom prosjektet ikke skulle inkludere persondetaljer trengte jeg ikke å søke godkjenning fra REK, den regionale etikkomiteen (Bakketeig & Magnus, 2002; Carter & Lubinsky, 2016). Da deltager godkjente ble intervjuet tatt opp på bånd. Informasjonen under intervjuet var konfidensielt. Intervjuet ble transkribert anonymt. Lydopptaket slettes når prosjektet er ferdig. Opplysningene er anonymisert, og ingen deltagerer er gjenkjent i det ferdige prosjektet.

5.10 Vurdering av nytte og risiko for deltagerne og forskerens rolle

Det eksiterer alltid en risiko for at deltagere kan bli negativt påvirket av å delta i forskning. I min studie skal deltagere uttrykke egne erfaringer fra sin profesjon som kliniker. Det er ansett som liten risiko av skade eller konsekvenser ved å delta i studien. Det er fortsatt viktig å nevne konsekvenser som deltagerne kunne hatt. For å delta må de prioritere en time av sin fritid og snakke ærlig om et tema som kan oppleves som sensitivt. Samtale om erfaringer som strider mot faglig forsvarlig tannbehandling og god klinisk praksis kan komme frem. Men gode erfaringer, tanker og holdninger som kan være relevant kunnskap for deltagerne å ha med seg i klinisk praksis etter endt prosjekt, kan også belyses. Nyttens av å delta i studien er å bidra til å belyse et tema er relativt lite undersøkt. Dette kan gi økt forståelse om tematikken, samt klarhet i eventuelle antagelser. Deltagelse i prosjektet kan øke tannlegene sin bevissthet på overbehandling. De kan reflektere over sine erfaringer og holdninger, som kan bidra til økt oppmerksomhet til å eventuelt forebygge det økende problemet med overbehandling. Annen konsekvens som alltid eksisterer ved deltagelse i forskning er fare for gjenkjenning for deltagere. Deltagernes språk og tale er tilknyttet identiteten deres (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Derfor er datamateriale anonymisert, og fare for gjenkjenning er ikke mulig. Det er også viktig å tenke over at deltagerne utleverer personlig erfaringer, og som forsker må jeg tenke på hvordan jeg fortolker informasjonen. Som forsker ønsker jeg ikke at deltagere skal føle seg misforstått eller stigmatisert i form av at de ikke kjenner seg igjen i tolkning av informasjonen. Formålet er å beskytte deltagere sin forståelse av egen situasjon, samtidig som jeg skal ivareta formålet med forskningen, og belyse datamaterialet ut ifra perspektiver som ikke er kjent for deltagerne (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Det kan forekomme etiske dilemmaer dersom det oppdages forhold som tannlegene ikke ønsker å få belyst. Da er det viktig å presentere funn uten å påføre deltagere ubehag (Dalland, 2015). Som forsker har man alltid en forforståelse man tar med seg inn i en studie. Det betyr at forsker allerede har en dom om fenomenet som skal undersøkes. For min del med tannpleier bakgrunn er det ikke mulig å unngå å ha fordommer eller meninger om overbehandling før jeg går inn i studien. Da er det viktig å møte fenomenet med et åpent sinn og mest mulig ubundet av forutsetninger (Dalland, 2015). For min del vil mine syn og tidligere erfaringer ikke påvirke data og analysen fordi jeg ønsker å formidle deltagere sine refleksjoner for å besvare problemstillingen. Det er naturlig at folk

ønsker å fremstille seg selv i et bedre lys, også som forsker. Men fenomenet overbehandling ønsker jeg å undersøke for å formidle om det eksisterer i bransjen eller ikke.

5.11 Analyse

Analysen tar utgangspunkt i Braun og Clarke (2006) sin metode, hvor de deler analysen opp i 6 forskjellige trinn. 6-trinns tematisk analysen er et godt utgangspunkt for gjennomføring av analysen og relatere det til forskningsspørsmålet med data fra de individuelle semistrukturerte intervjuene (Braun & Clarke, 2006; Green & Thoragood, 2018). Braun og Clarke (2006) har disse trinnene; datamaterialet, koding, kategorisering, kritisk gå gjennom tema, definer og gi tema navn, og til slutt skriv rapporten (Braun & Clarke, 2006; Green & Thoragood, 2018).

I studien benytter jeg tematisk analyse lansert av psykologene Virginia Braun og Victoria Clarke med en konkret tilnærming til kvalitativ analyse (Johannesen et al, 2022). Rapportert i helsetidsskrifter kommer det frem at tematisk analyse er den mest brukte metoden i kvalitativ forskning, og har som mål å presentere deltagerens nøkkelementer i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006; Green & Thoragood, 2018; Johannesen et al, 2022). Braun & Clarke (2006) trekker frem at denne analysemetoden er fleksibel og forenelig med både et konstruktivistisk og realistisk verdenssyn, og er ikke nødvendigvis bundet til et bestemt teoretisk rammeverk. Metoden gir grunnlag for å analysere erfaringer, meninger, hendelser, narrativ eller diskurser etter hvilket rammeverk som er lagt til grunn. Analysemetoden omhandler å se etter tema i datamaterialet. Tema vil si at datamateriale grupperes med fellestrekk i kategorier. Målet er å gruppere svarene fra intervjuet i kategorier for å svare på forskningsspørsmålet (Johannesen et al, 2022).

I min studie ser jeg verden ut ifra et konstruktivistisk ståsted og er ute etter forståelser, erfaringer og holdninger til et gitt fenomen. Bruken av tematisk analyse er derfor med på å legitimere valg av analyse i min studie. Braun & Clarke (2006) trekker også frem at tematisk analyse er egnet for videre kvalitativ forskning da den byr på primær kompetanse, og er en sentral metode som forskere bør lære seg. For å finne overordnet temaer er metoden godt egnet etter enkeltindividets opplevelser. Metoden er enkel å lære seg, og å gjennomføre, og

derfor nyttig å bruke som uerfaren forsker. Jeg har lite erfaring fra kvalitativ forskning og anses som en uerfaren forsker, som da forsvarer bruken av metoden i min studie (Braun & Clarke, 2006).

Før jeg startet med analysen satt jeg med mange spørsmål. Kan empirien besvare problemstillingen min? Hva er det viktigste i empirien og hvordan skal jeg trekke det frem? Bør jeg inkludere andre nye fenomener som er interessante i analysen? For å unngå premature konklusjoner og ta steg for steg for å oppretthold en systematikk brukte jeg den stegvis-deduktiv induktive (SDI) strategien (Tjora, 2017). Før jeg startet å kode tenkte jeg på hvordan temaene skal se ut og om jeg ønsket å fremheve et spesielt tema, samt hvor omfattende beskrivelse av datasettet jeg ønsket det skulle være. For at leseren enklest mulig skal få en forståelse av hva som er de mest overveiende og viktigste temaene i datamaterialet valgte å fokusere på hele datasettet, men samtidig tok jeg utgangspunkt i flere temaer som var relevant til problemstillingen. Ifølge Braun & Clarke (2006) er en omfattende beskrivelse av datasettet passende dersom det er lite forskning på overordnet fenomen (Braun & Clarke, 2006).

Teoretisk tilnærming passer best da jeg på forhånd av analyseprosessen har bestemt overordnet problemstilling. Dette legger føring for studien da jeg arbeider ut ifra en forhåndsbestemt problemstilling. I motsetning til en induktiv tilnærming hvor man danner problemstilling underveis i analyseprosessen. Ved en induktiv tilnærming i kode prosessen tilpasser man ikke dataene til forskerens forutinntatthet. I en teoretisk tilnærming er forsker mer drevent av egen interesse. Fordelen ved en teoretisk tilnærming er å ha mulighet til å gå dypere inn i enkelte synspunkt i datasettet (Braun & Clarke, 2006). Jeg anser teoretisk tilnærming som nyttig da formålet med studien er å gå dypere inn i deltagerne sine holdninger og erfaringer til overbehandling.

5.12 Analyseprosessen

Analyseprosessen består av seks faser; transkribering, koding, søke etter tema, gjennomgang av tema, definere og navngi temaer og skrive rapporten (Braun & Clarke, 2006).

Som en del av analyseprosessen transkriberte jeg lydfilene fra intervjuene fra tale til tekst. I denne første fasen handler det om å bli kjent med datamaterialet sitt (Braun & Clarke, 2006).

Det er nyttig å notere seg hvilke tanker og uttrykk man får gjennom transkriberingen.

Transkribering omhandler å gjøre intervju om til tekst slik at datamaterialet senere kan presenteres i resultatdelen i oppgaven. Resultatene i studien avhenger av materialet som ble innsamlet under intervjuene. Det er derfor viktig å transkribere intervjuene med høy kvalitet. Dette innebærer å transkribere ordrett hva som blir sagt under intervjuene. En samtale har sjeldent komplette setninger og optimal grammatikk, så det å reprodusere den faktiske praten og ikke pynte på det er viktig. Det inkluderer også nøling, opphold, forstyrrelser, avbrudd og slang uttrykk (Green & Thorogood, 2018; Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte derfor å ta opp intervjuene for å få med ordbruk, pauser og tonefall slik at jeg hadde mulighet å gå tilbake å høre på lydfilen. Jeg valgte å transkribere intervjuene manuelt fremfor å bruke tekstbehandlingsprogram selv om det er en omfattende prosess. Ved å selv transkribere intervjuene får man en fordel ved å komme tettere på datamaterialet og lage seg diverse emosjonelle og sosiale aspekter underveis i prosessen, som er en start på analyseprosessen (Green & Thorogood, 2018; Kvale & Brinkmann, 2015). Det er også viktig å påpeke at ulike elementer kan forsvinne under transkribering, som kroppsholdning, ironi, og kroppsspråk. Disse elementene er erfaringer som forsvinner i prosessen fra tale til tekst (Kvale & Brinkmann, 2015).

Etter transkribering satt jeg igjen med et stort materiale med mye tekst. Fase to i analyseprosessen er koding. Koding handler om å organisere datamaterialet på en systematisk og meningsfull måte ved å dra ut viktige poeng fra datamaterialet. Man skaper en større forståelse ved å sette ord på viktige inntrykk og poeng i dataene. Man får også en dypere innsikt og bedre oversikt over innholdet i datamaterialet, og bli klar for fase tre i analysen som er kategorisering (Johannesen et al, 2022). Jeg lagde et nytt dokument for hvert intervju med to kolonner, hvor den ene kolonnen inneholdt det transkriberte intervjuet og den andre kolonnen skrev jeg kodene til hvert enkelt tekstutdrag. Deretter gulete jeg ut viktige poeng fra

datamaterialet. Ved koding organiserte jeg det transkriberte datamaterialet inn i korte og spesifikke begreper som best mulig reflekterer til problemstillingen.

<p>ikke tenker på hver dag at det må gi en helsegevinst eller være en medisinsk nødvendig behandling. Det er jo ikke medisinsk nødvendig å fikse litt på en tann som er litt skeiv og polere og legge en liten fylling. Så ifølge den definisjonen der så har jeg overbehandlet mye. Men jeg kunne jo absolutt vært strengere på å overtale pasienten til å ikke utføre behandling som de kommer og ønsker da, faktisk.</p> <p>Intervjuer: Vil du være redd for å miste pasienten da? D: jo, altså da går jo den til en annen da eller enda verre at de går til Tyrkia liksom og får kroner på alle tenner og får rotfyllinger og sånn.</p>	<p>Ikke medisinsk nødvendig å behandle en tann som er litt skjev, polere og legge fylling</p> <p>Ifølge definisjon har jeg overbehandlet mye</p> <p>Kan bli strengere på å overtale pasient til å ikke utføre etterspurt behandling</p> <p>Frykt for å miste pasient til en annen behandler</p> <p>I verste fall får de behandling i Tyrkia, kroner på friske tenner</p>
---	--

Tabell 1: eksempel på koder.

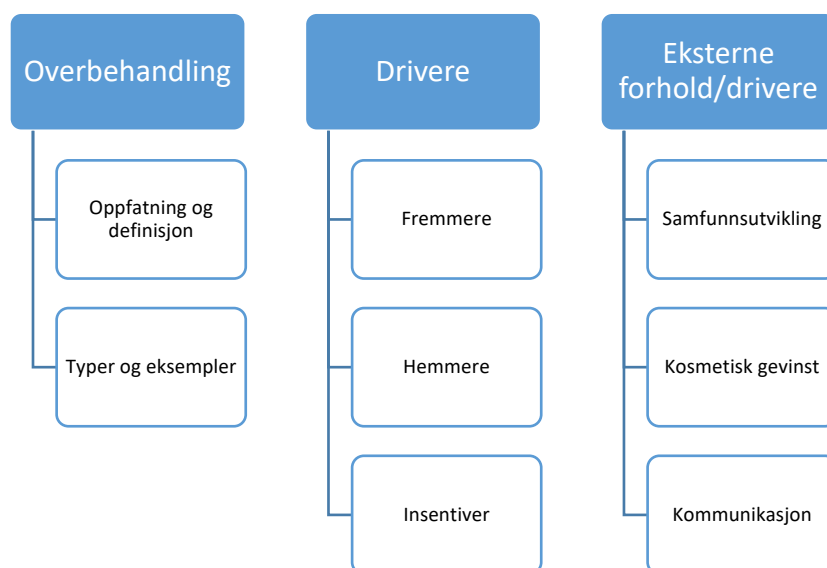
Etter hvert som jeg kodet fikk jeg diverse tanker og refleksjoner som jeg noterte meg. Dette opplevde jeg som nyttig for å enklere finne tilbake til viktige poeng. Eksempel på noen av de første kodene var sosial funksjon, tom timebok, kommunikasjon, indikasjon for behandling, journalføring». Jeg kodet ikke hele datamaterialet like grundig da det varierte hvor relevant og interessant diverse utsagn fra datamaterialet var. Det er ikke all data som er relevant og formålet med studien er åpenbart å besvare forskningsspørsmålet. Ikke relevant data ble kodet men ikke like grundig som relevant data. Når jeg markerte data fra intervjuet forsøkte jeg å ikke markere for mye tekst av gangen. Ved å markere for mye tekst av gangen blir det vanskeligere å beskrive det som skiller seg spesielt ut (Johannesen et al, 2022). For å best mulig gjenspeile det konkrete innholdet i datamaterialet kodet jeg data nært. Data nær koding vil si å kode datamaterialet så tekstnært som mulig, da formålet er å forstå det konkrete innholdet i dataene kun ved å lese koden (Johannesen et al, 2022). Begrepene som kom frem i transkriberingen brukte jeg konsekvent.

