

Klager til Norsk Pasientskadeerstatning
etter behandling
ved Nevrokirurgisk avdeling

5. årsoppgave i Stadium IV – medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø

Tonje Elisabeth Hansen, kull –97
Hanne Wikstrøm, kull –97

Veileder: Avdelingsoverlege Tor Ingebrigtsen, Nevrokirurgisk avdeling

Tromsø, 29.08.02

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	side 1
English summary.....	side 2
Norsk sammendrag.....	side 3
Innledning.....	side 4
Materiale og metode.....	side 4
Resultater.....	side 5
<i>Pasienter og saksbehandlingstid</i>	side 5
<i>Klagenes årsaker</i>	side 6
<i>Klagenes utfall</i>	side 6
Diskusjon.....	side 7
<i>Pasienter og saksbehandlingstid</i>	side 7
<i>Klagenes årsaker</i>	side 7
<i>Klagenes utfall</i>	side 8
<i>Vanskelige grenseoppganger</i>	side 8
Konklusjon.....	side 9
Litteratur.....	side 10
Vedlegg (tabeller)	

English summary

Patient compensation claims to the Norwegian Patient Compensation System after treatment at the Department of Neurosurgery, University Hospital of North Norway

Background. Previous studies have addressed claims to the Norwegian Patient Compensation System, but single hospital departments have not reported overviews of such cases. We studied claims raised after treatment at our department to identify potentials for improvement.

Methods. The survey is a retrospective study of all claims raised during the years 1994 through 2000. We registered the claims reasons, outcomes and processing times and analysed them in relation to the annual caseload at the department.

Results. A total of 3,873 neurosurgical operations were performed, and 52 (1.3%) compensation claims occurred. Such claims were raised by a significantly ($p<0,001$) higher proportion of patients undergoing spine surgery (2.3%) compared to those undergoing intracranial surgery (0.5%). A decision had been reached in 47 cases after a median case processing time of 396 days. The claims were accepted in 19 (37%) and rejected in 28 (53%) cases. Postoperative infection ($n=9$) was the most common cause for acceptance.

Interpretation. The case processing time is too long. The survey showed no systematic errors. High frequency of claims after spine surgery suggests that special care should be taken in patient selection and information before such procedures.

Norsk sammendrag

Bakgrunn. Tidsskriftet har publisert flere undersøkelser av klager til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), men norske sykehusavdelinger har ikke publisert oversikter over egne klager. Vi har som ledd i kvalitetsarbeidet undersøkt NPE saker rettet mot vår avdeling for å identifisere forbedringsområder.

Materiale og metode. Undersøkelsen er en retrospektiv gjennomgang av alle klager meldt til NPE i perioden 1994-2000. Vi registrerte klagenes årsaker, utfall og saksbehandlingstid og sammenlignet med aktivitetstall fra avdelingens årlige virksomhetsbeskrivelser.

Resultater. Det ble utført 3 873 operasjoner ved Nevrokirurgisk avdeling og fremmet 52 (1,3%) klager til NPE. 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%). Det var fattet vedtak i 47 saker etter median saksbehandlingstid på 396 dager. Pasienten fikk medhold i 19 (37%) og avslag i 28 (53%) saker. Postoperativ infeksjon ($n=9$) var den vanligste årsaken til at pasienten fikk medhold.

Fortolkning. Saksbehandlingstiden er for lang. Undersøkelsen viste ingen systematiske feil. Overhyppigheten av klager etter ryggoperasjoner viser at det er grunn til å være spesielt nøye med utvelgelsen av pasienter og informasjonen før slike inngrep.

Innledning

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) ble opprettet i 1988 for å behandle erstatningskrav fra pasienter som mener seg påført skade ved offentlige somatiske sykehus (1). Ordningen er senere utvidet til å omfatte de fleste offentlige helsetjenester. 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 NPE (1, 2). Bjerkreim og Steen (3, 4) undersøkte ortopediske klagesaker og fant at 71% av skadene oppsto på operasjonsstuen. Ryggkirurgi, som utgjør en stor andel av aktiviteten ved vår avdeling, var en av de behandlingsformene som hyppigst utløste klager (5). Peter F. Hjort (6) oppsummerte litteraturen om uheldige hendelser i helsevesenet, og påpekte blant annet at "the conspiracy of silence" – mangelen på åpenhet om uheldige hendelser – er et av de viktigste hindre for utnyttning av slike hendelser i kvalitetsarbeidet.

