

Klager til Norsk Pasientskadeerstatning etter nevrokirurgisk behandling

Sammendrag

Bakgrunn. Vi har som ledd i kvalitetsarbeidet undersøkt klager til Norsk Pasientskadeerstatning rettet mot Nevrokirurgisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Målsettingen var å identifisere forbedringsområder.

Materiale og metode. Undersøkelsen er en retrospektiv gjennomgang av alle klager fremsatt i perioden 1994–2000. Vi registrerte klagenes årsaker, utfall og saksbehandlingstid og sammenliknet med tall fra avdelingens årlige virksomhetsbeskrivelser.

Resultater. Det ble utført 3 873 operasjoner og fremmet 52 klager (1,3 %) til Norsk Pasientskadeerstatning. Klage ble fremsatt av en signifikant ($p < 0,001$) større andel av pasienter operert i ryggen og nakken (2,3 %) enn av pasienter operert for intrakranial sykdom (0,5 %). Median saksbehandlingstid var 396 dager. Pasienten fikk medhold i 19 (37 %) og avslag i 28 (53 %) saker. I fem saker (10 %) forelå det ikke vedtak. Postoperativ infeksjon ($n = 9$) var den vanligste årsaken til at pasienten fikk medhold.

Fortolkning. Saksbehandlingstiden er for lang. Undersøkelsen viser ingen systematiske feil. Det er grunn til å være spesielt nøye med utvelgelsen av pasienter og med informasjonen før ryggoperasjoner.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 443

Hanne Wikstrøm
Tonje Elisabeth Hansen
Det medisinske fakultet
Universitetet i Tromsø

Tor Ingebrigtsen*
toring@bigpond.net.au
Nevrokirurgisk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge
9038 Tromsø

* Nåværende adresse:
Royal North Shore Hospital
Neurosurgery Department
Level 7, Westbourne Street
St Leonards NSW 2065, Australia

Norsk Pasientskadeerstatning ble opprettet i 1988 for å behandle erstatningskrav fra pasienter som mener seg påført skade ved offentlige somatiske sykehus. Formålet er blant annet å skape større åpenhet blant helsearbeidere rundt skader og uønskede hendelser og å skaffe erfaringer som kan brukes i kvalitetsfremmende og skadeforebyggende arbeid (1).

Til nå har mer enn 20 000 pasienter fremmet klagesaker til Norsk Pasientskadeerstatning. Bjerkreim & Steen (2–4) undersøkte ortopediske klagesaker og fant at ryggkirurgi, som utgjør en stor andel av aktiviteten ved vår avdeling, var en av de behandlingsformene som hyppigst utløste klager. Peter F. Hjort (5) oppsummerte litteraturen om uheldige hendelser i helsevesenet, og påpekte at «the conspiracy of silence» – mangelen på åpenhet om uheldige hendelser – er et viktig hinder for utnyttning av slike hendelser i kvalitetssikringsarbeidet.

Vi har som ledd i dette arbeidet undersøkt klager til Norsk Pasientskadeerstatning rettet mot vår avdeling. Målsettingen var å identifisere forbedringsområder.

Materiale og metode

Regionsykehuset i Tromsø (nå Universitetssykehuset Nord-Norge) har siden 1994 ført oversikt over klager til Norsk Pasientskadeerstatning. Vi har gjort en retrospektiv undersøkelse av saker fremmet mot Nevrokirurgisk avdeling i årene 1994–2000. Vi identifiserte sakene ved manuell gjennomgang av direktørens arkiv. Det var registrert korrespondanse mellom Norsk Pasientskadeerstatning og Nevrokirurgisk avdeling i 61 tilfeller.

Ti saker oppfylte ikke inklusjonskriteriene: En hadde klagedato før 1994. I fire saker



Fakta

- 1,3 % av pasientene fremsatte klage til Norsk Pasientskadeerstatning
- Klage forekom fem ganger hyppigere etter ryggoperasjoner enn etter intrakraniale inngrep
- Postoperativ infeksjon var den vanligste årsaken til medhold fordi det praktiseres et objektivt erstatningsansvar etter infeksjon i et rent område
- Det er vanskelig for leger og pasienter å forstå hva som skiller infeksjoner fra andre og ofte alvorligere påregnelige komplikasjoner

var ikke klagen rettet mot Nevrokirurgisk avdeling. Fem saker var dobbeltregistrert.