Etter grundig koding av datamaterialet gikk jeg videre til tredje fase av analyseprosessen som er kategorisering av dataene. Det innebærer at kodene samles og settes sammen i en større helhet. Jeg studerer kodene mine og samler de som hører sammen under hver enkelt kategori. Jeg benyttet fargekoder for at dokumentet med koder og kategorier ble mer oversiktlig. Bak alle kodene noterte jeg hvilket nummer på intervjuet det var fra. Dette var for å enklere kunne finne igjen koden i det transkriberte intervjuet for å finne utsagn. Etter kodingen satt jeg igjen med overveldende mange koder og opplevde det som utfordrende å gå videre med det. Etter hjelp fra veileder tenkte jeg på kategoriene som bokser. Kodene ble deretter fordelt under disse boksene med kategorier. Jeg opplevde det som en ryddig og oversiktlig måte å arbeide på. Hver kategori skal navngi det kodene har til felles. Det var en omfattende jobb med mange koder som skulle fordeles. Skjema så følgende ut med fargekoder og nummer på hver kode som tilhørte hvert intervju.

Oppfatning av overbehandling	Motivasjon for overbehandling	Typer av overbehandling	Hemmere og fremmere	Konkurransemarked	Samfunnsutvikling	Kommunikasjon	Forebygging	Kosmetisk revisjon
Unødvendig behandling (1,5)	Provisjonslønn, motivasjon til å jobbe mer (5)	Skifte en fylling før det er nødvendig (3)	Feil diagnose (3)	Satt i et dårlig lys pga frykt for å miste pasienter og tillit (2)	Sosiale medier og andre påvirkninger med fine tenner (5)	Er bevisst på overbehandling siden det er et tema vi snakker om (6)	Tannlegeforering etiske retningslinjer (4)	Mineralisering sforstyrrelse kan leves med men er ikke estetisk (3)
Påført pasienten unødvendig behandling (4)	Bedre fortjeneste (1)	Etter pasientens ønske legger estetisk fyllinger ikke invasiv behandling, uten boring.	Mangel på kunnskap (2)	Ond sirkel påvirket av andre kollegaer (6)	grensen for det som er medisinsk og som blir mer over på bare kosmetisk behandling hviskes ut (5)	Fenomenet eksisterer men blir ikke snakket om (2)	Journalføre godt for å unngå å bli anklaget for overbehandling (3)	Går and å bleke på estetisk indikasjon (3)
Unødvendig behandling som ikke er fra pasientens perspektiv (6)	Tom timebok (6)	Noen kan tolke det som overbehandling (5)	Ikke oppdatert kunnskap (2)	Variasjon i diagnostikk gjør pasienter skeptiske til oss (1)	Økt oppmerksomhet og kritiske spørsmål fra pasienten (1)	Aktuelt tema blir ikke snakket nok om (2)	Lærer bort gode etiske holdninger til studenter på universitetet (4)	Kosmetisk er over det som er normalt for alderen, ser ikke naturlig ut (3)
Andre gevinster enn pasientens beste (2)	Ikke aktuelt ved godt pasientgrunnlag (2)	Ubevisst overbehandling (2)	Feil tolkning av røntgen (2)	Ikke like lukrativt økonomisk å være tannlege lenger (2)	Mye fokus på overbehandling (3)	Ikke sette kollega i dårlig lys (2)	Annen tannlege i mellomledd du ikke vet mye om (4)	Innafor å behandle på estetisk indikasjon uten at det er unødvendig behandling (3)
Ikke medisinsk nødvendig behandling (3)	Private økonomiske forhold kan påvirke(2)	Andre indikasjoner som vil gi gevinst for pasienten Sosial funksjon (6)	Kultur Etisk holdning (4)	Ikke akseptabelt med omsetningskrav i arbeidskontrakt (3)	Større etterspørsel, mer behandling for tannlegen (5)	Kommunisere fokus på riktig behandling (6)	Ikke egne forelesninger om overbehandling og god klinisk praksis (4)	Kosmetikk er mer skjønnet, som botox (3)
Overbehandling ikke sykdom (3)	Omsetning (2)	Estetisk behandling grense til overbehandling (5)	Tilbakeholden til behandling (1)	Utsatt i diagnostisering (3)	Utbredt fenomen (3)	Forsikre pasienten om god behandling (6)	Går under etikken, atferdsfag og kommunikasjon (4)	Kosmetikk er mer skjønnet, som botox (3)
Legge problem i pasientens øyne, overbehandling (5)	Frykt for å miste pasienten, tar omsetningen selv (2)	Informasjon om ikke medisinsk nødvendig behandling (3)	Informasjon om ikke medisinsk nødvendig behandling (3)	Ikke godtatt kontrakt med inntjeningskrav. Tvinger deg til å lete etter behandling for å nå målet. Ikke erfart den type kontrakt (2)	Second opinion pga føler de har fått unødvendig behandling (4)	Kommunikasjon til pasient er viktig (1)	Forsikre pasienten om god behandling (6)	Estetisk og kosmetisk behandling kan assosieres med overbehandling (3)
Invasiv behandling (4)	Munnikk, kollega og sjef kan bidra til overbehandling (5)	Tenderer mot overbehandling ofte Diagnostisere karies 3 fremfor karies 2 overbehandling (3)	Intensjon pasientens beste (2)	Opplever oss som dyre (3)	Tidligere fikk pasienter beskjed om hva som må gjøres og pasienten følte de ikke hadde valg (6)	Fle faktorer bak hyppig tannrens Hygiene Oppfylle pasientens ønske om rens	Lite om disse temaene før, blir mer og mer av det (4)	På grensen til overbehandling (3)
Ikke helsegevinst for pasient (2)	Overbehandling aktuelt jo mindre pasienter du har (2)	Lede pasienten inn på behandlingsspør (4)	Lede pasienten inn på behandlingsspør (4)	Unødvendig dyr behandling (3)				
Behandle og ta betalt uten		Erfarer variasjon i diagnostikk og anbefalt	Bevisst på					

Tabell 2: kategorisering av koder.

I fase fire gikk jeg gjennom temaene enda en gang for å være sikker på at kvaliteten på temaene var egnet til å omringe hovedfunn i datamaterialet. Det var viktig at kodene passet under hvert enkelt tema. Dersom det var noen temaer som gikk inn i hverandre ble disse samlet til et tema og kodene ble fordelt dretter. Som Braun og Clarke påpeker kan det være nødvendig å kombinere temaer dersom de flyter for mye inn i hverandre (Braun & Clarke, 2006). Dersom koder ikke passet inn ble de slettet. Hele datasettet ble studert for å være sikker på at jeg ikke hadde oversett tekst som burde vært kodet under et tema. Jeg sjekket alle kodene flere ganger for å være sikker på at alle var plassert under riktig kategori, og at jeg ikke hadde glemte noen. Jeg sa meg fornøyd med at koder og kategorier var koblet sammen til å belyse funn i datamaterialet. Jeg var klar til å gå videre til fase fem der hovedtemaer ble opprettet. Temaene ble definert i en oppsummerende tekst som inkluderte kodene. Den oppsummerende teksten under hvert tema gjorde det lettere for meg å se hvordan jeg kunne bruke informasjonen til å belyse og besvare problemstillingen.



Tabell 3: oversikt over tema med undertema.

Fase seks er siste steg av analysen. Når alle temaene var definert ble funn presentert i resultatkapittelet.

6 Presentasjon av funn

Resultatene fra analysene av intervjuene til de seks deltagerne som deltok i studien presenteres systematisert i tema og undertema, som beskrevet i analyseprosessen. Sitater brukes for å underbygge empirien. På slutten av kapittelet oppsummeres resultatene.

De mest fremtredende temaene i datamaterialet var overbehandling, drivere og eksterne forhold. Disse favnet en rekke undertemaer. Temaene i datamateriale gjorde det mulig å svare på forskningsspørsmålet.

6.1 Presentasjon av deltagerne

Jeg intervjuet seks tannleger hvor alle hadde mer enn to års arbeidserfaring, noen hadde tidligere arbeidserfaring fra offentlig tannhelsetjeneste, men alle deltagerne jobbet nå i privat tannhelsetjeneste. De oppfylte inklusjonskriteriene for studien. Utvalget varierte i kjønn, fire menn og tre kvinner, med to til 15 års arbeidserfaring. Det var ønskelig med en variasjon i arbeidserfaring for å få et rikere og mer variert datamateriale. Ingen av deltagerne hadde fastlønn, men variabel lønn. De jobbet som selvstendig næringsdrivende med lønn basert på arbeidsprestasjon.

6.2 Overbehandling

Overbehandling ble overordnet tema i tråd med studiens formål å undersøke hvilken forståelse, holdninger og erfaringer til fenomenet overbehandling tannleger har. Fenomenet ble snakket om under hvert intervju og deltagerne hadde sine meninger og erfaringer om fenomenet. Alle deltagerne hadde relativt lik oppfatning av fenomenet, men med noe variasjon.

6.2.1 Deltagernes oppfatning av og definisjon på overbehandling

Da deltagere ble spurt om sin oppfatning av overbehandling poengterte de blant annet medisinsk behandling uten indikasjon, og behandling som ikke var ønsket fra pasienten: *«behandling som ikke er medisinsk indisert eller noe som på en måte egentlig ikke er nødvendig særlig hvis det ikke er fra pasientens perspektiv...»*. Fenomenet ble også sett på som både ubevisst og bevisst overbehandling: *«overbehandling grunnet mangel på kunnskap... overbehandling på grunn av andre gevinster enn hva som er til pasientens beste... bevisst overbehandling der du velger å ta behandling som du kan la være, eller som ikke er*

pasientens beste, eller ikke tilstrekkelig indikasjon for. Enten økonomisk gevinst eller hva annet det kan være». Alle deltagerne var enig i at overbehandling var unødvendig behandling, men at det er gråsoner og udefinert hva som sees på som overbehandling og ikke. En deltager var veldig tydelig på at dersom man behandler uten sykdom inn i bildet var det overbehandling: «...overbehandling og for eksempel bytte en fylling bare fordi den er gammel, eller gjør ting som ikke er medisinsk nødvendig. Det burde vertfall informeres godt om at det ikke er medisinsk nødvendig.. det bør være et ønske fra pasient og ikke behandler». Videre fortalte en annen deltager at hun utførte mye estetisk behandling som kan sees på som unødvendig behandling da det ikke er sykdom inn i bildet: «det er mange ting som jeg gjør som for noen kanskje anses som overbehandling. Jeg legger estetiske fyllinger på små hakk i fortenner, men da er det gjerne fordi pasienten ønsker å gjøre det. Og det er ikke invasivt, jeg borrar ikke og fjerner ikke tannsubstans eller emalje. Jeg ser ikke på det som overbehandling... det er jo en grense der».

Etter deltagernes tolkning av overbehandling fikk de utlevert en overordnet definisjon. Overbehandling kan defineres som unødvendig behandling, å påføre en pasient medisinsk behandling som ikke gir en helsegevinst for pasienten, eller ikke sees på som medisinsk nødvendig (Kazemian et al, 2015; Walsh-Childers & Braddock, 2014). De fleste var enige i at dette var en god definisjon på fenomenet: «... det er en veldig bra definisjon... Den dekker veldig mye... Tilstrekkelig indikasjon kunne man også legget til i definisjonen, at det skal være indikasjon for det». Andre deltagere tilføyde at estetisk behandling kunne ha en helsegevinst for pasienten og burde tilføyes i definisjonen, selv om det ikke sees på som rent medisinsk nødvendig: «... hvis man kan tenke at psykisk helse er en helsegevinst så kan jo for mange det være å rette på fortenner, estetisk behandling. Men jeg vil absolutt si at det virker som en grei definisjon». En annen deltager uttrykte at sosial funksjon kunne være nok indikasjon for å behandle, selv om det ikke er medisinsk: «...alltid vil være andre aspekter også... Det er ikke alt man har medisinsk indikasjon for å gjøre. Det finnes også andre indikasjoner... sosial funksjon for eksempel... den kan være utenfor det medisinske, men behøver ikke å være feil».

