
Pasientskader hos fastleger meldt til Norsk pasientskadeerstatning 2011–17

ORIGINALARTIKKEL

LIV MONSBAKKEN

livmonsbakken@hotmail.com

M3 Helse, Hamar

og

Stiftelsen Fredheim

og

Oslo Pensjonsforsikring

Hun har bidratt med analyse og tolkning av data, litteratursøk og utarbeiding og revisjon av manus.

Liv Monsbakken er spesialist i allmennmedisin og lege. I 2018 mottok hun Allmennmedisinsk forskningsutvalgs stipend for arbeid med prosjektet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

IDA RASHIDA KHAN BUKHOLM

Norsk pasientskadeerstatning

og

Norges miljø- og biovitenskapelig universitet

og

Helgelandssykehuset Mo i Rana

Hun har bidratt med idé, datainnsamling og revisjon av manus.

Ida Rashida Khan Bukholm er dr.med. og spesialist i generell kirurgi, i gastroenterologisk kirurgi og i bryst- og endokrinkirurgi. Hun er fagsjef og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BÅRD NATVIG

Avdeling for allmennmedisin

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Han har bidratt med utarbeiding, revisjon og godkjenning av manus.

Bård Natvig er professor i allmennmedisin og rådgivende lege i forsikringsmedisin (enkelpersonforetak).

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener å ha fått en pasientskade i helsetjenesten. Det har vært en tendens til økning i antall saker meldt til NPE de siste årene. Målet for denne undersøkelsen var å få en oversikt over pasientmeldte skader i fastlegeordningen.

MATERIALE OG METODE

Vi undersøkte alle pasientskader i fastlegeordningen i NPE i årene 2011–17. Skadesakene inneholdt opplysninger om alder, kjønn, diagnose, skadelokalisering og utbetalt erstatning samt tekster som beskrev behandling og skade.

RESULTATER

Av totalt 33 748 erstatningskrav til NPE var 3 135 saker fra fastlegeordningen. Gruppen av erstatningssøkere besto av 53 % kvinner, og gjennomsnittsalderen var 44,7 år (standardavvik 17,7 år). I 760 (24 %) av sakene fikk erstatningssøker medhold. Svikt i diagnostikk var årsak til medhold i 553 (73 %) av medholdssakene. De hyppigst representerte faggruppene var «svulster og kreftsykdommer» (847 (27 %) av kravene) og «ortopedi» (592 (19 %) av kravene).

FORTOLKNING

Fastlegeordningen står for mange pasientkontakter, og en gjennomgang av pasientskader kan gi muligheter for å forebygge fremtidig svikt.

Hovedfunn

I perioden januar 2011–mai 2017 ble 3 135 saker fra fastlegeordningen meldt til Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

Pasienten fikk medhold i 760 saker (24 %), og samlet erstatningssum var på 521 millioner kroner.

Svikt i diagnostikk sto for 553 (73 %) av alle medholdssakene.

Det vanligste fagområdet hvor det ble levert klage, var «svulster og kreftsykdommer».

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Den behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade med påfølgende økonomisk tap etter behandlingsfeil i helsetjenesten. Ordningen ble midlertidig opprettet i 1988 og lovfestet ved at pasientskadeloven trådte i kraft i 2003 (1). Alle helsetjenesteytere med offentlig tilskudd er tilknyttet ordningen. Den kommunale allmennlegetjenesten og legevakten ble inkludert i ordningen i 1992, og fra 2003 ble hele kommunehelsetjenesten dekket. Fra 2009 ble også private tjenesteytere en del av ordningen. For å bli tilkjent erstatning fra NPE må fire punkt være oppfylt (2, 3) (se ramme 1).

Ramme 1 Fire krav som må være oppfylt for at det skal gis erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (2).

1. Pasientskaden må skyldes behandlingen. Det må være sannsynlighetsovervekt på over 50 % for at det er årsakssammenheng mellom behandlingen som er gitt og skaden som har oppstått.
 2. Det må som hovedregel ha vært en svikt i behandlingen.
 3. Skaden må ha ført til et økonomisk tap på minst 10 000 kroner (5 000 kroner for skader meldt før 1.1.2016) eller en varig medisinsk invaliditet på minst 15 %.
 4. Skaden må ikke være foreldet. Som hovedregel er en skade foreldet etter tre år (3).
-

Det finnes lite forskning om pasientskadeerstatning i fastlegepraksis.