I to saker rettet pasienten klage mot to ulike forhold. Vi har betraktet disse som fire separate saker.

Til sammen 53 saker oppfylte dermed inklusjonskriteriene. En sak var utilgjengelig for gjennomgang og ble ekskludert. Vårt materiale består da av 52 klager fremsatt av 50 pasienter.

Hver sak ble registrert i et arbeidsskjema som inneholdt demografiske opplysninger (alder og kjønn), opplysninger om saksbehandlingstid (skadedato, klagedato, dato for vedtak og dato for vedtak etter eventuell anke) og opplysninger om klagen (klageårsak, hva skaden består i og skadeårsak). Vi registrerte også om pasienten fikk medhold eller avslag hos Norsk Pasientskadeerstatning og hva som var klanderverdig når pasienten fikk medhold.

Datainnsamlingen ble avsluttet 1.4. 2002. I tre saker var det ikke fattet vedtak. To saker var avvist uten realitetsbehandling. Datagrunnlaget for utregning av saksbehandlingstid og i oversikter over klagesakenes utfall er derfor 47 saker.

Vi brukte tall fra avdelingens årlige virksomhetsbeskrivelser til å regne ut hvor stor andel av opererte pasienter som fremsatte klage.

Tallene for 1996 og 1997 er ufullstendige. Vi brukte derfor gjennomsnittet per år for årene 1994, 1995, 1998, 1999 og 2000 som et estimat for antall operasjoner utført i 1996 og 1997. Operasjonene ble delt inn i fire hovedgrupper:

- Operasjoner for degenerativ sykdom i columna
- Operasjoner for intrakranial sykdom
- Operasjoner for sykdommer i perifere nerver og andre mindre inngrep
- Operasjoner for traumer

Antall operasjoner for lumbal skiveprolaps i 1994–2000 ble estimert på samme måte som beskrevet ovenfor. Registrerte data ble samlet i en database (Microsoft Excel) og analysert ved hjelp av frekvenstabeller og middel-tall. For ikke-normalfordelte data brukte vi median istedenfor middel-tall. Vi brukte khikvadrattest for forskjeller i andel pasienter som fremsatte klage i ulike pasientgrupper.

Resultater

Pasienter og saksbehandlingstid

3 873 pasienter ble operert ved Nevrokirurgisk avdeling i perioden 1994–2000. De 52 klagesakene (1,3 %) var meldt av 28 menn (56 %) og 22 kvinner (44 %). Gjennomsnittlig alder på skadetidspunktet var 46 (29–81) år.

Median tid fra klage var fremsatt til det forelå uttalelse fra vår avdeling, var 63 dager (7–424 dager). Median tid fra klagen ble meldt til vedtaket ble fattet, var 396 dager (90–892 dager) og median tid fra anke på vedtak var fremsatt til nytt vedtak forelå, var 269 dager (157–497 dager).

Klagenes årsaker

Tabell 1 viser at den hyppigste diagnosen var lumbal skiveprolaps ($n = 24$). Klagen gjaldt skade som pasienten mente var oppstått under operasjonen i 29 saker (56 %), postoperativ infeksjon i ni saker (17 %) og skade som følge av forsinket undersøkelse og/eller behandling i åtte saker (15 %). I seks saker (12 %) var det andre årsaker til klagen.

Tabell 2 viser at operativ behandling av degenerativ sykdommer i columna (42,6 %) og av intrakranial sykdom (43,1 %) dominerte aktiviteten ved avdelingen. Klage til Norsk Pasientskadeerstatning ble fremsatt av en signifikant ($p < 0,001$) større andel av pasienter operert i ryggen og nakken (2,3 %) enn av pasienter operert for intrakranial sykdom (0,5 %).