6.2.2 Typer og eksempler på fenomenet

Da deltagerne ble spurt om hvilken type behandling de mente var overbehandling, nevnte de en rekke eksempler, slik som skifte av fylling før det er nødvendig, behandle karies uten indikasjon, fjerne visdomstenner uten indikasjon, sette inn et implantat for mye og kroneterapi uten indikasjon er type behandlinger som de så på som overbehandling: *«...ofte er det jo snakk om det og borre i friske tenner, indirekte løsninger. Diagnoser av karies... borre på en tann... så er det ikke hull. Unødvendig trekking av visdomstenner... sette inn et implantat for mye, gjerne behandling som koster litt for pasienten også».*

Deltagere uttrykte en bekymring til utskifting av amalgamfyllinger som hadde en spalte i seg og stilte seg tvilsom til om det var nok indikasjon for det: *«jeg ser at man bytter amalgamfyllinger som er helt greie, bare en liten spalte i seg, så sier tannlegen at den er slitt, at man bare journalfører at den er slitt... er det indikasjon for å bytte den bare for det.... jeg tenker egentlig at det er overbehandling».* Deltagere mente det var overbehandling dersom de behandlet karies grad 2: *«er det karies 2 eller karies 3. Jeg tenker inn imellom at det er overbehandling å kalle det en 3 fremfor 2 og behandle det».* Videre kom det frem at det var frykt å bli tatt i unødvendig behandling: *«... jeg må journalføre godt hva jeg ser og hva jeg har sagt... ofte i hensyn til at jeg ikke skal bli tatt i å overbehandle... det er jeg veldig redd for...».*

Da deltagere ble spurt om kosmetisk behandling uttrykte de at behandling som gir kosmetisk gevinst, grenset til overbehandling. De listet opp tannbleking, invisalign, bytte av fylling, fasader og hyppig rens. Videre kom det frem at deltagere opplevde hyppig profylaktisk anbefaling av soveskinner for å unngå skader i fremtiden som et reelt problem, og det ble sett på som overbehandling: *«et sted der jeg jobbet, det var der jeg sluttet... de fremstilte såkalte soveskinner for å unngå videre attrisjonsskader og det synes jeg var veldig hårreisende å se at de lagde det bare ved å se litt slitasje på hjørnetenner i underkjeve som alle har, å tilby til pasienten at de trenger en sånn slitasjeskinne. Det var sykt overbehandling».*

Deltagere så på tannturisme som et reelt problem på grunn av mye *«ikke optimal»* protetik behandling hvor pasienter hadde slitt med problemer i etterkant, og mangelfull oppfølging fra behandler: *«det er noen som har vært i utlandet som har veldig mye protetisk behandling...og sliter med problemer i etterkant... hver gang man rører en tann med et borr*

så er det bare en nedgående spiral videre...». Videre ble det fortalt om en hendelse i Norge der tannlegens formål var å overbehandle pasienten og utnytte helforefusjon: «...et kostnadsoverslag som pasienten hadde fått.... tilsvarende 280 000kr for å lage implantatbro i over- og underkjeven... Helfo skulle betale ganske mye av regningen... pasienten satt likevel med ganske betydelig egenandel, og da skulle det gjøres på grunn av periodontitt, hvor det skulle trekkes tenner på grunn av periodontitt. Men pasienten hadde ikke periodontitt. Så da hadde de faktisk foreslått å trekke en god del friske tenner, for så å sette inn kunstige. Det er det verste eksempelet jeg har sett. Nå er ikke behandlingen gjort, siden det ble stoppet, og det ble rapportert til helsetilsynet. Så det er en tilsynssak nå i forhold til klinikken. Men når det er sagt så tar slike ting veldig lang tid og det er ikke alltid det er så lett fordi at en slik behandling ikke er utført så det handler ikke om pasientklagesak, men det blir mer et forslag». En annen deltager fortalte om en hendelse der hun stilte spørsmål til hvordan en slik behandlingsplan kunne forsvarlig gjøres: «... jeg fikk både Bitewing og overslag der pasienten hadde en hvis attrisjon, men ikke sånn kjempegrov og var rundt 35 år. Pasienten fikk et overslag på onlays på nesten alle tennene... 80 000kr med refusjon, da begynner det å bikke for meg».

6.3 Driverere

6.3.1 Fremmere

Da deltagerne ble spurt om hvilke faktorer som kan være drivere til overbehandling nevnte de blant annet frykt for å miste pasienter, økonomisk gevinst, feil tolkning av røntgen og usikkerhet til diagnostisering: «...at man ikke vet bedre...tror at det er det beste man gjør...skygge på røntgen som kan tolkes feil og setter i gang behandling... Det kan også være en faktor for at man tenker på omsetning, økt lønn...redd for å miste pasienten...pasienten skal flytte og du vet at det kommer til å bli et hull om 1 år...bedre at jeg tar omsetningen...». Deltagerne uttrykte viktigheten av å alltid ha arbeid å gjøre, og ved tomme timebøker ble det vanskelig: «tom bok...Man kan tenke seg at er det lite å gjøre så må man overleve. Det er kanskje det jeg tenker først på...». Videre fortalte deltagere om hendelser der lite pasienter og tomme timebøker var et problem: «...jeg ble presset til å finne behandlingsbehov...beskyldt for å ikke finne behandlingsbehov eller klare å fylle boken...».

Deltagere fortalte også at ledere og sosiale medier påvirket tannlegens etiske vurdering: *«...sosiale medier og ting man blir påvirket av...man ønsker jo at pasienten blir fornøyd...sjefer som sier at du må omsette for det og det, og her burde du tatt den fyllingen eller ikke. Hvis det kommer et press innenfra da, så setter det tannlegens egen etiske vurdering litt i tvil og da kan man fort bikke over hvis man føler at man blir tvunget til å gjøre det på arbeidsplassen sin».*

En deltager fortalte om press til å tilby en tjeneste til pasientene sine: *«jeg følte på et veldig usunt press på at en måtte begynne med invisalign...».* Videre fortalte deltagere at arbeidsgivere motiverte dem til å kalle inn pasienter oftere enn anbefalt, og behandle før det var nødvendig: *«jeg har følt på press ved å forkorte recall intervall...de har vist meg røntgenbilder der de mener det er karies grad 3, men jeg mener det er grad 2...presset til å gjøre behandling...må bytte en fylling som er slitt...».* Det kom frem at arbeidsgivere krevde at omsetningsmålet til klinikken ble oppnådd: *«...vi må nå omsetningsmålet for de månedene som kommer, hvis ikke så straffer de oss som arbeidstakere, eller som kontraktavtale da. Det å sette ned provisjonsprosenten vår».*

6.3.2 Hemmere

Deltagere fortalte at de var bevisst på overbehandling i sin daglige praksis: *«jeg tenker på det hver dag. Skal ikke si at jeg ikke har overbehandlet, men det er en problemstilling som jeg tenker på hver dag. Ser hva andre har gjort, hva jeg har tenkt å gjøre...hva ledelsen vil jeg skal gjøre...».* Det kom også frem at god klinisk etikk og holdninger var viktig i et større team: *«vi er et ganske stort team, både tannleger, tannpleier, kirurg, protetikker og radiolog...god klinisk etikk og etiske holdninger i praksisen vår er viktig. Tannlegeforeningen har også etiske retningslinjer som også ligger til grunn».*

Det ble nevnt at tannlegen burde stå inne for egen behandling og at drift ikke blandes med helsehjelp: *«...det er vår jobb som tannlege å sette ned foten der når en som ikke har en tannlegefaglig bakgrunn skal blande seg i det faglige og utover drift...Det er vi som bestemmer hva som skal gjøres».*

For å begrense overbehandling nevnte deltagerne at «gjør kloke valg kampanjen» var et godt tiltak som burde fokuseres mer på: *«... større kontroll av bransjen...såkalt for mange*

tannleger eller for mange tannpleiere tror jeg er feil vei å gå. Det må drives mer kampanjer, kloke valg var en bra start». Deltagerne uttrykte at det var viktig å føle seg trygg etter utdanningen slik at man var best mulig forberedt på arbeidslivet: «gjøre tannlegene trygge på universitetet, hvordan man skal ta de vurderingene man skal ta for behandlingene».

Videre ble det uttrykt bekymringer rundt kontrakter med omsetningsmål og at myndighetene burde gjøre noe med det: «...gjøre noe med kontrakter med omsetningskrav...ikke så enkelt fordi det handler om jus.... rart at myndighetene ikke er på banen i forhold til det...å drive med behandling av pasienter så skal du ikke være motivert av å ha et visst omsetningskrav... da må du jo finne behandling som kanskje ikke eksisterer... og da blir det overbehandling». Det ble uttrykt et behov for å begrense markedsføring av tannbehandling: «...bør begrense oss for hva vi skal reklamere...pasienten vet ikke nødvendigvis hva som er riktig behandlingsplan for dem. Og det er tannlegens oppgave å veilede til den mest riktige».

Deltagere fortalte at man burde være kritisk til arbeidsgivere, stole på egen vurdering og ikke la andre påvirke ditt valg: «være kritisk når du velger sted å jobbe, kjenn i magen din om du tenker ting er greit eller ikke. Ikke la deg overbevise av andre til å gjøre ting, og du må ha litt baller for å stå imot...enkeltindivider som kanskje kan falle utenpå der...de som ikke tørr å si imot...de som har bare lyst å tjene penger og ser her er det en mulighet...».

6.3.3 Insentiver

Deltagerne gav uttrykk for at faren for overbehandling blir større desto mindre pasienter man har: «...mindre pasienter det blir så tror jeg at det med overbehandling vil være mer aktuelt fordi du har mindre å gjøre, mindre behandling, mindre omsetning. Av erfaring opplever jeg at klinikker som har veldig lave priser på undersøkelser er på en måte litt raskere å behandle enn de som har flere pasienter eller høyere priser på undersøkelser...».

Deltagere fortalte at provisjonslønn kunne være en motiverende faktor for å utøve behandling: «jeg kjenner litt på en liten motivasjon... på å ta det ekstra hullet... tidligere med fastlønn har det nesten vært sånn at jeg kun har tatt det ene hullet som er satt opp til i dag og utsetter andre hull fordi jeg syns at det kan bli mye å gjøre...». Videre kom det frem at de også ble motivert til å foreslå behandling på grunn av provisjonslønn: «...det er jo ikke noe annen grunn til at vi skal foreslå bleking til alle pasientene... Det er ingen som trenger å gå rundt med hvite tenner. Så absolutt ser jeg for meg at det kan motivere».

Deltagere uttrykte at markedsstyrt konkurranse var en realitet i bransjen. De uttrykte redsel for å bli satt i et dårlig lys på grunn av frykt for å miste pasienter og tilliten deres.

Overbehandling var et sensitivt tema for dem: *«vil ikke sette kollegaen din i dårlig lys, du vil heller ikke...gi pasienten inntrykket at det er en aktuell ting. Som behandler er det veldig viktig at vi har pasienten sin tillit...påvirke tillitten mellom tannlegeyrket og pasientgruppen er noe vi må bli obs på...når det blir saker om overbehandling i aviser eller media så blir det alltid noe vi ser litt ned på, eller...satt i et dårlig lys. Det er et veldig aktuelt tema som sikkert ikke blir snakket nok om, men det er også på grunn at vi ikke vil miste pasienttilliten. Og heller ikke snakke dårlig om andre kollegaer, så det er et sensitivt tema...».*

Det kom frem at overbehandling var vanskelig å snakke ærlig om: *«det er vanskelig for folk til å være ærlig om det, spesielt behandlere. Selv i en anonym studie så må man sitte og fortelle det til noen da, at ja jeg bevisst overbehandler... kan ikke man miste lisensen sin, kan ikke man det?».* Videre kom det frem at tannleger har sterk yrkesstolthet, men opplevde å bli ekskludert i helsevesenet. Deltagere uttrykte en bekymring for at munnen ekskluderes fra kroppen, som medfører at samfunnet dømmer bransjen i å ikke driver medisinsk behandling: *«hvis det er mye overbehandling blant oss tannleger, så vasker det ut vår profesjon og posisjon som helsearbeidere... Det at vi ikke er en del av helsetjenesten som er gratis, også i tillegg så er vi veldig utsatte da fordi at vi da driver med overbehandling og så syns folk vi er dyre i tillegg så driver vi med unødvendig dyr behandling».*

En annen deltager lurte på hvor denne holdningen rundt overbehandling kom fra: *«det ligger ganske langt bakover at tannleger har blitt oppfattet som at det er så dyrt, at de tjener så godt på ingenting. Vi vet jo hvor feil det er og at tannlegens gullalder er forbi.... så det er en kjempeslem greie egentlig. Mens de jeg kjenner og jeg føler jeg kjenner ganske mange er jo ikke der, så derfor syns jeg det er så vanskelig å forstå hvor det kommer fra...».*

Det ble uttrykt bekymring rundt usunt jobbmarked for nyutdannede i Oslo med store kjeder som lett påvirker tannleger: *«... markedet i Oslo så syns jeg det er usunt for en nyutdannet. Store kjeder som... ja jeg kjente det på kroppen, og hadde jo jeg nesten 3,5 års erfaring og var ikke så lett påvirkelig...hadde jeg vært helt ny så tror jeg at det kunne ha blitt lett påvirket... invisalign og gratis undersøkelser og air flow...det er så lukrativt og da er det så lett å bli revet med og på en måte tilby behandlinger som jeg mener er overbehandling».*

Det kom frem at markedsføring og lokkende tilbud på tannbehandling og kosmetisk behandling florerer: *«gratis air-flow eller veldig billig undersøkelse med air-flow... det jeg får opp i feeden min hele tiden. Og... invisalign på Instagram...»*. Videre uttrykte deltagere bekymring rundt markedsføring av tannbehandling da det øker pasienters bevissthet på eget utseende: *«...det skaper jo en ide i hodet til pasienten. Det merker jeg selv hvis jeg får opp mye reklame på mobilen på alle sosiale medier, da ligger det i underbevisstheten at det må jeg kjøpe neste gang jeg er på butikken. Det er sånn med bleking da for pasientene. De hadde kanskje ikke tenkt på det hvis det ikke hadde vært noe som poppet opp midt i fleisen på deg hele tiden»*. Deltagere var enig i at markedsføring av tannbehandling foregår for å oppnå en økonomisk gevinst: *«... privat virksomhet driver med business fort. Det er jo ingen som ikke tenker økonomi i vår bransje...kjeder som har kjøpt opp så det er jo på en måte det en blir målt på... reklame for tannbehandling er kun av økonomiske grunner...»*. Noen deltagere var negativ til markedsføring av tannbehandling: *«jeg har ikke noe godt inntrykk av det. Det blir veldig fort indusering av overbehandling. Reklamen er ofte rettet på air-flow eller bleking eller goodiebags. Jeg syns det gir et inntrykk av ikke medisinsk behandling, men mer som et shoppingsted. Det er sjeldent jeg syns reklame av tannbehandling er bra»*. Videre kom det frem at tannleger legitimerer mer behandling ved markedsføring: *«...vi som profesjonen i seg selv...legitimerer mer behandling...hvis man markedsfører for noe sånt så er det jo et ønske om å få inn pasienter for å gjøre det... da er jo vi inne på det som er oppgaven din, er det overbehandling eller er det ikke det... jeg vet at mange av disse her har jo profesjonelle marketing teams som jobber bak dem for å vite hva du skal trigge... Og da er jo vi mer på kommersialisering av helsetjenesten da, rett og slett. Som igjen blir et etisk tema»*.