Til nå har ikke norske sykehusavdelinger publisert oversikter over egne klagesaker. Vi presenterer her en gjennomgang av NPE-saker rettet mot vår avdeling. Undersøkelsen ble gjennomført som ledd i avdelingens kvalitetsarbeid. Målsetningen var å identifisere eventuelle forbedringsområder.

Materiale og metode

Regionsykehuset i Tromsø (RiTØ) (nå Universitetssykehuset Nord-Norge) har siden 1994 ført oversikt over alle NPE saker. Vi har gjort en retrospektiv gjennomgang av alle slike saker fremmet mot Nevrokirurgisk avdeling i årene 1994-2000. Saker som var rettet både mot Nevrokirurgisk avdeling og andre avdelinger på sykehuset ble inkludert. Vi identifiserte sakene ved manuell gjennomgang av Direktørens arkiv. Det var registrert korrespondanse mellom NPE og Nevrokirurgisk avdeling i til sammen 61 saker.

Ti saker oppfylte ikke inklusjonskriteriene: En hadde klagedato før 1994. I fire saker var ikke klagen rettet mot Nevrokirurgisk avdeling. Pasientene hadde likevel vært i kontakt med avdelingen, slik at det var registrert korrespondanse i arkivet. Fem andre saker var dobbelregistreringer.

I to av sakene 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 derfor ekskludert. Vårt materiale består dermed av 52 klager fremsatt av 50 pasienter.

Hver sak ble registrert i et arbeidsskjema som inneholdt demografiske opplysninger (alder, kjønn og yrke), 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 NPE og hva som var klandreverdig når pasienten fikk medhold.

Datainnsamlingen ble avsluttet 01.04.02. I tre av sakene var det ikke fattet vedtak før denne dato. To saker ble avvist av NPE uten realitetsbehandling. Datagrunnlaget for utregning av saksbehandlingstid og i oversikter over klagesakenes utfall er dermed 47 saker.

Vi brukte produksjonstall fra avdelingens årlige virksomhetsbeskrivelser til å regne ut hvor stor andel av dem som ble operert som klaget til NPE. Tallene for 1996 og 1997 er ufullstendige. Vi valgte derfor å bruke 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: 1) operasjoner for degenerativ sykdom i columna, 2) operasjoner for intrakranial sykdom, 3) operasjoner for sykdommer i perifere nerver og andre mindre inngrep og 4) operasjoner for traumer. Antall operasjoner for lumbalt skiveprolaps i perioden 1994-2000 ble estimert på samme måte som beskrevet ovenfor.

Vi samlet registrerte data i en database (Microsoft Excel) og analysert dem ved hjelp av frekvenstabeller og middeltall. For ikke normalfordelte data, brukte vi median istedenfor middeltall. Vi brukte khikvadrattest for å undersøke om observerte forskjeller i andel pasienter som fremsatte klage i forskjellige pasientgrupper var statistisk signifikant.

Resultater

Pasienter og saksbehandlingstid

Til sammen 3 873 pasienter ble operert ved Nevrokirurgisk avdeling i perioden 1994-2000. De 52 (1,3%) klagesakene var meldt av 28 menn (56%) og 22 kvinner (44%). Gjennomsnittlig alder på skadetidspunktet var 46 (29-81) år. Elleve av 50 hadde høyere utdanning, 32 hadde lavere utdanning eller yrkesskole, fem var alderspensjonister eller uføretrygdet og to var hjemmeværende.

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

Klagenes årsaker

Tabell 1 viser at de hyppigste diagnosene i materialet var lumbalt skiveprolaps (n=24), cervikalt prolaps og cervikobrachialgi (n=5) og cerebrovaskulær sykdom (n=5). De resterende sakene fordelte seg mellom ulike sentrale og perifere nevrologiske sykdommer og skader som vist i tabellen.

Klagen gjaldt skade som pasienten mente var oppstått under operasjonen i 29 (56%) saker, postoperativ infeksjon i ni (17%) saker og skade som følge av forsinket undersøkelse og/eller behandling i åtte (15%) saker. I seks (12%) saker var det andre årsaker til klagen.

Tabell 2 viser antall nevrokirurgiske operasjoner ved RiTØ i perioden 1994-2000. Operativ behandling av degenerative sykdommer i columna (42,6%) og av intrakranial sykdom (43,1%) dominerte aktiviteten. Klage til NPE 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, mens 28 (53%) endte med avslag. Tretten (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 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 syvårsperioden 1994-2000. Forekomsten av postoperativ diskitt og spondylodiskitt registrert i NPE var dermed 0,7%.