Klagenes utfall

Tabell 3 gir en oversikt over klagenes utfall. Pasienten fikk medhold i 19 (37 %) saker,

Tabell 1 Fordeling av utskrivningsdiagnoser i 52 klagesaker til Norsk Pasientskadeerstatning

Diagnose	Antall	(%)
Degenerative sykdommer i columna	37	(71)
Lumbal skiveprolaps	24	
Lumbal spinal stenose	3	
Cervikal prolaps og cervikobrakialgi	5	
Annet	5	
Intrakraniale sykdommer	8	(15)
Cerebrovaskulær sykdom	5	
Tumor	3	
Sykdommer i perifere nerver	4	(8)
Skader	3	(6)

mens 28 (53 %) endte med avslag. 13 (35 %) av 37 pasienter som klaget etter rygg- og nakkeoperasjoner og en (13 %) av åtte som klaget etter intrakraniale inngrep fikk medhold. Sykehuspåført infeksjon med ni saker og feilbehandling med seks saker var de vanligste årsakene til at pasienten fikk medhold. Fire pasienter fikk medhold i at de var påført skade på grunn av for sen diagnostikk eller behandling.

Åtte av ni sykehuspåførte infeksjoner var postoperativ diskitt eller spondylodiskitt etter ryggoperasjoner. Avdelingen utførte 1 178 ryggoperasjoner i løpet av sjuårsperioden 1994–2000. Forekomsten av postoperativ diskitt og spondylodiskitt registrert hos Norsk Pasientskadeerstatning var dermed 0,7 %.

Tabell 4 gir en oversikt over pasienter som fikk medhold i at de var påført skade som følge av feilbehandling, for sen diagnostikk eller for sen behandling. Hos fire av de seks pasientene som fikk medhold i at behandlingen ikke hadde vært adekvat, var skaden oppstått i operasjonsstuen. I de to andre sakene skyldtes skaden henholdsvis unødvendig strålebehandling etter at man feilaktig hadde stilt diagnosen hjernesvulst og sviktende oppfølging etter et brudd i nakken.

Diskusjon

Pasienter og saksbehandlingstid

Alders- og kjønnsfordelingen gjenspeiler sannsynligvis pasientgrunnlaget ved avde-

lingen. Vi fant en lett overvekt av menn (56 %), mens større utvalg fra Norsk Pasientskadeerstatning viser motsatt kjønnsfordeling (1, 2). Undersøkelsen inkluderer ikke klager fremsatt til andre instanser og utgjør dermed ingen fullstendig oversikt over klager rettet mot vår avdeling. Vi la spesiell vekt på å analysere saker der pasienten fikk medhold. Saker som ender med avslag, kan også inneholde informasjon som kan være nyttig i kvalitetsarbeidet.

Saksbehandlingstiden er vanligvis over ett år. Hvis pasienten anker, blir ofte den samlede saksbehandlingstiden nærmere to år. Dette er uheldig, fordi uavklarte klagesaker kan bidra til å vedlikeholde symptomer hos pasienter med kroniske smerter (6). Norsk Pasientskadeerstatning var ansvarlig for det meste av saksbehandlingstiden.

Klagenes årsaker

I USA er nevrokirurgi blant de spesialitetene der klagesaker forekommer hyppigst (7–9). Det er ikke publisert tall som vår klagefrekvens på 1,3 % kan sammenliknes direkte med.

I vår undersøkelse forekom klagesaker fem ganger hyppigere etter ryggoperasjoner enn etter intrakraniale inngrep. Fager (7) studerte 300 nevrokirurgiske erstatningssaker og fant at halvparten var fremsatt etter operasjoner i ryggen. Dette kan skyldes at ryggpasienter oftere er misfornøyde eller at pasienter med intrakranial sykdom i mindre grad har ressurser til å klage.