6.4 Eksterne forhold/drivere

6.4.1 Samfunnsutvikling

Deltagere uttrykte at sosiale medier har stor påvirkning den siste tiden. Grensen for medisinsk og kosmetisk behandling hviskes ut og etterspørselen ble større når flere ønsket det samme: *«sosiale medier og ting man blir påvirket av gjør jo at grensen for det som er medisinsk og som blir mer over på bare kosmetisk behandling hviskes ut veldig mye med at mange har flotte fine tenner som man ser på sosiale medier... som tannlege blir man påvirket av det, man*

ønsker jo at pasienten blir fornøyd med det de kommer med, også er det flere som ønsker det...da gjør man gjerne mer av det». Deltagere fortalte at tannhelsen var bedre i nyere tid, og som resulterte i mindre behandlingsbehov blant befolkningen. Fokuset hadde gått over på estetisk og kosmetisk behandling uten at det nødvendigvis var grov overbehandling: «det var jo helt andre tilstander for 20 år siden. Da var det ikke noe fokus på ikke medisinsk behandling og overbehandling...igjen så ser man jo at pasientene har finere tenner og er flinkere til å ta vare på dem. Da kan man jo tillate seg at fokuset går litt over på estetisk/kosmetisk uten at det nødvendigvis biker over til å bli fult Tyrkia tilstander». Videre fortalte deltagere at behandlinger som gir status var mer spennende innad i tannlegeverden: «...vil gjerne gjøre mye kroner og broer fordi det er spennende... også usynlig regulering, å få folk fine, det har også blitt litt status... Hvis du elsker å gjøre perio så er det liksom ikke like høy status som å gjøre store implantatbroer, og det er mer penger i det...».

Deltagere uttrykte at overbehandling var et økende problem. Flere var bevisst på fenomenet og pasienter kom ut med historier og snakket ut om dårlige erfaringer til tannbehandling, da spesielt fra utlandet: «absolutt et økende problem, hvert fall med sosiale medier frem til nå har vært fokusert på hvite tenner, drar å fikser de i Tyrkia... noen som har kommet ut og snakket om de dårlige erfaringene de har hatt, og problemene som har vært erfart på nært hold... og tro at folk får med seg det og tar til fornuft...». Deltagere fortalte at det var et nytt fenomen med mangel på kunnskap om det. Videre kom det frem eksempel på behandling som ble utført tidligere og ble sett på som unødvendig behandling i dag: «det er relativt nytt. Vi vet jo at det foregår overbehandling, men mangel på kunnskap. Hvis vi går bak i tid så ser vi jo at det ble lagt amalgamfyllinger på mange pasienter...sannsynligvis ble det unødvendig mye behandling og unødvendig store... samtidig så var det det eneste materialet de hadde den gangen, og det krevde en viss måte å preparere på, i tillegg så diagnostiserte man karies helt annerledes... de fjernet flere visdomstenner profylaktisk før enn nå når man kanskje prøver å observere de litt mer og har mer indikasjon for behandling ut fra fare for skade og om pasienten har symptomer... derfor tror jeg ikke at det er gjort så mye forskning på det. Overbehandling som foregikk mer før var mer på grunn av behandling som man kanskje ble lært opp til og det var det de trodde var god behandling... i dag er overbehandling mer at en tannlege har et intensivt i å gjøre stor behandling for egen inntjening, på bekostning av pasienten...det er ikke mangel på kunnskap fra tannlegen, men det er mer det motsatte, at

tannlegen har kunnskap om konsekvenser for pasienten, både behandlingsmessig og økonomisk».

En deltager uttrykte at overbehandling ikke var et økende problem, og så på det som et sjeldent fenomen. Hun fortalte videre at variasjon i diagnostikk handlet mer om variasjon i tannlegens bakgrunn fremfor økonomisk gevinst. Hun påpekte at det kunne bli et økende problem i større byer med mer konkurranse om pasientene: *«jeg vil ikke tro at det er et stort problem som foregår der ute, jeg tror det er veldig sjeldent. Jeg tror det fleste tannleger har yrkesstolthet, at de ser på seg selv om helsepersonell...som utøver helsetjenester og har pasienten i fokus... Jeg vil tro at du kan gå til en god mengde med tannleger og noen av de vil nok si noe forskjellig, men da fordi de har forskjellig bakgrunn, fremfor at de vil tjene forskjellig...jeg tror det er et økende problem i områder der det er veldig mange tannleger. F.eks. storbyområder som Oslo... jo flere tannleger det blir jo mindre behandling blir på hver tannlege, og mindre behandling kan gjør dem litt raskere til å behandle fremfor å avvente...».*

Deltagerne gav uttrykk for at estetisk og kosmetisk behandling var økende da det var lett å selge utseende. Sosiale medier og markedsføring var faktorer som bidrar til økningen av denne type behandling: *«det er jo de type behandlingene som er lettest å selge...hvis man påpeker at du kunne hatt godt av litt bleking, også er det noe de aldri har tenkt på, men så går de plutselig og tenker på det og blir veldig bevisst på det... vi er jo overfladiske mennesker, vi skal se bra ut... Også blir mange påvirket av sosiale medier, influencere...».*

En deltager poengterte at i rundskriv ble det påpekt at indikasjon for behandling er både estetisk og funksjonell, men begrunnelse må være til stede. Estetisk og kosmetisk behandling ble sett på som en naturlig del av utviklingen: *«hvis folk anser alignerbehandling som estetisk...ser man at her har de litt kryssbitt og trangstilling som gjør det vanskelig med interdental renhold så vil jo det anses som en estetisk behandling, men det står også på rundskriv til Helfo at indikasjon for å f.eks bygge opp en tann på grunn av slitasje er av både estetisk og funksjonell begrunnelse må være til stede. Det er jo tydelig at det er viktig også for livskvaliteten at man har et smil man ikke trenger å skjennes over. Det er jo selvfølgelig blitt en mye større del av tannlegens hverdag nå enn det var før. Det har også en i familien som jobber som tannlege sagt at han gjør helt andre ting nå enn han gjorde for 30 år siden når han begynte som tannlege. Så det er jo en naturlig del av utviklingen, men sånn er det*

bare så må man selv sette den grensen for hva som er kosmetisk og hva som er medisinsk behandling for en helsegevinst for det estetiske, samt funksjon».

Videre fortalte deltagere at kosmetisk behandling var en ny samfunnsutvikling som nylig ble skilt fra medisinsk behandling: *«lite forskning på fenomenet tenker jeg har kulturelt med at det aldri har vært et problem... det er litt sånn skjønnhetsindustrien, den kosmetiske linjen kom jo først i fjor der man skilte det kosmetiske fra det medisinske...».*

Deltagere uttrykte bekymring til allmenntannleger som behandlet invisalign kasuser som i deres øyner burde vært henvist videre til kjeveortoped. Det ble også påpekt at norsk pasientskade erstatning hadde fått økning i klager på grunn av invisalign behandlinger: *«... det er en grunn eller flere grunner til at NPE aldri før har vært så høy, og det er blant annet alignere... Folk er ikke forberedt på utfallet. Og på ganske unge nyutdannede mennesker gjøre disse behandlingene uten kjeveortopedisk bakgrunn og uten noen særlig lang erfaring. Jeg kan ikke se for meg at det ikke blir problemer av det. Og da lager vi på en måte de problemene».*

Annen samfunnsutvikling som ble påpekt av deltagerne, var store selskaper som kjøper opp store skjeder da det var en sikker inntjening for dem. Verdien av praksiskjeder øker: *«jeg tror vi er i en cross Road nå med utviklingen...mange kjeder og mye penger som skytes inn i det private tannhelsetjenesten. Det er store selskaper som kjøper store kjeder, nå snakker vi om store internasjonale selskaper... som investerer fordi det er en sikker inntjening for de, og da øker jo verdien av en praksiskjede, ved at jo flere pasienter en praksiskjede har og hvor stabil inntjening de kan vise til over tid. Som alle andre butikker, så dette er jo litt sammensatt, det er jo kanskje mer samfunnsutviklingen som går litt den veien...».*

6.4.2 Kosmetisk gevinst

Deltagere fortalte at estetisk og kosmetisk behandling ble oppfattet som behandling uten medisinsk indikasjon: *«behandling som ikke er medisinsk nødvendig. Oftest med da for estetikken sin skyld, som bleking, fasetter og krone».* Videre kom det frem at blant annet tannregulering kunne gi kosmetisk gevinst og potensiell overbehandling: *«invisalign, bleking, edge-bonding....det er jo på en måte overbehandling, men hvis det er et ønske om å ha et penere smil, da mener jeg at det ikke nødvendigvis er overbehandling hvis pasienten ønsker*

det og er godt informert om det». Deltagere uttrykte at behandling som gir kosmetisk gevinst var i gråsonen og kunne tippe mot overbehandling: *«Ut ifra definisjon så er jeg enig i at det kan assosieres med overbehandling. ...hvis man skulle gjort en prioriteringsrekkefølge i mange pasienter som har mange plager så ville jo estetisk behandling kommet sist, fordi de klarer jo seg uten mens alle de med infeksjon og andre ting må jo komme først, så sånn sett ja. ...kan jo det tendere til overbehandling. Men overbehandling er også et ord som jeg ikke blir helt venn med*». Noen deltagere uttrykte at kosmetisk behandling ikke trengte å bli sett på som overbehandling selv om det ikke var medisinsk indikasjon. De fortalte også at behandling som gir kosmetisk gevinst kunne være forsvarlig så lenge det påførte lite skade: *«hvis det påvirker pasienten sosialt og påvirker pasientens livskvalitet så er det faglig forsvarlig. Du skal hjelpe pasienter, både med funksjon, tyggefunksjon, men også sosial funksjon...»*. Andre deltagere uttrykte at så lenge det ikke var helsemessig gevinst var det unødvendig: *«hvis det går på bekostning av helse, at det ikke har noen helsemessig effekt, men kun estetisk/kosmetisk effekt så kan det sees på som overbehandling...»*.

Deltagere uttrykte at allmenntannleger som tilbyr behandling som gir kosmetisk gevinst bygger under et skjønnhetsideal: *«det er en del folk som skjemmes og sammenligner seg med andre...da bygger vi opp under det som man liksom vil bort fra...vi ikke skal selge kosmetisk behandling til pasienter...»*.

6.4.3 Kommunikasjon

Deltagere poengterte viktigheten av hvordan man kommuniserer med pasienten for å unngå at pasienten blir bevisst på noe som i utgangspunktet ikke var et problem for de fra før: *«hvis man påpeker at ja du kunne hatt godt av litt bleking, også er det noe de aldri har tenkt på, men så går de plutselig og tenker på det og blir veldig bevisst på det*». Videre uttrykte deltagere at det handlet om balanse da noen pasienter kan ha tenkt mye på et problem, men tørr ikke si det: *«... man må jo passe litt på hvordan man snakker med folk når det gjelder å komme inn på om man er fornøyd eller ikke fornøyd.... Og det kan jo skje da at noen blir litt ivrig på å prøve seg på noe. En metode som de syns, er gøy eller rett og slett syns at her er et kasus som hadde vært kult å gjøre...ikke nødvendigvis ment som overbehandling, men det blir det da pasienten ikke var misfornøyd i utgangspunktet, eller hadde ikke tenkt så mye på det.*

Samtidig så kan du treffe de som har tenkt mye på det men ikke har turt å si det. Så det er en balanse. En ganske vanlig ting som vi diskuterer er når du trekker en tann, at pasienten alltid får høre at du må ha en tann her...Det å kommunisere med at du faktisk kan leve uten. Det er mange fordeler med å ha en tann der, men det å bruke ordet her må du...det kan være feil å sette inn implantater anyway bare når det er en tann som er trukket».

Deltagere fortalte at behandlingsbehov var en vurderingssak og dersom det ikke samsvarer med annen behandler må det informeres uten at det var feil fra noen sin side: «...faglige vurderinger, forskjellige tannleger ut ifra erfaring, utdanningssted, hva slags pasientgruppe de har behandlet vil vurdere ting forskjellig, og gi pasienten rikelig med informasjon, og da eventuelt presentere funnene jeg har funnet. Og hvis det sammen-svarer med tidligere tannlege så er det bra. Hvis ikke så er pasienten vertfall informert om at det er vurderinger. Og det har skjedd ved flere tilfeller at pasienten har fått vite at de har et hull, så har jeg sett på bildene også var det ikke noe behandlingskrevende. Men da var pasienten informert om at dette er en vurderingssak». Videre fortalte deltagere at dersom pasienten selv skal gi samtykke var det viktig å gi så mye informasjon som mulig om fordeler og eventuelt ulemper ved behandlingen: «...så lenge du på en måte ikke gjør mer skade på pasienten eller tennene så er det jo forsvarlig å gjøre det. Eller samtidig hvis du gjør noe som kan skade, eller som er irreversibelt så må pasienten være godt informert og samtykke til at man gjør det da...».

Deltagere uttrykte at kommunikasjon med pasienten var viktig når de presenterte en behandlingsplan for å unngå misforståelser: «noen ganger er det jo bare muntlige ting, som ikke er sikkert at pasienten husker rett, og det kan være misforståelser rundt en behandling og hva den går ut på. Det er klart det er veldig vanskelig for en pasient å sette seg inn i en kompleks behandlingsplan hvis de ikke har all informasjon tilgjengelig eller ikke har blitt gått gjennom veldig nøye, i tillegg til kostnadene». Videre snakket deltagere om å tilby den beste behandlingen som var nødvendig, innenfor rimelighetens grenser og diverse verktøy som var tatt i bruk for å vise pasienten underveis: «når det kommer til større typer behandlinger der man skal gjøre en rehabilitering estetisk for eksempel i front...så er det viktig å ha nøye samtale med pasienten...vi bruker mange digitale verktøy som skannere, foto, forklare hvordan man kan gjøre behandling og forklare prosedyren...viktig å kunne tilby den beste behandlingen ut ifra det som foreligger... hvis jeg ikke gjør det så gjør de jo i tilfellet et annet sted. Og da føler jeg at jeg kan gjøre det så bra som mulig for pasienten».