En epidemiologisk undersøkelse av klagesaker i primærhelsetjenesten i en samling land ble publisert i 2013 (4). Hovedfunnene fra denne litteraturstudien var at forsinket diagnose av kreft og hjerteinfarkt var de hyppigste årsakene til klager, fulgt av feilmedisinering. Forsikringsordningene i landene artiklene ble inkludert fra, skiller seg fra den norske ordningen. I en annen studie fant man at det forekommer i gjennomsnitt 2–3 hendelser som omfatter pasientsikkerhet per 100 konsultasjoner i primærhelsetjenesten, og av disse var 4 % alvorlige, dvs. kunne medføre langvarige fysiske eller psykiske konsekvenser (5). Fastlegene i Norge gjennomfører mellom 13 og 14 millioner pasientkonsultasjoner per år (6). Svikt i fastlegetjenesten har konsekvenser for mange, og forbedringstiltak kan gi stor gevinst.

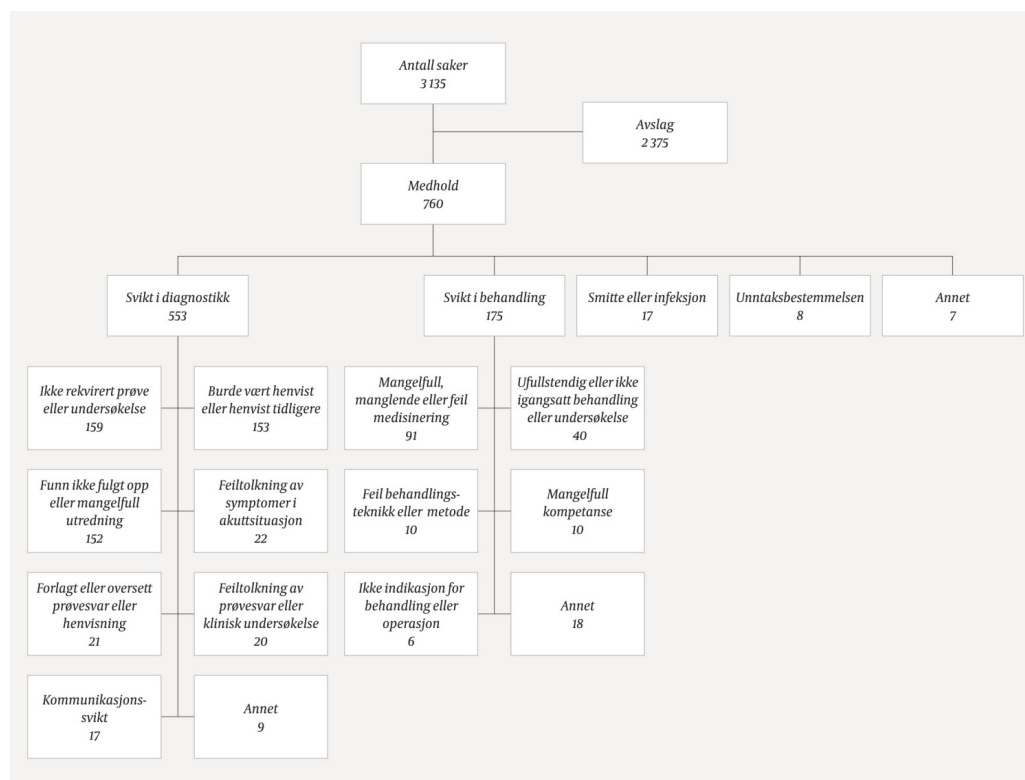
Det finnes i dag ikke noe nasjonalt meldesystem for uønskede hendelser i primærhelsetjenesten, slik at materialet fra NPE er det nærmeste man kommer et nasjonalt register. Dette materialet har ikke blitt undersøkt tidligere.

Hensikten med vår studie er å beskrive erstatningskrav i fastlegetjenesten med hensyn på hvilke typer svikt som er vanligst, og gjennom dette gi et bilde av hvilke områder som særlig kan trenge forbedringstiltak.

