

# Analyse av 700 ortopediske skadesaker meldt til Norsk Pasientskadeerstatning

I perioden 1993–99 ble det ved Norsk Pasientskadeerstatning gjort ansvarsvedtak i 4 041 ortopediske klagesaker. Vi har analysert data fra 700 tilfeldig utvalgte saker.

Det er klager på behandling ved alle typer sykehus og i kommunehelsetjenesten. De hyppigste diagnoser i materialet er hofteartrose, lumbal skiveprolaps og forskjellige typer brudd. Pasientene klaget hyppigst over feil ved behandling, skuffende resultater av behandling og diagnoserelaterte feil. Relativt mange var misfornøyd med informasjonen som ble gitt. Klagen var relatert til behandling hos 590 pasienter (84 %) og skjedde på operasjonsstuen hos 495 av pasientene.

Medhold ble gitt i 209 (30 %) og avslag i 491 saker. Av dem som fikk medhold i klagen, ble dette gitt på grunnlag av forhold ved behandlingen hos 43 %, infeksjon 21 %, forhold ved undersøkelse og diagnose 18 %, bruk av Boneloc beinsement 11 %, mangelfull oppfølging 6 %, mangelfull pleie hos to og informasjonssvikt hos en pasient. Av dem som ikke fikk medhold, ble avslag gitt fordi skaden ble ansett som påregnelig hos 70 %, grunnsykdommen var hovedårsaken hos 19 % og hos 7 % forelå det ingen skade.

Informasjon om klagesakene til Norsk Pasientskadeerstatning kan gi et verdifullt bidrag til kvalitetssikringsarbeidet, men registreringen av data bør være mer detaljert og omfattende.

I tidsrommet 1993–99 ble det ved Norsk Pasientskadeerstatning gjort ansvarsvedtak i 4 041 ortopediske klagesaker (1). 39 % fikk medhold ved første behandling og ytterligere 2 % etter klage. Det praktiseres tilnærmet objektivt ansvar ved sårinfeksjon i områder uten høy bakteriekonsentrasjon og ved tidlig løsning av implantert hofteprotese ved bruk av Boneloc beinsement. Henholdsvis 8,1 % og 7,2 % av alle som klaget fikk medhold av disse grunner.

Det er viktig å lære av de feil som er gjort, slik at vår pasientbehandling kan bli bedre og mer skadeforebyggende, i tråd med intensjonene i kvalitetssikringsarbeidet. I denne artikkelen har vi analysert enkelte data fra klagesakene for å belyse årsaksforholdene.

---

**Ingjald Bjerkreim\***

*ingjald.bjerkreim@rikshospitalet.no*

Norsk Pasientskadeerstatning

Postboks 1733 Vika

0121 Oslo

**Harald Steen**

Oslo ortopediske universitetsklinikk

Trondheimsveien 132

0570 Oslo

---

\*Nåværende adresse:

Ortopediteknisk senter

Sophies Minde

Trondheimsveien 132

0570 Oslo

---

Bjerkreim I, Steen H.

## Analysis of 700 orthopaedic treatment injuries reported to the Norwegian Patient Compensation System (NPCS)

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3050–2.*

**Background.** In the 1993–99 period, the NPCS reached decisions on 4,041 orthopaedic injury cases. This paper reviews the complaints lodged.

**Material and methods.** We have analysed data from 700 randomly selected cases in order to elucidate the reasons for complaint.

**Results.** Complaints were lodged against all types of hospitals and primary health care providers. The most frequent primary diagnosis were osteoarthritis of the hip, lumbar disc herniation, and various fractures. Complaints were most commonly related to faulty treatment, continued pain, nerve injuries, reduced function, mistaken diagnosis, malposition of bone or joint, and infection. 84 % of complaints were related to treatment and to operative treatment in particular.

In 209 cases (30 %), the complaints were heard. Of these 209, 43 % were heard because of the treatment given, 21 % because of infection, 18 % because of diagnostic fault, and 6 % because of defective follow-up.

491 complaints were rejected; in 70 % of them because the injury was acceptable according to general rules, in 19 % because the basic disorder had caused the injury, and in 7 % because there was in fact no injury.

**Interpretation.** In our opinion, better knowledge about treatment injury cases represents valuable information that contributes to a higher quality of care.