Tabell 4 gir en oversikt over pasienter som fikk medhold i at de var påført skade som følge av feil behandling, 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 på 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

Aldersfordelingen og utdannelsesnivået gjenspeiler sannsynligvis pasientgrunnlaget ved avdelingen. I vårt materiale var det en lett overvekt av menn (56%), mens undersøkelser av større utvalg fra NPE viser motsatt kjønnsfordeling (1, 3). Årsaken kan være overhyppighet av degenerative sykdommer i columna blant menn.

Saksbehandlingstiden er vanligvis over ett år. Hvis pasienten anker, blir ofte den samlede saksbehandlingstiden nærmere to år. Dette er uheldig blant annet fordi uavklarte klagesaker i seg selv kan bidra til å preservere symptomer, særlig hos pasienter med kroniske smerter (7). I vår undersøkelse var NPE ansvarlig for det meste av saksbehandlingstiden. Det er rom for forbedring både hos oss og hos NPE.

Klagenes årsaker

I USA er nevrokirurgi blant de spesialitetene der klagesaker forekommer hyppigst (8, 9, 10). Det er ikke publisert tall som vår klagefrekvensen på 1,3% kan sammenlignes direkte med. Vi har oppfordret pasienter som har vært utsatt for mulig skade til å fremsette klage til NPE. Dette kan ha påvirket antall saker.

Det er påfallende at klagesaker forekommer fem ganger hyppigere etter ryggoperasjoner enn etter intrakranielle inngrep. Fager (8) studerte 300 nevrokirurgiske erstatningssaker og fant at omlag halvparten var fremsatt etter operasjoner i ryggen. Bjerkreim og Steen (5) vurderte nylig alle klager til NPE 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 smerteadferd og uavklarte trygdemedisinske forhold hos pasienten øker også risikoen for dårlig utfall. Vi har siden 1997 sendt kopi av polikliniske notater, epikriser og operasjonsbeskrivelser til pasientene for å sikre mest mulig åpen kommunikasjon (11).

Mange anbefaler rutinemessig psykologisk undersøkelse før ryggoperasjoner (7). I USA er det vanlig å be pasienten om å lese og undertegne skriftlig informasjon der det redegjøres for mulige problemer. Dette forhindrer ikke at pasientene ofte klager fordi kirurgen ikke tok seg god nok tid til å diskutere risiko og alternative behandlingsformer (8).

Klagenes utfall

Pasienten fikk medhold i 37% av sakene. Dette er i overensstemmelse med Fagers (8) studie av nevrokirurgiske klagesaker i USA der 37% fikk medhold og med Bjerkreim og Steens (3, 4) undersøkelser av ortopediske klagesaker i NPE der 30% fikk medhold.

Medhold var vanligere når pasienten klaget etter ryggoperasjoner (35%) enn når det ble fremsatt klage etter intrakraniale inngrep (13%). Denne differansen skyldes at alle pasienter med postoperativ diskitt ble gitt medhold. Diskitt er en kjent komplikasjon med hyppighet rundt 1% (12). I vårt materiale var forekomsten av diskitt meldt til NPE 0,7%. Vi har oppfordret alle pasienter med diskitt til å klage til NPE. Diskitt kan likevel ha forekommet hyppigere enn denne undersøkelsen viser. Fortsatt fokus på infeksjonsforebyggende arbeid er viktig.

NPE praktiserer et objektivt ansvar som gjør at pasienten får medhold ved infeksjon i et rent område. For kirurger er det vanskelig å forstå hva som skiller infeksjoner fra andre påregnelige komplikasjoner, og for pasienter som opplever andre skader med alvorligere konsekvenser, oppleves ordningen som urettferdig.

Medhold på grunn av nerveskade etter operasjon i ryggen var uvanlig i vårt materiale og forekom bare i en (3%) av 27 saker. I Bjerkreim og Steens (4, 5) utvalg av ortopediske NPE-saker var nerveskade med 12 (13%) av 96 saker en av de vanligste årsakene til medhold. Dette kan være en tilfeldighet. Mer rutinemessig bruk av mikrokirurgisk operasjonsteknikk blant nevrokirurger enn blant ortopeder er en annen mulig forklaring.