Materiale og metode

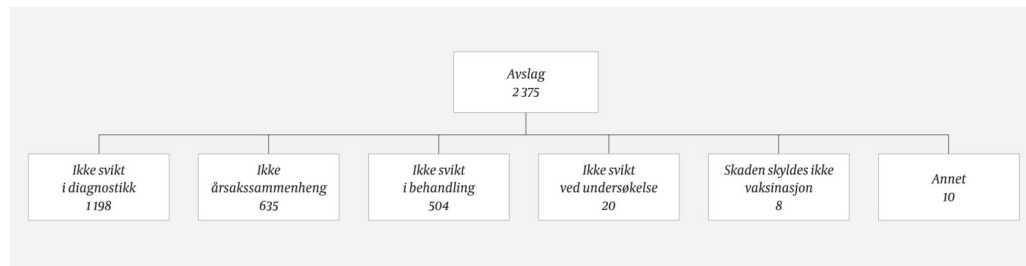
Vi har gjennomgått saker fra fastlegeordningen som ble ferdig behandlet med vedtak i perioden januar 2011–mai 2017. Erstatningssøker samtykker til at NPE kan innhente opplysninger i saken når vedkommende søker erstatning. NPE oppbevarer opplysningene i henhold til arkivloven (7). Vi fikk tilgang til anonymiserte data fra pasientdatabasen. Undersøkelsen er et kvalitetssikringsprosjekt, og det er ikke nødvendig med søknad til regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Fra databasen ble ferdigbehandlede saker fra fastlegeordningen med vedtaksdato fra 1.1.2011 til 31.5.2017 trukket ut av ansatte ved NPEs statistikkbase. Hver sak inneholdt opplysninger om medhold eller avslag, type svikt som var meldt inn, kjønn og alder på pasienten, diagnose, skadelokalisering, prognosetap og diagnosekategori samt en kort tekst med beskrivelse av sykehistorien og begrunnelsen for medhold eller avslag. Det ble også hentet inn opplysninger om erstatningsbeløpet for hvert fagområde. Når sakene deles inn i faggrupper (medisinsk område), velges disse fra 40 områder NPE har forhåndsdefinert med utgangspunkt i ICD-10. Opplysningene ble sortert og systematisert ut fra om saken hadde fått medhold eller avslag og hvilken type svikt det var søkt erstatning for. Figur 1 viser antall saker med avslag og medhold samt undergrupper av medholdssakene.



Figur 1 Erstatningssaker fra fastlegeordningen behandlet i Norsk pasientskadeerstatning i perioden 1.1.2011–31.5.2017.

Årsaker til avslag ble tilsvarende delt inn i gruppene «ikke svikt i diagnostikk», «ikke årsakssammenheng», «ikke svikt i behandling», «ikke svikt ved undersøkelse», «skaden skyldes ikke vaksinasjon», «ikke informasjonssvikt», «smitte/infeksjon skyldtes pasientens tilstand eller sykdom», «ikke svikt i pleie» og «ikke økonomisk tap». Figur 2 viser totalt antall avslag og undergrupper av avslagene. Resultatene presenteres nedenfor med beskrivende statistikk med antall, gjennomsnitt, spredningsmål og andel i prosent.