6.5 Oppsummering

Deltagere viste at de var kjent med fenomenet overbehandling, at de kunne reflektere over definisjon, og kunne dele erfaringer om overbehandling. Økt omsetning var et tema som var felles for alle deltageres refleksjon om fenomenet overbehandling. Alle deltagere bekrefter at det ble utført estetisk og kosmetisk behandling som ikke var medisinsk nødvendig. Noen av deltagerne tilbydde denne type behandling mer enn andre. Deltagere reflekterte over om sosial funksjon var nok indikasjon for å behandle. Så lenge det hadde konsekvenser for den psykiske helsen ble det sett på som nødvendig behandling. Overbehandling var et sensitivt tema da deltagere fryktet å miste tillit fra pasient og samfunnet. Deltagerne opplevde stor konkurranse i den private tannhelsetjenesten i Oslo på grunn av store kjeder som kjøpte opp mindre klinikker. Tilfeller som unødvendig bytting av amalgamfyllinger, overdiagnostikk av karies, hyppig markedsføring av usynlig tannregulering og tannbleking var noe de var kjent med. Deltagere opplevde press fra arbeidsgivere til unødvendig behandling. Det var alt ifra å forkorte recallintervall, oppfordret til å behandle karies grad 2, finne behandling for å fylle opp time bøker, usunt press til å tilby usynlig tannregulering til pasienter, og tilby bittskinner uten indikasjon. Økt omsetning var årsaken til presset, trusler som å sette ned provisjonslønn var også en realitet. På grunn av dette fokuset hadde enkelte deltagere sagt opp jobber der dette var deres hverdag. Deltagerne sine holdninger til overbehandling var negative tanker til fenomenet. Det ble uttrykt en bekymring til omsetningskrav i arbeidskontrakter da dette kunne gi et usunt press på tannleger, som trusler om å sette ned provisjonsprosent dersom omsetningsmål ikke ble oppnådd. Tannleger kunne bli lett påvirket, spesielt nyutdannede når det ble mer av store kjeder med tall i fokus. Det ble markedsført for estetisk og kosmetisk tannbehandling. Det ble diskutert at bransjen var med på å legitimere mer av den type behandling, som kunne medføre at personer økte egen bevissthet på utseende. Det opplevdes som kommersialisering av helsetjenesten da hovedmålet med markedsføring var å få flere pasienter og sette i gang behandling for å tjene penger. Hvordan man kommuniserer med pasienten kunne påvirke deres syn på eget utseende. Samtidig som manglende kommunikasjon og tilbakeholdende informasjon kunne føre til at pasienten samtykker til en behandling som kunne være unødvendig. Det var variasjon i diagnostikk fra forskjellige behandlere. Deltagere påpekte at variasjon i diagnostikk kunne komme av forskjellig bakgrunn, utdanningssted, arbeidserfaring, historikk på pasienter og etiske holdninger. Det var ingen bekymring for at det utdannes for mange tannleger eller tannpleiere. Deltagere

påpekte at mer kampanjer som kloke valg kampanjen kunne være veien å gå for å forebygge fenomenet.

7 Diskusjon

Masteroppgavens hensikt var å kartlegge tannlegers forståelse av, erfaringer med og holdninger til overbehandling. I dette kapittelet vil jeg diskutere hovedfunnene fra intervjuene som ble gjennomført. De siste årene har overbehandling og overaktivitet fått et større fokus og kan sees på som trussel mot folkehelsen (Stortinget, 2014). Den norske tannlegeforening har engasjert seg til å utarbeide råd gjennom «gjøre kloke valg kampanje», og er med i arbeidet sammen med flere andre medisinske foreninger i Norge.

Oppsummert viste resultatene en variasjon i deltageres synspunkt på definisjon av overbehandling, og at sosiale omgivelser formet deres syn på fenomenet. Det kom tydelig frem at overbehandling eksisterte, og de uttrykte at det var et økende problem. Videre viste resultatene at protetisk tannbehandling i utlandet med mangelfull oppfølging og problemer i ettertid var et problem. Kosmetisk behandling tilbys mer i dagens samfunn fordi tannhelsen til den generelle befolkningen er bedre. Arbeidsgivere fokuserer mer på tall, som påvirker tannlegen siden det stilles krav til den enkelte om å oppnå den månedlige fortjenesten. Bittskinner blir produsert med smal margin av indikasjon, overdiagnostikk av karies, samt oppfordringer til å behandle karies som i utgangspunktet kan forebygges.

7.1 Variasjon i forståelse av overbehandling

Resultat viste at det var noe variasjon i deltageres forståelse og syn på overbehandling. Det var en enighet i at unødvendig behandling ble sett på som overbehandling, samtidig som det var vanskelig for dem å påpeke når noe var overbehandling og hvor grensen gikk. Som også ble påpekt i en rapport fra Regjeringen at overbehandling var vanskelig å definere på grunn av ulike synspunkter og sosiale aspekter der samfunnet og individer har forskjellig syn på problemer (Regjeringen, 2013). Resultatene viste at behandling uten sykdom til stede ble sett på som overbehandling. Samtidig kom det frem at behandling uten sykdom ikke ble sett på

som overbehandling, og estetisk behandling ble utført og tilbudt til pasienter. Begrunnelsen for dette var at sosial funksjon ble sett på som en indikasjon for medisinsk behandling. Som vi vet er forståelsen av sykdomsbegrepet avhengig av hvordan man ser på overbehandling og ikke, fordi det handler om avvik i kroppens normale funksjoner (Legeforeningen, 2016; Roald, 2019). Etersom World Health Organization definerer helse som ikke bare fravær av sykdom eller svakhet, men også et fullstendig mentalt, sosialt og fysisk velvære kan man tenke seg at en sosial funksjon er viktig for pasienter og forståelig at de etterspør estetisk behandling som tilbys dem. Det var tydelig at deltagerne i studien hadde forskjellig synspunkter på hva som beregnes som nødvendig behandling og overbehandling. Når noen fortalte at det var klart overbehandling når pasienten ikke hadde sykdom, som karies for eksempel, men andre derimot mente at det ikke nødvendigvis var overbehandling dersom pasienten skjemmes over eget utseende, eller at det påvirket sosial funksjon, er det vanskelig å komme frem til hva som blir sett på som overbehandling og ikke, blant deltagerne. Mellom tannlege og pasient er det i stor grad individuelle vurderinger for indikasjon for behandling og pasientens behov. Når vi ser på tidligere nevnt definisjon på overbehandling, «unødvendig behandling, å påføre en pasient medisinsk behandling som ikke gir helsegevinst for pasienten, eller ikke sees på som medisinsk nødvendig» (Kazemian et al, 2015; Walsh- Childers & Barddock, 2014), stemmer det at behandling uten sykdom ikke blir sett på som medisinsk nødvendig, men om det gir en helsegevinst kan diskuteres. Dersom pasienten har sosiale nedsettelse på grunn av sine orale problemer kan det tenkes at behandling som ikke er regnet som medisinsk nødvendig kan gi pasienten en helsegevinst ved at den blir kvitt disse problemene og får et fullstendig sosialt velvære, som igjen kan si noe om helsetilstanden. Det betyr at sykdom til en viss grad ikke må være til stede for å drive nødvendig tannbehandling, samtidig som det ikke trenger å bli sett på som overbehandling.

Videre ble en rekke behandlinger assosiert som overbehandling. Det var kariesbehandling uten indikasjon, profylaktisk fjerning av visdomstenner, unødvendig bytte av fyllinger, kroneterapi uten nok indikasjon, og sette inn flere implantat enn nødvendig. I veilederen god klinisk praksis i tannhelsetjenesten, poengteres det at ved nødvendig tannbehandling skal man unngå aggressiv tannbehandling, minst mulig invasiv for å bevare mest mulig tannvev. Vi vet at når en tann behandles blir den svekket, og grunnlaget for videre behandling og revisjoner i det lange livsløp øker (Blich & Aandahl, 2011). Behandlingene som ble assosiert med

overbehandling kan med andre ord bli sett på som aggressiv tannbehandling og bør unngås dersom mulig for å bevare tannsubstans, som blir påpekt i veilederen god klinisk praksis.

7.2 Samfunnsutviklingens påvirkningskraft

7.2.1 Pasientens ønske og sosiale medier påvirker medisinsk behandling

Den private tannhelsetjenesten i Norge tilbyr behandling til voksne betalende pasienter som ikke har rett til tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten. Under utviklingen av tannhelsetjenesten var det endring på tannhelsen til befolkningen, behandlinger som tilbyddes og hva som ble sett på som nødvendig tannbehandling og ikke. Tidligere var behandlingsbehovet større, deriblant høy andel karies (Den norske tannlegeforenings Tidende, 2008). Som nevnt er tannhelsen bedre de siste årene, som igjen har medført mindre behandlingsbehov. Tall viser også at omtrent 90% av den voksne befolkningen har årlige kontroller hos sin behandler. Behandling som ikke var avdekket eksisterte så og si ikke hos voksne (Grytten et al, 2015). Tannlegene i prosjektet fortalte at de erfarte at tannhelsen til befolkningen er bedret, som har resultert i mindre behandlingsbehov. Mindre behandlingsbehov blant befolkningen kan med andre ord bety mindre arbeid for tannleger. Tannlegene? hadde ingenting imot at dagens fokus gikk mer over på kosmetisk behandling ettersom det blir mindre av medisinsk behandling. På en annen side så noen tannleger på det som overbehandling å drive kosmetisk behandling. Man ser en endring i hva pasienter etterspør. Tidligere handlet det om å behandle sykdom og smerte, men i dag består tannleger sin hverdag i større grad av estetiske og kosmetiske behandlinger. Som også kom frem i resultat kan det være en naturlig vending at fokuset blir annerledes enn det var før på grunn av en positiv utvikling i befolkningens orale helse. På en annen side kan man stille seg spørsmålet om dette er nyttig bruk av ressurser. Samtidig er den private tannhelsetjenesten uavhengig av den offentlige tannhelsetjenesten som mottar statlig støtte for å tilby tannbehandling til prioriterte grupper i samfunnet. Om det er nyttig bruk av ressurser eller ikke er derfor ikke like relevant ettersom voksne pasienter frivillig velger å gå til tannlegen og betaler deretter. Men dersom Helfo inkluderes behandling er nyttig bruk av ressurs mer aktuelt å diskutere, ettersom det er statlig finansiert.

Deltagere i prosjektet uttrykte tydelig at både sosiale medier og pasientens etterspørsel til behandling hadde stor påvirkningskraft til tannlegens behandling. Ved å tilfredsstille pasienter med ønsket behandling får tannlegen fornøyde pasienter. At sosiale medier har så stor påvirkningskraft slik at grensen for hva som er medisinsk behandling hviskes ut kan stille tannlegestanden i et lys de ikke ønsker. De fortalte at det var viktig at tenner blir sett på som en del av kroppen og at befolkningen forstår at de er en del av helsetjenesten og ikke blir satt på siden som tannleger som er dyre og driver ikke medisinsk behandling. På en annen side er det tannlegen selv som er ansvarlig for at behandlingen som gjennomføres er både nødvendig og forsvarlig. Som det kommer frem i veilederen til Helsedirektoratet er behandling som bidrar til å opprettholde en akseptabel oral helse, nødvendig tannbehandling (Blich & Aandahl, 2011). Kan man si at dette er medikalisering? Behandling som ikke har medisinsk indikasjon, foregår i større grad. Hvordan påvirker dette befolkningen? Hva man ser på sosiale medier og reklame har en innvirkning på oss. Samfunnet blir i større grad påvirket av sosiale medier og trender. Som deltagere i prosjektet fortalte så de flere unge pasienter som var i utlandet for drastisk kosmetisk behandling. Det var særlig krone og fasade som ble gjort. Dette er noe vi ser på sosiale medier, og flere får øynene opp og ønsker de samme hvite rette tennene. At flere ønsker typisk «hollywood smil» og forventer av sin tannlege at deres ønske blir utført kan påvirke tannlegen til en hvis grad. Som deltagerne fortalte, ønsker de å gjøre pasientene sine fornøyde. Kanskje befolkningen i dag har urealistiske forventninger til tannleger. På den andre siden er tannlegen helsepersonell og skal yte forsvarlig og nødvendig tannbehandling, som helsepersonelloven §4 påpeker (Helsepersonelloven, 1999, §4). Som NTF påpeker i regelverket sitt skal tannlegen vite hva som er realistisk behandling å utføre uten at det blir overbehandling (Den norske tannlegeforening, 2021). Men som også kom frem i resultat var det viktig for tannleger å ha fulle timebøker. Tomme timebøker og lite behandling gir lav omsetning. De nevnte også at det var mer konkurranse i store byer, mer jag om pasienter og et ønske om å beholde pasientene sine. Ut ifra dette kan man tenke seg at behandling som ikke alltid blir sett på som medisinsk nødvendig utføres i hovedsak for å gjøre pasienten fornøyd slik at de ikke går til naboklinikken, men også for å fylle opp timeboken for å unngå lav omsetning. Kan dette påvirke hva som blir sett på som sykdom og ikke? Kan det sykeliggjør befolkningens syn på tenner og ønske om «hollywood smilet»? Ut ifra et konstruktivistisk livssyn vet vi at en rekke faktorer påvirker menneskers virkelighetsforståelse, hvordan vi ser på sykdom og kroppen generelt. Vi blir preget av blant

annet opplevelser, erfaringer og sosiale prosesser (Eisenberg, 1977; Green & Thorogood, 2018; Moe, 2000; Nettleton, 2021). Dersom kunnskap tilegnes og påvirkes av verden rundt oss er det naturlig at nåværende orale trender som etterspørres sees på som nødvendig for mange. Hvem er da tannlegen til å fortelle pasienten at ønsket behandling ikke er nødvendig. Samtidig som fra et etisk perspektiv skal valg være basert på regler og hva som er moralsk riktig, som igjen veier mer enn resultatet. Som Hofmann & Eriksen forteller blir tannleger utsatt for en såkalt interessekonflikt på grunn av pasienten sin etterspørsel og ønske. Pasienter blir påvirket av samfunnet og har et økt estetisk fokus (Hofmann & Eriksen, 2001; Holden, 2018). I min studie ble den samme problematikken poengtert av deltagerne. Pasienter etterspør en annen type behandling i dag og tannlegen ønsker å tilfredsstille sine pasienter, på en forsvarlig måte. Ut ifra dette kommer medikalisering frem når medisinske prosedyrer og behandling blir utført på ikke medisinske problemstillinger. Som deltagerne påpekte etterspør flere unge pasienter såkalt et «perfekt smil». Smil som i utgangspunktet er fungerende, men identifiseres som et problem eller avvik og behandles som en medisinsk prosedyre. Høy andel karies aktivitet var en av flere sykdommer som påvirket mangel på tannbehandlere tidligere. Det ser ut til at den tid er forbi, da estetisk og kosmetisk behandling behandles i hyppigere grad ved medisinsk prosedyre.