Det er verdt å merke seg at skade oppstått som følge av for sen behandling er en ikke uvanlig årsak til medhold, særlig hos pasienter med sykdommer i ryggen. En pasient med intraspinal svulst og to pasienter med akutt lumbalt prolaps fikk medhold i at de var påført varige nevrologiske utfall som sannsynlig følge av for sen diagnostikk og behandling. I ett av tilfellene oppsto forsinkelsen på grunn av utilstrekkelig øyeblikkelig hjelp kapasitet ved sykehusets operasjonsavdeling.

Vanskelige grenseoppganger

Vårt materiale viser at det er vanskelig for kirurger å forutsi om en pasient vil få medhold eller avslag hos NPE. En 46 år gammel kvinne med livstruende subaraknoidalblødning ble operert for et intrakranielt aneurisme som rumperte under operasjonen. Blødningen ble stoppet med et aneurismeklips, men etter inngrepet fikk pasienten et hjerneinfarkt som hun døde av. NPE gav medhold i at behandlingen ikke hadde vært adekvat fordi obduksjon viste

at klipset hadde stengt arteria cerebri media og forårsaket infarkt. En 45 år gammel 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 klipset. NPE vurderte komplikasjonen som påregnelig og gav avslag. En tredje pasient fikk hjerneblødning etter innlegging av et ventrikkeldren. NPE vurderte behandlingen som adekvat, men gav likevel medhold fordi komplikasjonen er sjelden.

Konklusjon

Undersøkelsen viser ingen systematiske feil som krever omlegging av avdelingens rutiner. Overhyppigheten av klager etter ryggoperasjoner viser at det er grunn til å være spesielt nøye med utvelgelsen av pasienter og informasjonen før slike inngrep. Både kirurger og pasienter kan finne det problematisk at skader med nesten like utfall vurderes forskjellig hos NPE.

Litteratur

1. Norsk pasientskadeerstatning. Fakta om Norsk Pasientskadeerstatning.
www.npe.no/domino/KLP/New
KLPPublish.nsf/npeFset. (20.08.02).
2. Njølstad PR. Norsk pasientskadeerstatning 1999. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2188.
3. Bjerkreim I, Steen H. Behandlingsskader i ortopedi meldt til Norsk Pasientskadeerstatning 1993-1999. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3047-9.
4. Bjerkreim I, Steen H. Analyse av 700 ortopediske skadesaker meldt til Norsk Pasientskadeerstatning. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3050-2.
5. Bjerkreim I, Steen H. Klager på behandling av lumbale skiveprolapsler meldt til Norsk pasientskadeerstatning. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1804-6.
6. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184-9.
7. Epker J, Block AR. Presurgical psychological screening in back pain patients. A review. Clin J Pain 2001; 17: 200-5.
8. Fager CA. Professional liability and potential liability. Neurosurg 1985; 16: 866-72.
9. 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.
10. 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.

11. Trumpy JH. Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 394-6.
12. Tay BK, Deckey J, Hu SS. Spinal infections. J Am Acad Orthop Surg 2002; 10: 188-97.

Tabell 1 Fordeling av utskrivningsdiagnoser i 52 NPE saker

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

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

Diagnosegruppe	Operasjoner		Klager til NPE	
	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 NPE saker

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	CTS ¹	Refleksdystrofi	Variige 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 magnettomografi rekvirert av en annen avdeling. Medhold på grunn av for sen diagnostikk.
3	SAB ²	Død	Død på grunn av hjerneinfarkt etter avstenging av sirkulasjonen i arteria cerebri media. Medhold på grunn av ikke-adekvat utført operasjon.

4	Hodeskade	Alvorlig hjerneskade	Hjerneblødning i forbindelse med innlegging av dren i hjerneventrikel. Medhold på grunn av sjelden (ikke påregnelig) komplikasjon til tross for adekvat utført inngrep.
5	MS ³	Mén etter strålebehandling	Feil histologisk diagnose (gliom) etter biopsi av antatt hjernesvulst. Pasienten gjennomgikk unødvendig strålebehandling. Medhold på grunn av feil diagnose.
6	Cervikalt 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 lumbalt prolaps	Smerter og parese i fot	Varige symptomer sannsynligvis forårsaket av for sen operasjon. Medhold på grunn av for sen behandling.
8	Akutt lumbalt prolaps	Pareser i beina og underlivet	Varige symptomer sannsynligvis forårsaket av for sen påvisning av prolapsen. Medhold på grunn av for sen diagnostikk.

9	Lumbalt 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.

¹CTS; carpaltunnelsyndrom, ²SAB; subaraknoidalblødning, ³MS; multipel sklerose