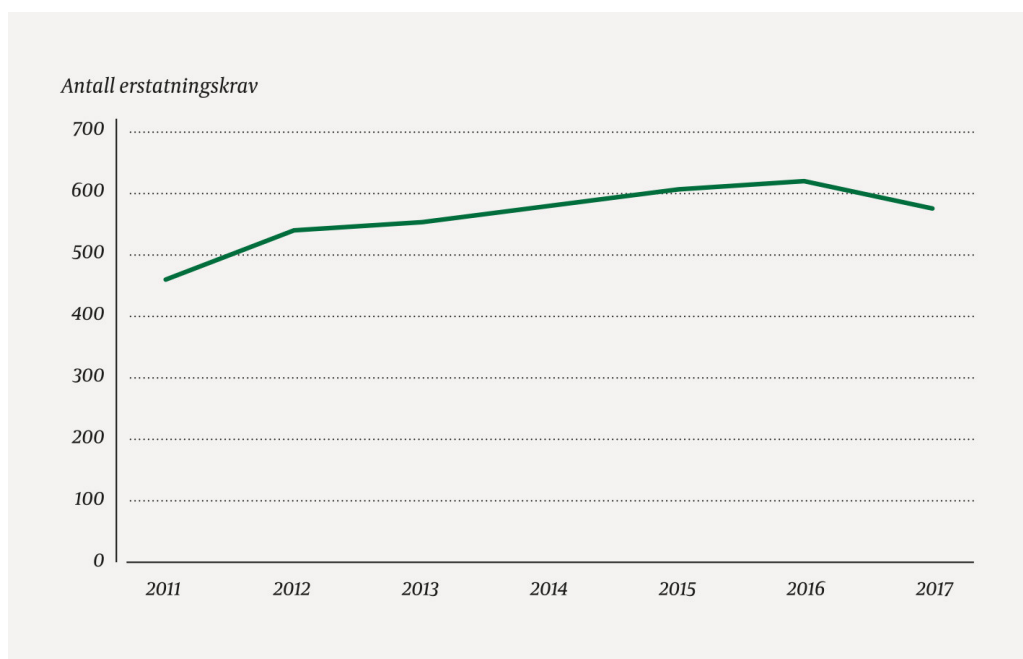


Figur 2 Vedtak om avslag i erstatningssaker fra fastlegeordningen behandlet i Norsk pasientskadeerstatning med vedtaksdato fra 1.1.2011 til 31.5.2017. Totalt antall mottatte klager i perioden var 3 135.

Vi har også registrert totalt antall søknader om erstatning innkommet til NPE fra fastlegeordningen i tidsrommet 1.1.2011–31.12.2017, inkludert saker hvor vedtak ikke forelå.

Resultater

Av 29 122 vedtak som ble fattet i NPE i perioden 1.1.2011–31.5.2017, var 3 135 fra fastlegeordningen. Det ble meldt inn mellom 461 og 622 saker per år fra fastlegeordningen. Gruppen erstatningssøkere besto av 1 648 (53 %) kvinner. Gjennomsnittsalderen var 44,7 år (standardavvik 17,7 år). Av 3 135 klager fikk 760 pasienter (24 %) medhold. Det har vært en tendens til økning i antall erstatningskrav fra 2011 og frem til 2017. I 2011 var det totalt 3 526 innkomne saker hvorav 461 fra fastlegetjenesten, og i 2017 totalt 4 442 saker hvorav 578 fra fastlegetjenesten. Figur 3 viser antall søknader om erstatning innkommet til NPE fra fastlegeordningen for hvert av årene i perioden 2011–17. Tabell 1 viser fordelingen av erstatningssaker fra de forskjellige fagområdene med antall og andel medhold, total utbetaling av erstatning og variasjonsbredde for erstatningene. I vårt materiale var flest klager innenfor fagområdene «svulster og kreftsykdommer» (847 av 3 135 (27 %)) og «ortopedi» (592 av 3 135 (19 %)).



Figur 3 Antall erstatningskrav innkommet fra fastlegeordningen til Norsk pasientskadeerstatning i perioden 1.1.2011–31.12.2017.

Tabell 1

Fagområder innen allmennmedisin hvor det ble reist erstatningskrav til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) i perioden 2011–17. Antall saker, antall medholdssaker, andel medholdssaker, total utbetaling og variasjonsbredde for erstatninger innen hvert fagområde.

Fagområde	Totalt antall saker	Antall medhold	Andel medhold	Total utbetaling ² (kroner)	Variasjonsbredde for erstatninger (kroner)
Svulster og kreftsykdommer	847	261	31 %	190 176 270	0–8 135 997
Ortopedi	592	137	23 %	57 287 214	0–4 516 607
Psykatri	257	29	11 %	9 982 226	0–1 954 000
Nevrologi	245	54	22 %	64 145 586	0–8 081 050
Hjertesykdommer	215	53	25 %	49 362 965	0–8 760 000
Endokrinologi og metabolske sykdommer	143	31	22 %	19 442 979	0–5 508 000
Infeksjonssykdommer og venerologi	133	27	20 %	45 101 462	5 000–8 569 000
Fordøysessykdommer	106	17	16 %	2 667 928	5 000–984 650
Karsykdommer	79	24	30 %	16 564 835	10 000–6 845 000
Lungesykdommer	71	22	31 %	6 835 644	0–2 642 000
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	57	13	23 %	4 778 000	0–1 900 000
Øre-nese-halssykdommer	55	5	9 %	415 000	5 000–175 000