Bjerkreim & Steen (4) vurderte alle klager til Norsk Pasientskadeerstatning etter behandling av lumbale skiveprolaps, og konkluderte med at fylldig informasjon om forventet resultat og mulige komplikasjoner er spesielt viktig i denne pasientgruppen. Vårt materiale styrker inntrykket av at det ofte oppstår diskrepans mellom pasientens forventninger og utfallet etter ryggoperasjoner. Dette kan skyldes utilstrekkelig informasjon fra kirurgen. Psykososiale forhold som depresjon, angst, endret smerteatferd og uavklarte trygdemedisinske forhold hos pasienten øker også risikoen for dårlig utfall. Mange anbefaler psykologisk undersøkelse før ryggoperasjoner (6). I USA er det også vanlig å be pasienten undertegne skriftlig informasjon. Dette forhindrer ikke at pasientene ofte klager fordi kirurgen ikke tok seg god nok tid til å diskutere risiko og alterna-

Tabell 2 Antall nevrokirurgiske operasjoner ved Universitetssykehuset Nord-Norge i årene 1994–2000 fordelt på fire hovedgrupper og antall klager til Norsk Pasientskadeerstatning i hver gruppe

Diagnosegruppe	Operasjoner		Klager	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Degenerative sykdommer i columna	1 631	(42,6)	37	(2,3)
Intrakranial sykdom	1 651	(43,1)	8	(0,5)
Operasjoner for sykdommer i perifere nerver og andre mindre inngrep	450	(11,8)	4	(0,9)
Skader	97	(2,5)	3	(3,1)

Tabell 3 Utfall i 52 klagesaker til Norsk Pasientskadeerstatning

Vedtak	Antall	(%)
Medhold	19	(37)
Sykehuspåført infeksjon	9	
Feilbehandling	6	
For sen diagnostikk	2	
For sen behandling	2	
Avslag	28	(53)
Ikke realitetsbehandlet	2	(4)
Ikke ferdig behandlet	3	(6)

Tabell 4 Diagnose, beskrivelse av skaden og årsak hos ti pasienter som fikk medhold i at de var påført skade som følge av feilbehandling, for sen behandling eller for sen diagnostikk

Pasient	Diagnose	Skaden	Årsak
1	Karpaltunnelsyndrom	Refleksdystrofi	Varige smerter på grunn av for sen påvisning og behandling av refleksdystrofi etter operasjonen. Medhold på grunn av for sen behandling
2	Intraspinal svulst	Tap av gangfunksjon	Skade på grunn av for lang ventetid (fire måneder) på magnetisk resonans-tomografi rekvirert av en annen avdeling. Medhold på grunn av for sen diagnostikk
3	Subaraknoidalblødning	Død	Død på grunn av hjerneinfarkt etter avstenging av sirkulasjonen i a. cerebri media. Medhold på grunn av ikke-adekvat utført operasjon
4	Hodeskade	Alvorlig hjerneskade	Hjerneblødning i forbindelse med innlegging av dren i hjerneventrikk. Medhold på grunn av sjelden (ikke påregnelig) komplikasjon til tross for adekvat utført inngrep
5	Multipel sklerose	Men etter stålebehandling	Feil histologisk diagnose (gliom) etter biopsi av antatt hjernesvulst. Pasienten gjennomgikk unødvendig strålebehandling. Medhold på grunn av feil diagnose
6	Cervikal prolaps	Smerter og parese i arm	Sannsynlig skade av cervikal nerverot eller ryggmarg i forbindelse med durarift under operasjonen. Medhold på grunn av ikke-adekvat utført inngrep
7	Akutt lumbal prolaps	Smerter og parese i fot	Varige symptomer sannsynligvis forårsaket av for sen operasjon. Medhold på grunn av for sen behandling
8	Akutt lumbal prolaps	Pareser i beina og underlivet	Varige symptomer sannsynligvis forårsaket av for sen påvisning av prolapsen. Medhold på grunn av for sen diagnostikk
9	Lumbal prolaps	Pareser i beina og underlivet	Sannsynlig skade av nerverot under operasjonen. Medhold på grunn av ikke-adekvat utført inngrep
10	Brudd i nakken	Smerter	Sannsynlig merskade på grunn av manipulasjonsbehandling hos fysioterapeut etter skaden. Sviktende oppfølging fra vår avdeling medvirkende årsak. Medhold på grunn av for dårlig oppfølging

tive behandlingsformer (7). Vi har siden 1997 sendt kopi av polikliniske notater, epikriser og operasjonsbeskrivelser til pasientene for å sikre åpen kommunikasjon (10).