---

## Materiale og metode

Materialet består av 700 tilfeldig utvalgte ortopediske klagesaker fra perioden 1993–99. Som en av flere medisinske rådgivere tilknyttet Norsk Pasientskadeerstatning vurderte en av forfatterne (IB) ortopediske saker fortløpende. For hver sak ble data regi-

strert i et detaljert arbeidsskjema med 39 variabler og 2–33 verdier. Sakspapirene manglet ofte ønsket informasjon. Dessuten var ikke alle saker ferdigbehandlet. Opplysninger som var tilgjengelige i alle saker, demografiske og medisinske data, pasientklager og utfallet av klagen, er sammenliknet med tilsvarende data fra det totale vedtaks materialet ved Norsk Pasientskadeerstatning (2). Fylkesvis forekomst av klager er sammenliknet med fylkenes andel av befolkningen, hentet fra Statistisk årbok (3).

## Resultat

Det var 411 kvinner (59 %) og 289 menn (41 %). Til sammenlikning var kjønnsfordelingen i hele materialet ved Norsk Pasientskadeerstatning på 9 934 saker 57 % kvinner og 43 % menn i perioden 1988–99.

Aldersfordelingen viste 5 % færre pasienter under ti år og 5 % flere pasienter over 70 år enn i hele materialet (fig 1).

Fem fylker (Østfold, Vestfold, Rogaland, Nord-Trøndelag og Nordland) var overrepresentert med mer enn 1 % av antall forventede klagesaker i forhold til befolkningen, mens tre fylker (Akershus, Hedmark og Hordaland) var tilsvarende underrepresentert.

Det var klager på behandling ved alle typer sykehus. Sentralsykehus og mindre fylkessykehus var hyppigst representert, med henholdsvis 31 % og 27 % av klagen. Derneft fulgte regionsykehus med 19 %, større fylkessykehus med 16 % og spesialsykehus med 3 %. Det var 24 (3 %) klager på kommunehelsetjenesten.

De hyppigste diagnoser i materialet var hofteartrose, med 124 saker, 96 personer hadde rygglidelse, av disse 55 lumbal skiveprolaps. Fot- og ankellidelser/skader utgjorde 78, derav 21 leddbåndsskader. Det var 58 knelidelser, av disse 21 med artrose. Distale radiusbrudd forekom i 46 av klagen, og 44 hadde hånd- og fingerlidelser/skader. Skulderlidelser førte til 35 klager, blant disse var det 22 pga. tendinitt/inneklemmingssyndrom. Lårhalsbrudd var årsak til 33 klager, albue- og underarmslidelser til 26 og overarmsbrudd forekom i 24 klager (tab 1).

Det ble registrert i alt 1 100 klager, dvs. 1,6 klager i gjennomsnitt per sak. Pasientene klaget hyppigst over at det var gjort feil ved behandlingen (128 personer), vedvarende smerter/forverring av smerter (125 personer), nerveskade (124 personer), redusert funksjon (116 personer), diagnoserelaterte feil (103 personer), feilstilling av knokkel

eller ledd (70 personer), infeksjon (67 personer), uendret/forverret tilstand (48 personer), forsinket bruddtilheling (39 personer), refleksdystrofisk tilstand (38 personer), bruk av Boneloc beinsement (29 personer), svikt i etterbehandlingen (29 personer), informasjonssvikt (23 personer) og protese-løsning ved bruk av vanlig type beinsement (23 personer).

Ved gjennomgang av sakene viste det seg at skaden skjedde på operasjonsstuen hos 495 (71%) av pasientene, på poliklinikken hos 154, i sengeavdelingen hos 25, i røntgenavdelingen hos to og i kommunehelsetjenesten i 24 tilfeller. Klagen var relatert til behandling hos 590 pasienter (84%), undersøkelse og diagnostikk i 77 (11%), pleie og observasjon i 14 (2%) og etterbehandling i 14 (2%) tilfeller.

De hyppigste nerveskader som ble konstatert (tab 2) var skade på distale spinale nerverøtter (37 pasienter), ischiadicus (27 pasienter) og peroneus (17 pasienter).

Medhold i klagen ble gitt i 209 saker (30%). Grunnlaget var forhold ved behandlingen hos 90 (43% av alle som fikk medhold), infeksjon hos 43 (21%), forhold ved undersøkelse og diagnose hos 37 (18%), bruk av Boneloc beinsement hos 23 (11%), mangelfull oppfølging hos 13 (6%), mangelfull pleie hos to og informasjonssvikt hos en.