Fagområde	Totalt antall saker	Antall medhold	Andel medhold	Total utbetaling ² (kroner)	Variasjonsbredde for erstatninger (kroner)
Øyesykdommer	56	19	34 %	3 482 600	0–735 000
Revmatologi	45	7	16 %	3 945 000	5 000–1 700 000
Hudsykdommer	44	17	39 %	2 591 500	0–1 100 000
Urologi	42	9	21 %	12 326 763	15 000–10 226 763
Prosedyrer, laboratoriearbeid	33	6	18 %	890 000	20 000–411 000
Annet ¹	114	29	25 %	31 388 768	0–11 198 000
Totalt	3 135	760	24 %	521 384 740	0–11 198 000

¹Fagområder med færre enn 1 % av sakene.

²Totalt 19 saker er fortsatt under erstatningsberegning. Summene kan bli endret.

Den totale utbetalingen til saker fra fastlegetjenesten i perioden var på 521 384 740 kroner fordelt på 760 klagesaker. Gjennomsnittsutbetalingen var på 686 033 kroner. Variasjonsbredden i erstatningsutbetalingene var fra 0 til 11 198 000 kroner. Saker med medhold, men hvor skaden ikke har gitt varig men eller økonomisk tap, får 0 kroner i utbetaling.

Svikt i diagnostikk var den type svikt som oftest ga medhold, og den utgjorde 553 (73 %) av de totalt 760 medholdssakene. Dette fordelte seg jevnt på tre områder: «ikke rekvirert prøve eller undersøkelse» i 159 (29 %) av sakene, «burde vært henvist eller henvist tidligere» i 153 (28 %) og «funn ikke fulgt opp eller mangelfull utredning» i 152 (27 %). De resterende 89 (16 %) sakene med denne typen svikt ble klassifisert i andre kategorier (se figur 1).

Svikt i behandling var den nest største gruppen av medholdssaker med 175 (23 %) av de totalt 760 sakene. «Mangelfull, manglende eller feil medisinerings» var den største undergruppen med 91 (52 %) av 175 saker, mens «ufullstendig eller ikke igangsatt behandling eller undersøkelse» utgjorde 40 (23 %) av sakene.

Av sakene med avslag var «ikke svikt i diagnostikk» den største årsakskategorien. Den utgjorde 1 198 (50 %) av totalt 2 375 avslagssaker, fulgt av «ikke årsakssammenheng» (635 (27 %) av avslagene), «ikke svikt i behandling» (504 (21 %)), «ikke svikt ved undersøkelse» (20 (0,8 %)), «skaden skyldes ikke vaksinasjon» (8 (0,3 %)) og «annet» (10 (0,4 %)) (se figur 2).

Diskusjon

Fastlegetjenesten er sårbar for svikt i diagnostikk og behandling. Fastlegen håndterer et bredt spekter av komplekse og potensielt alvorlige tilstander i ett eller flere relativt korte møter i en tidlig fase av sykdommen der symptomene

ofte ikke er typiske (8). I vårt materiale var det svikt i diagnostikk som var den vanligste årsaken til erstatningskrav og medhold. Også i andre studier var dette den hyppigste årsaken til krav og medhold i primærhelsetjenesten (4, 5, 9). Av de som reiser erstatningskrav, får 24 % medhold. Den diagnostiske prosessen vil ofte innebære usikkerhet. Vi synes det var få saker meldt inn til NPE i perioden vi undersøkte, sett i forhold til at det utføres 13–14 millioner konsultasjoner årlig i fastlegeordningen (6). Når alle hendelser som omfatter pasientsikkerheten, inkludert mindre alvorlige hendelser som utydelig skrift på resepter tas med, forekommer det svikt i 2–3 per 100 konsultasjoner ifølge en litteraturstudie (5). Av disse hendelsene er 4 % så alvorlige at de fører til langvarige fysiske eller psykiske plager eller død (5). Overført til vårt materiale skulle det da ha vært i overkant av 10 000 saker årlig av alvorlig karakter som medfører langvarige plager for pasienten. I de årene vi har undersøkt, ble det meldt inn 461–622 saker per år. Denne forskjellen skyldes trolig delvis ulik definisjon av svikt og ulike metoder for innsamling av data.