7.2.2 Markedsstyrt konkurranse og ledelse sin påvirkningskraft på tannlegebransjen

I den private tannhelsetjenesten i Norge er konkurransemarkedet større nå enn tidligere. Som Moezzi diskuterer i sin kronikk i tannlegetidende drives det hyppig markedsføring for å øke pasientgrunnlaget, og fokus på inntjeningskrav (Moezzi, 2021). Det er generelt lite forskning på denne tematikken da det er et relativt nytt fenomen. I min studie kom det frem at tannleger erfarer mye mer markedsføring og kamp om pasienter nå enn noen gang før. Det blir flere kjeder som kjøper opp klinikker og omsetter godt. Hyppigheten av omsetningskrav i arbeidskontrakter øker og vekker bekymringer. Det kan tenkes at det er en sammenheng med at flere kjeder kommer på banen og dermed endres fokuset til omsetning og stilles krav til sine arbeidere. Man kan alltid diskutere hvordan dette påvirker behandler som må nå et omsetningskrav. Min studie viste at dette ikke var populært og skapte et press på tannlegene. Et press til å finne behandling som ikke nødvendigvis var til stede. Trusler som å sette ned provisjonsprosent skapte frykt for å gå i minus. Erfaringene som deltagerne i studien min fortalte var også rapportert om i Holdens studie, “overtreatment as an ethical dilemma in

Australian private dentistry: A qualitative exploration” (Holden et al, 2021). Den australske studien viste at tannleger sto ovenfor et etisk dilemma, og uttrykte en bekymring. Samme problematikken ble rapportert om i min studie. Når man går inn med slike tanker og frykt i pasientbehandlinger kan det tenkes at grensene for forsvarlig tannbehandling og overbehandling hvistes ut. Tematikken er reelt på dagsorden og vekker bekymringer fra deltagerne i studien min. Det ble rapportert om tilfeller der enkelte deltagere sluttet i jobben sin på grunn av press fra ledelse. Når det går så langt at tannleger slutter i jobben sin for å unngå høyt fokus på omsetning og press til å utøve unødvendig behandling, kan man stille seg spørsmålet hva resterende tannleger som blir værende i jobben sin og opplever samme presset gjør. Deltagerne poengterte at det opplevdes som et usunt press og det var enkelt å havne i en ond sirkel. Derfor valgte de å slutte. Ut ifra Moezzi og deltagerne sine erfaringer kan man tenke seg at enkelte behandlinger baseres på å nå omsetningsmål. Dette ble også poengtert i rapporten om overbehandling levert av Helsedirektoratet. Det ble stilt spørsmål til om finansielle belønninger i helsetjenesten ble knyttet til tegnene til overbehandling. Det var også flere pasienter som ble behandlet på private sykehus som fikk penger per operasjon de utførte (Stortinget, 2014). Ut ifra dette ser man at markedsstyrt konkurranse og ledelse har en påvirkning på hvilke behandling som tilbys, og et ønske om å oppnå økonomisk gevinst øker. Sammenlignet med hvordan markedet var tidligere ser man at tannlegebransjen sitt fokus er i endring.

7.3 Økonomisk driver til overbehandling

I rapporten til Helsedirektoratet ble det som sagt påpekt tegn til overbehandling, og problematikken med det, samt om det var knyttet belønninger og finansiering i helsevesenet (Stortinget, 2014). Det kan være interessant å stille spørsmål til om økt fortjeneste er en driver bak overbehandling? Som tidligere nevnt kom det frem at hos private sykehus som fikk penger per operasjon som ble utført, var det tegn til at det ble operert flere pasienter som hadde klart seg bedre uten, eller med en annen behandling (Stortinget, 2014). Resultat i studien min viste at provisjonslønn var motiverende til å utøve behandling. Deriblant å behandle ekstra karies fremfor å observere videre, og tilby tannbleking til pasienter. Dette

forteller oss at fortjeneste er en viktig og avgjørende faktor i all behandling, og kan være medvirkende til overbehandling. Med andre ord vil lav omsetning øke faren for overbehandling.

Voksne pasienter må betale selv for tannbehandling i Norge. Pasienter kan ha rett på å få deler av behandlingen dekket av folketrygden dersom de har noen av de utvalgte skadene, sykdommene eller tilstandene som gir rett til refusjon gjennom Helfo (Ekornrud & Jensen, 2010; Helfo, 2020/2023). Tannlegen kan planlegge behandling der støtte fra Helfo er med på å finansiere pasientens behandling. Ved tilfeller der pasienter har rett til støtte fra Helfo må indikasjon kartlegges og dokumenteres godt for å få støtte. Det er den individuelle tannlegen sitt ansvar at kriterier opprettholdes og ikke utnyttes. Dette vil få konsekvenser for tannlegen selv og ikke pasienten. Som det kom frem i resultat var tannlege i stand til å utnytte Helfo ved å sette en diagnose som ikke eksisterte for gjeldende pasient. At en kostbar behandling, både for Helfo men også for pasienten kan legges fram som nødvendig, og at indikasjon var til stede kan stilles spørsmål til. Periodontitt er en tannkjøtt sykdom som rammer en stor del av den voksne befolkningen. Men diagnosen krever dokumentasjon for at Helfo vil støtte (Helsedirektoratet, 2023). Blant annet røntgen, periodontal status, behandlingsplan, motivasjon for røykeslutt og pasienten motivasjon for systematisk behandling. Systematisk behandling skal gjennomføres og følges opp slik som behandler avgjør (Hansen, 2004). Ved større restaureringer er dokumentasjon like viktig. Som det kom frem i resultat der tannlegen foreslo en behandling til flere hundre tusen kroner. Periodontitt var diagnosen som ble satt for å kunne sette i gang behandlingen med helforefusjon. Derimot kunne en annen tannlege avkreftet diagnose og fraråde anbefalt behandling. Da kan man stille spørsmål til hva som hadde hent dersom pasienten ikke hadde fått en second opinion? Det kunne medført fjerning av friske tenner, erstattet med implantat hvor behandler hadde oppnådd økonomisk fortjeneste. Ut ifra denne hendelsen er det tenkelig at tannlegens mål var fortjeneste og ikke pasientens beste. Dette er med andre ord brudd på både pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven. Som vi vet er faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, grunnlaget i loven (Helsepersonelloven, 1999, §4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Dette var et grovt tilfelle som dukket opp under datainnsamlingen. Om dette er det eneste tilfelle i dagens marked er tvilsomt. Etter deltagerne sine erfaringer er det tydelig å tenke at det trolig er flere tilfeller av overbehandling der ute i bransjen som ikke har blitt oppdaget eller stilt

spørsmål til enda. Det var tydelig at økonomisk fortjeneste kunne være en avgjørende faktor i behandling.

Deltagerne snakket om gråsoner. Det kom tydelig frem i både helsepersonelloven og NTF sine retningslinjer hvilke krav som stilles til tannlegen. Indikasjon for tannbehandling kan med andre ord strekkes på når man ser på tilfellene deltagerne rapporterte om. Hyppig anbefaling og produksjon av bittskinner, utskifting av amalgamfyllinger og forslag til onlays behandling på nesten alle tenner på en ung voksen pasient med Helfo refusjon. Sistnevnte ble uttrykt bekymring til behandlingsoverslaget fordi slitasje skadene ikke ble sett på som grov nok til å forsvarlig gjøre behandlingsforslaget. Som det påpekes i veilederen til helsedirektoratet, nødvendig tannbehandling som utføres skal være minst mulig inngripende, og at mindre omfattende behandling kan ofte være bedre for pasienten enn mest omfattende (Blich & Aandahl, 2011). Ut ifra tilfellet over kan man konkludere med at behandlingsforslaget kunne vært mindre omfattende i og med at deltager ville tilbydd mindre inngripende behandling.

7.4 Hvordan forebygge overbehandling?

Det ble diskutert hvordan overbehandling kan forebygges, men ingen konkrete forslag kom frem. Kommunikasjon med pasienten var viktig for tannlegene for å unngå at pasienten ble bevisst på et «problem» eller avvik. Som det ble presentert kan det være flere fordeler med å erstatte en manglende tann, men det er ikke livsnødvendig. Å fortelle til pasienten at den må ha en ny tann kan med andre ord sammenlignes å legge et problem i hendene til pasienten, så lenge pasienten er fornøyd med livet uten tann. Som det kommer frem i pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett til å delta i valg av behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Dersom alle fakta som pris, prognose, eventuelle bivirkninger eller skader, og alternativer presenteres, vil pasienten ha nok informasjon til å ta en medisinsk avgjørelse. Slik som det også poengteres i pasient- og brukerrettighetsloven; «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Ut ifra dette er tannlegen lovpålagt å gi nok informasjon til pasienten. For at pasienten kan ta et informert samtykke må nok informasjon

fra tannlegen foreligge. På samme siden kom det frem i «god klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling», at det er forsvarlig tannbehandling å erstatte tapte tenner for å oppnå akseptabel tyggefunksjon, og sosial funksjon (Blich & Aandahl, 2011). Men det er kun pasienten selv som kan si noe om hvilke tenner de ønsker å erstatte for å oppnå tilfredsstillende sosial funksjon. Hvordan man kommuniserer med pasienten er avgjørende for hvilken behandling pasienten velger. Tannlegen bidrar til overbehandling dersom den anbefaler en behandling som kunne vært unngått, eller mindre omfattende. Som vi vet vil irreversibel behandling legge grunnlag for revisjon senere i livet (Blich & Aandahl, 2011). Som det ble presentert i "quo vadis, esthetic dentistry? Ceramic veneers and overtreatment—A cautionary tale" (Hirata et al, 2021), vil det som en gang var en sunn tann ende i en ond sirkel med gjentatt bane med behandling som kan skade overflaten, dersom behandling som kunne vært unngått gjennomføres.

Resultat viste at drift ikke burde involveres eller påvirke tannlegens helsehjelp. Som vi vet øker antallet kjeder og ledelse som fokuserer på omsetning. Tannlege er helsepersonell med femårig utdanning, og har en beskyttet tittel (Den norske tannlegeforenings Tidende, 2008). Den nye utviklingen av kjeder som kjøper opp klinikker der tannleger føler seg presset til å utøve behandling er ikke etisk forsvarlig, og burde stilles spørsmål til. Det betyr nødvendigvis ikke at alle tannleger føler på dette presset. Som tidligere nevnt er alle mennesker ulike, ulik oppfatning av livet og ulike handlinger. Noen føler seg presset til å utøve behandling, mens andre derimot ikke lar seg påvirke. Når omsetning er viktigere enn forsvarlig og nødvendig helsehjelp settes fokuset bort fra hva som er til pasientens beste. Et steg i den forebyggende retningen av overbehandling kan være at denne problematikken reduseres. For at det er mulig å oppnå må både tannleger og ledelse være bevisst på fenomenet og ønske å motvirke det. Som deltagerne uttrykte opplevde de konkurranse innad i bransjen. Dersom både interne og eksterne kollegaer har nulltoleranse for overbehandling kan det tenkes at dette er avgjørende for om fenomenet vil vokse eller ei. Hvordan kan man gjøre flere tannleger og klinikkeiere bevisst på problematikken og ønske om å forebygge det? Flere av deltagerne i studien fortalte at «gjør kloke valg» kampanjen var et godt opplysende tiltak som burde vært fokusert mer på. Overbehandling og overdiagnostikk ble avdekket, og derfor var flere medisinske foreninger med i arbeidet av kampanjen. Hvor mye oppmerksomhet kampanjen får i dag er usikkert og kan undersøkes mer. Men det var et forebyggende tiltak

mot overbehandling, og er fortsatt det i dag. Muligens nødvendig med en oppfriskning om at kampanjen eksisterer og rette mer oppmerksomhet til den.

8 Svakheter og styrker med oppgaven

Studien har ikke et representativt utvalg for den generelle tannlegebefolkningen fordi utvalget i oppgaven er begrenset til seks deltagere. Det betyr at studien ikke er representativ for videre overføring. Det var ønskelig at deltagerne belyste fenomenet for å få økt forståelse av hvordan det erfarer og påvirker tannleger i dagens tannlegebransje. Studien min kan være av interesse for tannhelsepersonell fordi det anses at overbehandling kan være en realitet i den generelle helsetjenesten. Studien kan opplyse om ulike aspekter og synspunkter som potensielle drivere til overbehandling. Det er viktig å påpeke at studien ikke omfatter et bredt geografisk område da deltagerne oppholdt seg i Oslo området. En annen svakhet med studien er at den ikke inkluderte annet tannhelsepersonell, som tannpleier eller tannlegeassistent. Disse jobber tett sammen med tannleger, og kan ha nyttig synspunkt og erfaringer til fenomenet. Men samtidig var det tannleger sine synspunkter som var ønskelig å undersøke da de står ovenfor mer individuelle behandlingsavgjørelser. En annen svakhet med studien er at man ikke kan garantere at deltagere snakker ærlig om temaet overbehandling som ønskes å undersøke. Det kan være et sensitivt tema, og erfaringer som kanskje ikke er ønskelig skal komme frem. Samtidig som at dette blir sett på som en svakhet i min studie er det tenkelig at dette er generelt i forskning. Man kan ikke styre om deltagere snakker sant eller ikke.

Styrker med studien er valg av forskningsdesign, kvalitativ metode og semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode. Kvalitativ metode er godt egnet til å undersøke mennesker subjektive erfaringer, da man kan gå dypere inn i datainnsamlingsprosessen, og kommer tettere på deltagerne. Ved semistrukturert intervju er intervjuguiden forhåndsbestemt og alle deltagerne svarer på de samme spørsmålene. Det gir forsker mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål dersom det er ønskelig å gå dypere inn på en refleksjon, eller dersom noe er uklart. Dette gir også en mulighet til å avklare eventuelle vrangforestillinger. En annen styrke med studien var variasjon i deltagerne sin bakgrunn, arbeidserfaring, alder, antall

arbeidssteder og utdanningssted. Dette gir et rikere datamateriale og kan øke validiteten av studien da det gir variasjon i kunnskap, erfaring og perspektiver.