Klagenes utfall

Pasienten fikk medhold i 37 % av sakene. Dette er i overensstemmelse med Fagers (7) studie, der 37 % fikk medhold, og med Bjerkreim & Steens (2, 3) undersøkelser, der 30 % fikk medhold.

Medhold var vanligere når pasienten klaget etter ryggoperasjoner (35 %) enn når det ble fremsatt klage etter intrakraniale inngrep (13 %). Dette skyldtes at alle pasienter med postoperativ diskitt fikk medhold. Diskitt er en kjent komplikasjon, med hyppighet rundt 1 %. I vårt materiale var forekomsten av diskitt meldt til Norsk Pasientskadeerstatning 0,7 %. Diskitt kan likevel ha forekommet hyppigere enn denne undersøkelsen viser.

Norsk Pasientskadeerstatning praktiserer et objektivt ansvar som gjør at pasienten får medhold ved infeksjon i et rent område. Det er vanskelig å forstå hva som skiller infeksjoner fra andre påregnelige komplikasjoner, og pasienter som opplever andre skader med alvorligere konsekvenser, finner ordningen urettferdig.

Medhold på grunn av nerveskade etter operasjon i ryggen forekom bare i én (3 %) av 27 saker i vårt materiale. I Bjerkreim & Steens (3, 4) utvalg av ortopediske klagesaker var nerveskade, med 12 (13 %) av 96 saker, en av de vanligste årsakene til medhold. Rutinemessig bruk av mikrokirurgisk operasjonsteknikk blant nevrokirurger er en mulig forklaring.

Vanskelige grenseoppganger

Vårt materiale viser at det er vanskelig å forutsi om en pasient vil få medhold eller avslag hos Norsk Pasientskadeerstatning. En kvinne med livstruende subaraknoidalblødning ble operert for et intrakranialt aneurisme som rumperte under operasjonen. Blødningen ble stoppet med en aneurismeklips, men etter inngrepet fikk pasienten et hjerneinfarkt som hun døde av. Norsk Pasientskadeerstatning gav medhold i at behandlingen ikke hadde vært adekvat fordi obduksjon viste at klipsen hadde stengt a. cerebri media og forårsaket infarkt. En mann med et aneurisme som ikke hadde blødd, fikk et mindre hjerneinfarkt som forårsaket afasi etter operasjonen. Angiografi gav ikke holdepunkter for uheldig plassering av klipsen. Denne komplikasjonen ble vurdert som påregnelig og pasienten fikk avslag. En tredje pasient fikk hjerneblødning etter innlegging av et ventrikkeldren. Behandlingen ble vurdert som adekvat, men pasienten fikk likevel medhold fordi komplikasjonen er sjelden.

Litteratur

1. Norsk Pasientskadeerstatning. Fakta om Norsk Pasientskadeerstatning. www.npe.no/domino/KLP/NewKLPPublish.nsf/npeFset (20.8.2002).
2. Bjerkreim I, Steen H. Behandlingsskader i ortopedi meldt til Norsk Pasientskadeerstatning 1993–99. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3047–9.
3. Bjerkreim I, Steen H. Analyse av 700 ortopediske skadesaker meldt til Norsk Pasientskadeerstatning. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3050–2.
4. Bjerkreim I, Steen H. Klager på behandling av lumbale skiveprolaps meldt til Norsk Pasientskadeerstatning. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1804–6.

5. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184–9.
6. Epker J, Block AR. Presurgical psychological screening in back pain patients. A review. Clin J Pain 2001; 17: 200–5.
7. Fager CA. Professional liability and potential liability. Neurosurg 1985; 16: 866–72.
8. Taragin MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL. Physician demographics and the risk of medical malpractice. Am J Med 1992; 93: 537–42.
9. Taragin MI, Sonnenberg FA, Karns ME, Trout R, Shapiro S, Carson JL. Does physician performance explain interspecialty differences in malpractice claim rates? Med Care 1994; 32: 661–7.
10. Trumphy JH. Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 394–6.