Det lave antallet meldte pasientskader kan ha flere årsaker. For at en pasient skal reise krav om erstatning, må pasienten vite at det er mulig å søke erstatning i NPE. Pasienten må også velge å bruke denne muligheten. Helsepersonell har plikt til å informere om muligheten til å søke erstatning når noen har blitt påført en skade eller en alvorlig komplikasjon i forbindelse med medisinsk behandling. Helsepersonell er den viktigste informasjonskilden til kunnskap om NPE for brukere, ifølge en brukerundersøkelse i NPE (9, 10). Det finnes lite opplysninger om hvorvidt fastleger faktisk opplyser om NPE og eventuelt årsakene til at de unnlater å gjøre det. Kanskje er det heller ikke så lett å melde feil i fastlegetjenesten, siden feil ofte først blir oppdaget når pasienten kommer til spesialisthelsetjenesten. Pasienten kan være påført en skade eller en forsinkelse i fastlegetjenesten uten at pasienten selv er klar over det. Sannsynligvis er mange pasientskader i fastlegetjenesten mindre alvorlige. I tillegg har pasient og fastlege ofte et nært og langvarig forhold, og dette kan gjøre at det er vanskelig for pasienten å klage på helsehjelpen, da pasientens forhold til legen føles personlig.

Fagområdene det hyppigst ble søkt om erstatning for innenfor fastlegeordningen, var «svulster og kreftsykdommer» og «ortopedi». Dette er sammenfallende med det som er funnet i Danmark (11). Dette er store fagområder med et stort antall konsultasjoner. Innenfor disse fagområdene ender pasientene ofte opp med kontakt i spesialisthelsetjenesten, og det kan dermed være lettere å oppdage feil. Skadene kan være mer åpenbare her enn i andre fagområder, og konsekvensene for pasienten kan være store, som for eksempel ved forsinket kreftdiagnose eller for sent diagnostisert brudd.

I den siste tiden har det vært økende fokus på overdiagnostisering – at diagnostikk blir utført og henvisning sendt selv om det er rimelig sikkert at det ikke vil gi betydningsfull informasjon. Det kan føre til at man oppdager tilstander som aldri vil plage pasienten, men som man ikke vet hvordan vil utvikle seg, og som dermed fører til oppfølging og behandling som er unødvendig. Man kan da komme til å sykeliggjøre pasienter som er friske (12, 13). Dette fører sjelden til klagesaker, selv om det kan påføre pasienten unødvendige undersøkelser og unødvendig behandling, som igjen medfører risiko for komplikasjoner og dessuten unødvendig bekymring for sykdom. Det

er lettere for pasienter å påpeke feil når tiltak ikke er gjort enn når tiltak er gjort unødvendig. Pasientene kan føle seg reddet av helsevesenet ved å gjennomgå undersøkelser (14). Mest sannsynlig er det sjelden at helsepersonell gjør pasienten klar over at henvisningen var unødvendig og at dette kan være årsak til å søke om erstatning. Behandlers ønske om å unngå erstatnings- eller klagesak vil kunne ha helseøkonomiske konsekvenser i form av risiko for overdiagnostikk og overbehandling.

Svikt i diagnostikk som følge av at prøvesvar og funn ikke er fulgt opp, burde kunne være et punkt med rom for kvalitetsforbedring. Man kan se for seg elektroniske løsninger hvor man, dersom man ikke kvitterer dem ut, jevnlig blir minnet på at patologiske prøvesvar har kommet. I tillegg kan økt oppmerksomhet blant fastlegene om at dette er et område hvor det ofte skjer svikt, i seg selv være nyttig.