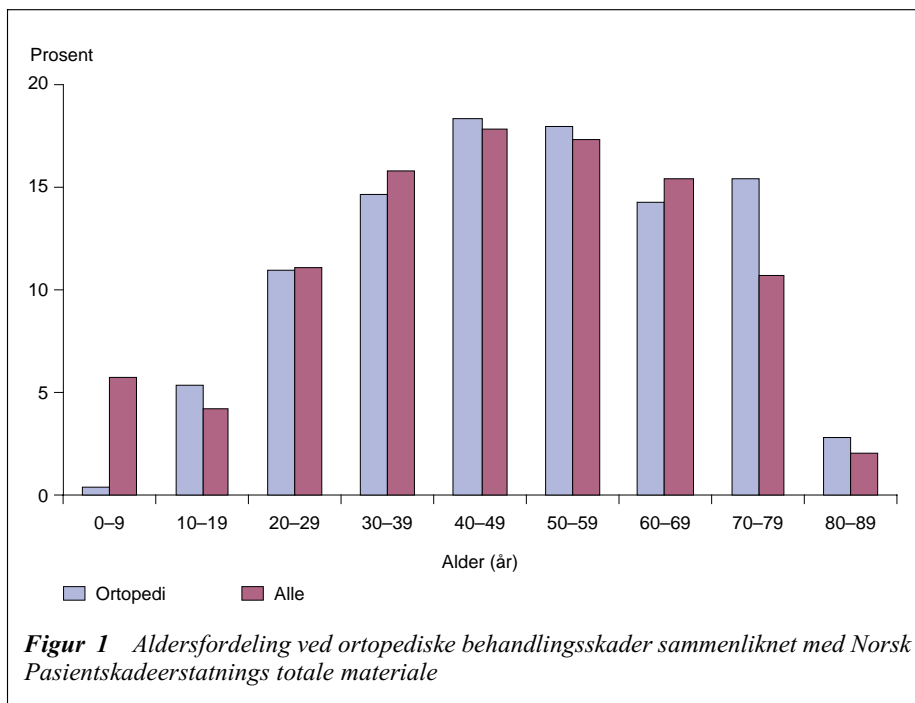
Avslag på klagen ble gitt i 491 saker (70%). Skaden ble ansett som kjent og påregnelig hos 341 pasienter, grunnsykdommen var hovedårsaken hos 94, hos 33 forelå det ingen skade, hos 16 var det særlige forhold ved pasienten selv som var årsaken, og hos sju forelå andre årsaker.

## Diskusjon

Kvinner klaget hyppigst og noe hyppigere i ortopedimaterialet enn i det totale materialet ved Norsk Pasientskadeerstatning. Årsaken er mest sannsynlig at det i befolkningen er flere kvinner enn menn i aldersgruppene over 55 år (3) og at enkelte ortopediske lidelser, som hofteartrose og osteoporoserelaterte brudd i eldre alder, lårhalsbrudd og radiusbrudd, forekommer hyppigere hos kvinner.

Aldersfordelingen er litt forskjellig fra totalmaterialet, idet det er 5% færre pasienter under ti år og 5% flere pasienter over 70 år enn i det totale materialet. Dette er en naturlig tendens, i overensstemmelse med forekomsten av lidelser i muskel- og skjelettsystemet.

Behandlingskader oppstår på alle behandlingsnivåer og uten stor variasjon fra fylke til fylke, men undersøkelsen tyder på at fylker der Boneloc beinsement er blitt brukt, er overrepresentert med henblikk på klagesaker (4). Forskjellen kan for øvrig skyldes flere forhold, bl.a. at noen leger/sykehus er bedre til å informere pasientene. Sannsynligvis fører dette til at pasientene får økt forståelse for at alle inngrep ikke blir like vellykkede og klager derfor ikke på resulta-



Figur 1 Aldersfordeling ved ortopediske behandlingsskader sammenliknet med Norsk Pasientskadeerstatnings totale materiale

tet. Enkelte kan legge forholdene for å klage bedre til rette enn andre, og noen oppfordrer også pasientene til å klage dersom resultatet ikke blir som forventet.

Den enkelte klagesak blir registrert i det fylket der behandlingsinstitusjonen er lokalisert. Fylker som mangler full dekning av spesialavdelinger benytter sykehus utenfor eget fylke i større grad enn andre. Noen kan ha en mer liberal holdning med hensyn til å henvise problemtilfeller til et høyere kompetansenivå utenfor eget fylke.

Oversikten over hvilke sykdommer/skader det klages på behandlingen av, viser at

Tabell 1 De hyppigste skadelokalisasjoner ved ortopediske klagesaker meldt til Norsk Pasientskadeerstatning 1993–99

| Lokalisasjon   | Ortopediske saker |                  |
|----------------|-------------------|------------------|
|                | Antall            | Prosent av total |
| Hofte          | 124               | 18               |
| Rygg           | 96                | 14               |
| Fot/ankel      | 78                | 11               |
| Kne            | 58                | 8                |
| Distale radius | 46                | 7                |
| Hånd/finger    | 44                | 6                |
| Skulder        | 35                | 5                |
| Lårhals        | 33                | 5                |
| Albue/underarm | 26                | 4                |
| Humerus        | 24                | 3                |
| Andre (< 24)   | 136               | 19               |
| <b>Totalt</b>  | <b>700</b>        | <b>100</b>       |

disse er velkjente og hyppige. Det er viktig å merke seg at også tilstander som regnes som forholdsvis uskyldige og lette å behandle, slik som distale radiusbrudd og inneklemmingssyndrom i skulderen, ofte gir grunnlag for klager.