9 Konklusjon

Denne studien undersøkte tannleger sine erfaringer og holdninger til overbehandling. Gjennom deltagerne sine erfaringer med og refleksjoner om overbehandling har jeg fått innblikk i tannlegers oppfatning av overbehandling, og hvordan det påvirker tannlegebransjen. Etter dette prosjektet kan man se at forholdene i Norge ikke er annerledes enn i helsetjenesten i USA. Men i hvilken grad er vanskelig å kartlegge. En rekke behandlinger og hendelser som ble sett på som overbehandling ble presentert. Det ble ikke fortalt om hendelser som var skadelig for pasienten, men formålet var noe annet enn pasientens beste, heller økonomisk gevinst. Den private tannhelsetjeneste tilbyr tjenester som ikke lenger er like mye basert på å behandle sykdom, men heller å tilfredsstille pasienter med kosmetiske ønsker. Det ble ikke fortalt om hendelser der tannlegen gjennom handling påtvinger pasienten disse tjenestene, men det handlet om hvordan behandlinger presenteres og kommuniseres til pasienten når behandlingen har både fordeler og ulemper.

Det ble presentert fire hovedtemaer i resultat. Først var det variasjon i forståelsen av overbehandling. Tannlegene uttrykte en enighet i at unødvendig behandling var overbehandling. De forholder seg til overbehandling som et upopulært fenomen som påvirker tannlegestanden på en negativ måte. Tannleger ønsker ikke å bli satt i et dårlig lys av befolkningen. Samtidig er det vanskelig å si klart at noe er overbehandling fordi det er utydlig grenser og individuelle oppfatninger av hvilken behandling som er nødvendig å gi til de forskjellige «problemene». Den individuelle oppfatning kunne variere på bakgrunn av forskjellig livserfaringer og kunnskapssyn. Årsaker som sosial funksjon er en avgjørende faktor i behandlingsavgjørelser. Sykdom må ikke alltid være til stede for at behandling kan forsvarlig gjøres som nødvendig. Men det er uenigheter i hvilke behandlinger som er sett på som overbehandling fordi tannlegene har individuelle vurderinger som varierte fra person til

person, og hvordan man utfører en handling ut ifra problemet pasienten kommer med. For det andre opplever tannleger at sosiale medier og pasienter etterspør mer kosmetisk og estetisk behandling. Fokuset i privat tannhelsetjeneste endres i større grad fra medisinsk behandling til kosmetisk behandling, som usynlig tannregulering. Årsaker som fornøyde pasienter, frykt for å miste pasienter til konkurrent og full timebok er motiverende faktorer til å utøve behandling som pasienter etterspør. Oppgaven belyser at tannleger opplever etisk dilemma i form av press fra arbeidsgivere til å utøve behandling som ikke alltid er nødvendig, for å nå omsetningsmål. For det tredje belyser oppgaven at økt fortjeneste er en potensiell driver til overbehandling. Tannlegene rapporterer om kostbare planlagte behandlinger som blir stilt spørsmål til fordi mindre inngripende og rimeligere behandling blir sett på som et bedre alternativ. For det fjerde belyser oppgaven at overbehandling kan forebygges i form av bedre kommunikasjon med pasienter, som å få pasienter inn på andre tanker enn behandling som kun gir kosmetisk gevinst. Gjøre kloke valg kampanjen er et forebyggende tiltak som tannlegene ønsker blir fokusert mer på for å gjøre ledelse og kollegaer mer bevisst på fenomenet.

10 Fremtidig forskning

Med denne studien har jeg belyst et tema som kan være interessant for den generelle helsetjenesten. Jeg sitter igjen med spørsmål som kan undersøkes i fremtiden. I datamaterialet kom det frem variasjon i diagnostisering av blant annet karies. Det kan være interessant å undersøke om det er en forskjell på diagnostisering og indikasjon ved behandling hos de ulike utdanningsstedene i Norge, eller om det avhenger av tannlegen selv sin vurdering. Deltagerne reflekterte over ledelse og arbeidsgivere sin påvirkningskraft på tannlegebransjen. Det kan være interessant å undersøke i hvilken grad ledelse er interessert i forebygging av overbehandling, og hvor viktig økt fortjeneste er for drift. Dette kan belyse temaet overbehandling fra ledelse sitt perspektiv og ikke behandler. Det kom frem at markedsstyrt konkurranse var relativt høyt i Oslo område. For å kartlegge om fenomenet på et bredere samfunnsperspektiv kan det være interessant å undersøke om dette er likt i resten av Norge.

Det kom også frem et ønske om å forebygge overbehandling. Regjeringen ble nevnt, et ønske at de fokuserer mer på det, eller stikkprøver hos tannklinikker. Det kan være både interessant og viktig å kartlegge i hvor stor grad overbehandling er et problem i helsetjenesten og hva som kan hindre at det eventuelt blir et større problem.

11 Litteraturliste

- Aas, J. A. (2018). Estetikk, kvalitet og etikk. *Den Norske tannlegeforenings tidende*, 128(7), 542-543. <https://www.tannlegetidende.no/asset/2018/P18-07-542-3.pdf>
- Bakketeig, L. S. & Magnus P. (2002). Hva er en forskningsprotokoll og hvorfor er den nødvendig? *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, 122(25), 2464-2467. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/hva-er-en-forskningsprotokoll-og-hvorfor-er-den-nodvendig>
- Barsky AJ. (1988). The paradox of health. *The new England journal of Medicine*; 318: 414–8. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198802183180705>
- Blich, C. C. & Aandal, L. S. (2011, januar). *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten– en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20-%20Veileder%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/3a61ee48-164f-423a-ad02-6748ac1479b3:0506b11f2cd7c642750206443eb93ede8c1687ff/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20-%20Veileder%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20-%20Veileder%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/3a61ee48-164f-423a-ad02-6748ac1479b3:0506b11f2cd7c642750206443eb93ede8c1687ff/God%20klinisk%20praksis%20i%20tannhelsetjenesten%20-%20Veileder%20(fullversjon).pdf)
- Bjelland, A.K. (2001). Det vellykkede smilet. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 121: 3610-2. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2001--3610-2.pdf>
- Bouch, Z., Pendrith, C., Chen, X-K., Frood, J., Reason, B., Khan, T., Costante, A., Kirkham, K., Born, K., Levinson, W. & Bhatia, R. S. (2019). Measuring the frequency and variation of unnecessary care across Canada. *BMC Health Services Research*, 446(19). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4277-9>
- Born, K., Kool, T., Levinson, W. (2019). Reducing Overuse in Healthcare: Advancing Choosing Wisely. *Bmj*, 367, 16317. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6317>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706QP063OA>
- Carter, R. E. & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation research* (5.utg). Elsevier.
- Coll-Benjamin, T., Bravo-Teledo, R., Mercos-Calvo, M.P. & Astier-Peña MP. (2018). Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society. *Aten Primaria*, 50(2): 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.004>
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De Gelder, R., Heijnsdijk, E.A.M., Van Ravesteyn, N.T., Fracheboud, J., Draisma, G., De Koning, H.J., (2011). Interpreting Overdiagnosis Estimates in Population-based Mammography Screening. *Epidemiologic Reviews* 33, 111–121. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxr009>

- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15. januar). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Den norske tannlegeforenings tidende (2008). *Litt mager statistikk tannhelsehistorie*. https://www.tannlegetidende.no/journal/2008/4/dnt-282991/Litt_mager_statistisk_tannhelsehistorie
- Den norske tannlegeforenings tidende. (2017). *Hvorfor må tannleger betale tilskudd til NPE- og hva skal det dekke?* 127(10). Hentet fra: DOI:10.56373/2017-10-25
- Den norske tannlegeforening. (2021, 29.juli). *Nytt policydokument om kosmetisk behandling*. <https://www.tannlegeforeningen.no/arkiv/nyhetsarkiv/nyheter/2021-07-29-nytt-policydokument-om-kosmetisk-behandling.html>
- Den norske tannlegeforening. (2021, 28.november). *NTFs etiske regler*. <https://www.tannlegeforeningen.no/fag-og-politikk/etikk/ntfs-etiske-regler.html>
- Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. (2023). *Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2023* (Nr. 1-2/2023). <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdag-og-arsrapporter/2023/rundskriv-i-2-23.pdf>
- Eisenberg, L., 1977. Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1, 9–23. <https://doi.org/10.1007/bf00114808>
- Ekornrud, T. & Jensen, A. (2010, juni). *Tannhelse -Personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk*. SSB. https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201029/rapp_201029.pdf
- Ellen, M.E., Wilson, M.G., Vélez, M., Shack, R., Lavis, J.N., Grimshaw, J.M., Moat, K.A. (2018). Addressing overuse of health services in health systems: a critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Sys*, 16, 48. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0325-x>
- Forbrukerrådet. (2011, 17.februar). *Test av tannlegekvalitet*. <https://www.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2015/09/Rapport-test-av-tannlegekvalitet-2011.2.pdf>
- Forskningsetikkloven. 2017. Lov om organisering av forskningsetisk arbeid.(LOV-2017-04-28-23). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Frich, J.C. & Fugelli, P. (2006). Forestillinger om sykdom- forventninger til helse. *Tidsskrift norsk lægeforening*, 126(1), 45-8. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2006--45-8.pdf>
- Friedman J. W. (2007). The prophylactic extraction of third molars: a public health hazard. *American journal of public health*, 97(9), 1554–1559. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.100271>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4.utg). Sage.

- Grytten, J., Skau, I., Dobloug, A. & Barkvoll, P. (2015). Fremtidig behov for tannleger: Trengs det 1500 flere om 20 år? *Den norske tannlegeforenings tidende*, 125:3, 279-282. DOI:10.56373/2015-3-17.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hansen, F.B. (2004). Diagnostikk av periodontale sykdommer. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 114:1, 20-8. https://www.tannlegetidende.no/journal/2004/1/dnt-86561/Diagnostikk_av_periodontale_sykdommer#:~:text=DOI%3A10.56373/2004%2D1%2D6
- Helfo. (2020, 11.november/2023, 29. mars). *Tilstander som kan gi rett til stønad til tannbehandling*. <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/tilstander-som-kan-gi-rett-til-st%C3%B8nad-til-tannbehandling>
- Helsedirektoratet (2023). *Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 – undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. mars 2023, lest 25. oktober 2023). <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til-folketrygdloven--5-6--5-6-a-og--5-25--undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Hirata, R., Sampaio, C. S. de Andrade, O. S., Kina, S., Goldstein, R. E. & Ritter, A. V. (2021). Quo vadis, esthetic dentistry? Ceramic veneers and overtreatment-A cautionary tale. *J Esthet Restor Dent*, 34(1), 7-14. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jerd.12838>
- Hofmann B. (2003). Trenger helsevesenet begrepet sykdom? *Tidsskriftet den Norske Legeforening*; 123: 487–90: <https://tidsskriftet.no/2003/02/kronikk/trenger-helsevesenet-begrepet-sykdom>
- Hofmann, B., 2014. Diagnosing overdiagnosis: conceptual challenges and suggested solutions. *European Journal of Epidemiology* 29, 599–604. <https://doi.org/10.1007/s10654-014-9920-5>
- Hofmann, B., 2016. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Medicine, Health Care and Philosophy* 19, 253–264. <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9693-6>
- Hofmann, B. (2017). *Medikalisering og overdiagnostikk i et Nordisk perspektiv*. Snart er vi alle pasienter. Medikalisering i Norden. 2017, 323-356 Spartacus. https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/59827/Medikalisering%20bog%20overdiagnostikk%20b%25E2%2580%2593%20bi%20bet%20nordisk%20perspektiv%20Kap%2010_Hofmann_Etter_korrektur.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Hofmann, B.M. (2017). Conceptual overdiagnosis. A comment on Wendy Rogers and Yishai Mintzker's article "Getting clearer on overdiagnosis". *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 23, 1118–1119. <https://doi.org/10.1111/jep.12652>

- Hofmann, B. & Eriksen H. M. (2001). The concept of disease: ethical challenges and relevance to dentistry and dental education. *European journal of Dental education*, 5, 2-8.
<https://click.endnote.com/viewer?doi=10.1034%2Fj.1600-0579.2001.005001002.x&token=WzM2NzcxMjcsIjEwLjEwMzQvai4xNjAwLTA1NzkuMjAwMS4wMDUwMDEwMDIueCJd.Boa6UF6VqQ6E6VHHBRArItkcXEk>
- Holden, A.C.L. (2018). Cosmetic Dentistry: A socioethical evolution. *Bioethics*, 32, 602-619.
<https://doi.org/10.1111/bioe.12498>
- Holden, A. C. L., Adam, L. & Thomson, W. M. (2021). Overtreatment as an ethical dilemma in Australian private dentistry: A qualitative exploration. *Community Dent Oral Epidemiol*, 49,201–208. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uio.no/doi/pdfdirect/10.1111/cdoe.12592>
- Kazemian, A., Berg, I., Finkel, C., Yazdani, S., Zeilhofer, H. F., Juergens, P. & Reiter-Theil, S. (2015). How much dentists are ethically concerned about overtreatment; a vignette-based survey in Switzerland. *BMC Med Ethics*, 16, 1-43.
<https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-015-0036-6>
- Holmgren, T. K., Rongen, G. & Grytten, J. (2017). Allmenntannlegene i den private tannhelsetjenesten – har de nok å gjøre? *Den Norske Tannlegeforenings tidende*, 127(11), 948-952. <https://www.tannlegetidende.no/asset/2017/P17-11-948-52.pdf>
- Institut for Quality and Efficiency in Health Care. (2020, 7.mai). *Should you have your wisdom teeth removed?* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279590/>
- Johannesen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2022). *Hvordan bruke teori? Nyttig verktøy i kvalitativ analyse*. (5.utg). Universitetsforlaget.
- Kazemian, A., Berg, I., Finkel, C., Yazdani, S., Zeilhofer, H. F., Juergens, P. & Reiter-Theil, S. (2015). How much dentists are ethically concerned about overtreatment; a vignette-based survey in Switzerland. *BMC Med Ethics*, 16, 1-43.
<https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-015-0036-6>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg). Gyldendal Norsk Forlag.
- Legeforeningen (2016, november). FOR MYE, FOR LITE ELLER AKKURAT PASSE? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten. *Den norske legeforening*.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/ba01fe487d894fd08516b5a803ba7b7b/for-mye-for-lite-eller-akkurat-passe.pdf>
- Legeforeningen. (2023). *Gjør kloke valg*. <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/>
- Legeforeningen. (2018, 2. Juli). *Hvorfor Gjør kloke valg-kampanje i Norge?*
<https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/hvorfor-gjor-kloke-valg-i-norge/>