Fastlegeordningen står for mange pasientkontakter. En gjennomgang av hvor i diagnostikken og behandlingen det svikter, og mulige tiltak rettet mot dette, kan gi muligheter for å forebygge fremtidig svikt. Både den medisinske grunnutdanningen og spesialistutdanningen i allmennmedisin vil være naturlige arenaer for kompetanseheving og tiltak. Gjennomgang av pasientmeldte skader og undervisning i pasientsikkerhetstenkning vil være viktige bidrag for å redusere antallet pasientskader. Vi tror at en grundig gjennomgang av sakene innenfor de fagområdene med flest antall erstatningskrav vil kunne gi bedre innsikt i mulighetene for kvalitetsforbedring.

Studiens styrke er at den gir et komplett bilde av fastlegerelaterte saker NPE har behandlet over en lang tidsperiode, og at den inkluderer et høyt antall saker.

Resymeene av de ferdigbehandlede sakene fra NPE besto av tekster av varierende kvalitet og ga derfor begrenset informasjon i noen saker. Spesielt gjaldt dette avslagssakene. Det er også sannsynlig at den enkle metoden med klassifisering av materialet kan ha gitt noe unøyaktighet i grupperingen av sakene. Vi har kun undersøkt de som har valgt å søke om erstatning. Alle de som har hatt grunn til å søke om erstatning, men av forskjellige grunner ikke har gjort det, vet vi ingenting om.

Vi vet ikke om pasientene som søker om erstatning, er ressurssterke eller ikke. I undersøkelsen har vi heller ikke analysert geografiske forskjeller. Dette kan være interessante forhold i en nøyere beskrivelse av erstatningssøkerne.

Konklusjon

Vi har beskrevet erstatningssaker fra fastlegeordningen behandlet i Norsk pasientskadeerstatning og funnet at blant de 24 % av erstatningssøkerne som får medhold, er majoriteten (73 %) på grunn av sviktende diagnostikk, spesielt innenfor kategoriene «svulster og kreftsykdommer» og «ortopedi». En nærmere beskrivelse av disse hyppige og typiske NPE-sakene kan gi bakgrunnskunnskap for å redusere fremtidig svikt.

LITTERATUR

1. LOV-2001-06-15-53. Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53> Lest 29.5.2018.
2. Norsk pasientskadeerstatning. <https://www.npe.no> Lest 29.5.2018.
3. LOV-1979-05-18-18. Lov om foreldelse av fordringer (foreldelsesloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1979-05-18-18> Lest 29.5.2018.
4. Wallace E, Lowry J, Smith SM et al. The epidemiology of malpractice claims in primary care: a systematic review. *BMJ Open* 2013; 3: e002929. [PubMed][CrossRef]
5. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf* 2016; 25: 544–53. [PubMed][CrossRef]
6. Statistisk sentralbyrå. Allmennlegetjenesten. <https://www.ssb.no/fastlegetj> Lest 5.6.2018.
7. LOV-1992-12-04-126. Lov om arkiv [arkivlova]. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-126> Lest 29.5.2018.
8. Singh H, Giardina TD, Meyer AN et al. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 418–25. [PubMed][CrossRef]
9. Norsk pasientskadeerstatning. Statistikk for regionale helseforetak 2016. <https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/rapporter/rhfrapport2016web.pdf> Lest 22.2.2019.
10. Norsk pasientskadeerstatning. Statistikk for regionale helseforetak 2017. https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/rapporter/rhf_rapport_2017_web.pdf Lest 27.9.2019.
11. Patienterstatningen. Anmeldelser fra almen praksis 2007–2010. <https://pebl.dk/da/forskning-i-skadesdata/faglige-artikler> Lest 25.2.2019.
12. Hofmann B. Overdiagnostikk. I: Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/overdiagnostikk> Lest 6.6.2018.
13. For mye for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten. Rapport. Oslo: Den norske legeforening, 2016. https://beta.legeforeningen.no/contentassets/ba01fe487d894fdo8516b5a803ba7b7b/for-mye_for-lite-eller-akkurat-passe.pdf Lest 27.9.2019.
14. Roksund G, Brodersen J, Johnson GE et al. Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1903–5. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 3. mars 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0191
Mottatt 4.3.2019, første revisjon innsendt 30.6.2019, godkjent 14.1.2020.
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. mars 2026.