- Magelssen, M., Førde, R., Lillemoen, L. & Pedersen, R. (2020). *Etikk i helsetjenesten* (1.utg). Gyldendal.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Moe, S. (2000). *Læredikt : systemisk-konstruktivistisk pedagogikk*. Universitetsforl.
- Moezzi, M. (2021). Om etikk i tannhelsetjenesten: The honest t(r)ooth!. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 132(10), 921-923.
[https://www.tannlegetidende.no/journal/2021/10/m-542/The_honest_t\(r\)ooth!](https://www.tannlegetidende.no/journal/2021/10/m-542/The_honest_t(r)ooth!)
- Moezzi, M. & Hofmann, B. (2023). Helsepersonell eller selger? *Den norske tannlegeforenings tidende*, 133(3), 192-200. https://www.tannlegetidende.no/journal/2023/3/m-56/Helsepersonell_eller_selger?
- Morley, J. (1999). The role of cosmetic dentistry in restoring a youthful appearance. *JADA the journal of the American dental association*, 130(8), 1166-1172.
[https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)65817-7/pdf](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)65817-7/pdf)
- Nettleton, S. (2021). *The sociology of health and illness*. (4th edition). Polity Press.
- Norsk pasientskadeerstatning. (2020, 10.desember). *Tannskade*.
https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/utvalgte_skadeomraader/tannskader/
- Norsk pasientskadeerstatning. (2019, 1.oktober). *Ti år med privat helsetjeneste- tannbehandling*.
https://www.npe.no/globalassets/dokumenter/privat-helsetjeneste/2019_ti-ar-med-pht---tannbehandling.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Pathirana, T., Clark, J., Moynihan, R. (2017). Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *BMJ* j3879. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3879>
- Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/etater-og-virksomheter-under-helse--og-omsorgsdepartementet/underliggende-etater/norsk-pasientskadeerstatning/id279763/>
- Regjeringen. (2013, 27.august). *Overdiagnostikk og overbehandling*.
https://www.regjeringen.no/contentassets/44fdf47da7d24f01baa55cc11cf8aafa/rapport_overbehandling.pdf
- Roald, B. (2019, 14. august). *Sykdom*. Store medisinske leksikon. <https://sml.sn.no/sykdom>
- Sartorius N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croatian medical journal*, 47(4), 662–664. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/>

- Stortinget. (2014, 24. April). Møte torsdag 24.april 2014. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2013-2014/140424/4/>
- Tannhelsetjenesteloven. 1984. Lov om tannhelsetjenesten (LOV-1983-06-03-54). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder I praksis* (3.utg). Gyldendal Akademisk.
- Tjora og Levang (red.) (2016): *ADHD og det disiplinerte samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tvedt, I-K. (2023, 9.juni). Fikk tannlegesjokk: - Det var egentlig bare flaks. *TV2 Nyheter*, https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/fikk-tannlegesjokk-det-var-egentlig-bare-flaks/15797873/?fbclid=IwAR1JC1oXefM26PUX_s-bAbeaUjNXn3fq9vJpJIifUr8ci0z71OBUqWeB1cY_aem_th_AZt95LfKbLDvSFk-1yD_NPJURL0J46lk1RJ3Kt-oJQMvh2cBHwr37sKthvIL4nFFBzA
- Walsh-Childers, K. & Braddock, J. (2014). Competing with the conventional wisdom: newspaper framing of medical overtreatment. *Health Commun*, 29(2), 157-72. [10.1080/10410236.2012.730173](https://doi.org/10.1080/10410236.2012.730173)

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 4: Godkjenning fra MOK, masteroppgavekomiteen

Vedlegg 1: intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling:

Hvilke forståelse av, erfaringer med og holdninger til fenomenet overbehandling har tannhelsepersonell?

Bakgrunns spørsmål

1. Alder:
2. Kjønn:
3. Utdanning
4. Hvor lenge har du jobbet som tannlege eller tannpleier?
5. Har du fastlønn eller provisjon?

Overbehandling som fenomen

1. Hva legger du i fenomenet overbehandling?
2. Kan du se for deg noen faktorer som bidrar til overbehandling?
3. Hvordan synes du din egen kompetanse er i forhold til overbehandling?
4. I hvilken grad kan søkelys på overbehandling i tannhelsetjenesten være nyttig?
5. Hvordan forholder du deg til fenomenet overbehandling i din kliniske hverdag i diagnostisering og anbefaling av behandling?

Erfaringer med overbehandling

1. Har du opplevd at dine kollegaer/samarbeidspartnere overbehandler? - Hva tror du er hensikten/driver?
2. Kan du gi et eksempel på tilfeller i klinikken der overbehandling skjer? Hvordan ble dette håndtert?
3. Har du noen gang følt på press fra arbeidsgiver i å utøve «unødvendig» behandling for å bedre inntjeningen? Hvordan ble dette håndtert? Hvordan opplevde du det?
4. Kan det være utfordrende å skille mellom hva som er etisk forsvarlig tannbehandling og uetisk?
5. Ser du på estetisk tannbehandling som overbehandling? På hvilken måte eventuelt? - *invisalign uten helfo refusjon, krone/fyllingsterapi der ingen medisinsk diagnose kan fastslås.*

Holdninger til overbehandling

1. Hva tenker du om fenomenet overbehandling?
2. Ser du på overbehandling som et problem? Eventuelt et økende problem? På hvilken måte er det et problem?
3. Ser du på overbehandling som et nødvendig fenomen for inntjening? På hvilken måte?

Estetikk

1. Når du tenker på estetisk tannbehandling, hva legger du i det?
2. Hva er dine erfaringer med estetisk tannbehandling?
- gjennomfører du det ofte?
3. Hvordan ser du på denne type behandling, nødvendig eller unødvendig?
4. Hva mener du er unødvendig eller nødvendig med det?
5. Kan estetisk tannbehandling assosieres med overbehandling når der ikke er en medisinsk grunn for behandling?

Kosmetikk

1. Når du tenker på kosmetisk tannbehandling, hva legger du i det?
2. Hva er dine erfaringer med kosmetisk tannbehandling?
- gjennomfører du det ofte?
3. Hvordan ser du på denne type behandling, nødvendig eller unødvendig?
4. Hva mener du er unødvendig eller nødvendig med det?
5. På hvilken måte er kosmetisk behandling faglig forsvarlig tannebehandling?
6. Er det mer utbredt hos en spesiell pasientgruppe enn hos andre?
7. Kan kosmetisk tannbehandling assosieres med overbehandling når der ikke er en medisinsk grunn for behandling?

Reklamering og tilbud

1. Hva er dine erfaringer med reklamering av tannbehandling?
2. Blir det reklamert for kosmetisk tannbehandling? Har du erfart det? Sett at andre klinikker gjør det?
3. Hvilke tanker har du om reklamering for tannbehandling er en bra ting eller feil?
4. Hva er dine erfaringer med reklamering av tilbud på tannbehandling? - kosmetisk

Vedlegg 2: informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Tannhelsepersonell sine erfaringer med og holdninger til fenomenet overbehandling - en kvalitativ studie

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse, få mer kunnskap og undersøke om hvilke erfaringer og holdninger tannhelsepersonell har til fenomenet overbehandling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få mer kunnskap og undersøke om hvilke erfaringer og holdninger tannhelsepersonell har til fenomenet overbehandling. Ved å belyse tannhelsepersonell sine erfaringer og holdninger til fenomenet overbehandling kan det være med på å bidra til mer kunnskap, som igjen kan styrke utøvelsen av å tilby tannhelsefremming, etisk og forsvarlig tannhelsetilbud til befolkningen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det medisinske fakultet ved Universitet i Oslo er ansvarlig for prosjektet. Julie Edvinsen vil gjennomføre og analysere intervjuene. Hovedveileder for prosjektet er Bjørn Hofmann, professor ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i prosjektet fordi du jobber som tannbehandler. Det er ønskelig å intervjuer tannleger og/ eller tannpleiere fra ulike klinikker og har arbeidserfaring i privat tannhelsetjeneste. Inklusjonskriteriene for studien er minimum to års arbeidserfaring som kliniker, ansatt i privat tannhelsetjeneste, begge kjønn, snakke norsk og være over 18 år.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet om dine erfaringer, holdninger og opplevelser om fenomenet overbehandling i en klinisk hverdag. Det vil ta deg ca. 60 minutter. Intervjuet vil foregå i et lokale som vi kan bli enig om. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet. Lydopptaket fra intervjuet vil gjennomgås, nedskrevet ordrett og aidentifisert, Informasjonen under intervjuet vil være konfidensielt. Intervjuet vil bli transkribert anonymt.

Ved å delta i studien er det ingen risiko for deg som deltager da det ikke vil stilles inngripende spørsmål. Det vil heller ikke være noen goder eller spesielle fordeler med å delta i forskningen, bortsett fra erfaringer som kan bidra til ny kunnskap og nyanser som kan være relevant kunnskap å ha med seg i klinisk praksis etter endt prosjekt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine opplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Forskningsprosjektet er sendt inn til NSD, Personvernombudet for forskning, og registrert i Forskpro og Tjenester for Sensitiv data (TSD). Dataene vil bli lagret på en sikker server.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Opplysninger i prosjektet vil ikke bli behandlet med navn, fødselsnummer eller andre opplysninger som kan være identifiserende. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Kun undertegnet veileder har tilgang til listen. Intervjuene blir lagret i en sikker, intern datalagring ved Universitet i Oslo. Lyddopptaket vil bli slettet når prosjektet er ferdig. Opplysningene vil være anonymisert, og ingen deltagere vil kunne bli gjenkjent når masteroppgaven publiseres.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes juni 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres. Som en del av masteroppgaven vil resultatene presenteres og leveres til Universitet i Oslo. Datamateriale med personopplysninger vil bli slettet når prosjektet er ferdig. Ved misnøye på behandling av personopplysninger kan du klage til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norsk senter for forskningsdata har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (787324).

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitet i Oslo ved masterstudent Julie Edvinsen, mail: julicedv@uio.no
- Universitet i Oslo ved Bjørn Hofmann, mail: b.m.hofmann@medisin.uio.no].
- Vårt personvernombud: NSD – Norsk senter for forskningsdata, 53211500, postmottak@sikt.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig, student
Julie Skrede Edvinsen

Hovedveileder
Bjørn Hofmann

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «tannhelsepersonell sine erfaringer med og holdninger til fenomenet overbehandling - en kvalitativ studie», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: godkjenning fra NSD

[Meldeskjema](#) / [Tannhelsepersonell sine erfaringer med og holdninger til fenomenet...](#) / Vurdering

Vurdering

Dato
09.06.2022

Type
Standard

Referansenummer
787324

Prosjekttittel
Tannhelsepersonell sine erfaringer med og holdninger til fenomenet overbehandling - en kvalitativ studie

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig
Bjørn Hofmann

Student
Julie Skrede Edvinsen

Prosjektperiode
20.06.2022 - 20.06.2023

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personvertjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personvertjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personvertjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art. 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personvertjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personvertjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4: Godkjenning fra MOK, masteroppgavekomiteen

UiO : Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Prosjektansvarlig/hovedveileder: Bjørn Hoffmann
Evt. Intern prosjektansvarlig: Christine Råheim Borge
Masterstudent: Julie Skrede Edvinsen

Dato: 15. juni
2022

Kontaktperson: Christine Råheim Borge

Svar på søknad om godkjenning av masteroppgaveprosjekt og veileder

Prosjekt: Tannhelsepersonell sine erfaringer med og holdninger til fenomenet overbehandling - en kvalitativ studie

Vi viser til søknad datert 01.06.22 om godkjenning av ovennevnte masteroppgaveprosjekt ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap, Universitetet i Oslo. Søknaden er vurdert av to representanter for Masteroppgavekomiteen ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap i møte 13.06.22.

Faglig vurdering

Prosjektets formål er å få mer kunnskap og undersøke om hvilke erfaringer og holdninger tannhelsepersonell har til fenomenet overbehandling gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer. Det vil inkluderes minimum 6 deltagere fra forskjellige klinikker. I søknadsskjemaet til Basert på innsendt protokoll fremstår prosjektet som helsefaglig relevant, interessant og gjennomførbart.

Forskningsetisk vurdering

Det argumenteres at det ikke er behov for fremlegging til REK da det ikke skal benyttes personidentifiserte opplysninger om helseforhold. Masterprosjektet er sendt til NSD og det er utarbeidet et informasjonsskriv.

Vedtak

Tillatelse til igangsetting av prosjektet gis under forutsetning av at komiteens anmerkninger tas til følge og at prosjektet for øvrig gjennomføres slik det er beskrevet. Det forutsettes at alle godkjenninger foreligger og godkjenningene sendes til avdelingen før prosjektet settes i gang (sendes til e-post: l.k.lovendahl@medisin.uio.no).

Lykke til med prosjektet.

Med hilsen

Hilde Bondevik

Christine R. Borge

Avdelingsleder, professor

Leder masteroppgavekomiteen,
Førsteamanuensis



Institutt for helse og samfunn
Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap
Postadr.: Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo
Besøksadr.: Forskningsveien 3a, Harald
Schjelderups hus, inngang 2

Telefon: 22 84 53 78
Telefaks: 22 84 53 83
postmottak@medisin.uio.no
www.med.uio.no/helsam
Org.nr.: 971 035 854