Det er ikke uventet at mange av klagen går på feil ved behandling og diagnose, samt skuffende resultat av behandlingen. Det er viktig å merke seg at mange klager på dårlig informasjon. Selv om få hittil har fått medhold i klagen av den grunn, er det nødvendig å ta slike klager alvorlig og la informasjon inngå som en innarbeidet rutine med dokumentasjon i sykejournalen. Saklig informasjon uten å skremme pasienten vil overveiende sannsynlig øke tilliten til legen/sykehuset og føre til færre klager. Det er også av stor betydning å informere om begrensningene og om hva man ikke kan forvente av den aktuelle behandlingen.

Undersøkelsen viser at nerveskader eller forverring av nerveutfall ofte oppstår under behandling. Det er særlig ved rygg- og hofteoperasjoner at slike skader inntrer, men også ved andre inngrep i nærheten av nerver og ved trykk mot nerve under leie på operasjonsbordet. Dette er i overensstemmelse med funnene gjengitt i en SINTEF-rapport fra 1991 (5) og av Boström og medarbeidere (6). Alle kirurger er klar over denne faren, men likevel inntreffer nerveskade av og til. Gode arbeidsrutiner er derfor svært viktig.

Det er ingen overraskelse at de fleste skader skjer som følge av behandling. Det samme fant Emblem og medarbeidere (7). Men også pasientkontakt på poliklinikken, ved sengeavdelingen og i primærhelsetjenesten gir grunnlag for klager. Pasientene klager da oftest over at diagnosen er forsinket eller

feilaktig, over forhold ved etterbehandlingen eller over mangelfull pleie/omsorg.

Det var færre som fikk medhold i det foreliggende materialet enn i det totale ortopedimaterialet (1). Årsakene kan være flere. Det var relativt flere Boneloc-saker i totalmaterialet, og medholdshyppigheten viste en fallende tendens etter 1996.

Hos de fleste pasienter som fikk medhold i klagen, ble medhold gitt på grunn av skade oppstått under behandling (43%). Dette er mindre enn i det totale materialet ved Norsk Pasientskadeerstatning der medhold av denne grunn var 66%. Årsaken er at vi i ortopedisakene har skilt ut, som egne grupper, skadene ved bruk av Boneloc beinsement og mangelfull oppfølging. I totalmaterialet klaget 12% pga. infeksjon mot 21% i dette ortopedimaterialet.

Den hyppigste grunn til avslag på en klage var at skaden var kjent og påregnelig på den tid den oppstod, dvs. at slik skade oppstår hos 1% av pasientene eller hyppigere ved adekvat inngrep for aktuelle lidelse.

Undersøkelsen viser at man kan få nyttig informasjon ved gjennomgang av klagesaker til Norsk Pasientskadeerstatning. Verdifulle opplysninger får man også ved rapportering til Nasjonalt register for leddproteser og tilsvarende kan man sikkert få fra andre meldesystemer som melding til fylkeslegete, Helsetilsynet og kvalitetsutvalgene ved sykehusene. Denne informasjonen kan brukes i skadeforebyggende arbeid. Det ville vært en stor fordel om registreringen hadde vært mer detaljert, slik at man for eksempel kunne trekke ut komplikasjoner ved enkelte *veldefinerte* diagnoser og behandlinger. Men her bør man nok være ytterst forsiktig, fordi det under mange diagnoser er en rekke ulike grader av patologiske forhold, ikke minst i traumatologien og i kald ortopedi, der man kan finne alle overganger fra det normale til ekstreme patologiske forandringer.

**Tabell 2** De hyppigste nerveskader ved ortopediske klagesaker meldt til Norsk Pasientskadeerstatning 1993–99

| Lokalisasjon           | Ortopediske saker |                  |
|------------------------|-------------------|------------------|
|                        | Antall            | Prosent av total |
| Distale spinale røtter | 37                | 30               |
| Ischiadicus            | 27                | 22               |
| Peroneus               | 17                | 14               |
| Radialis               | 8                 | 6                |
| Femoralis              | 7                 | 6                |
| Medianus               | 5                 | 4                |
| Ryggmarg               | 4                 | 3                |
| Ulnaris                | 4                 | 3                |
| Tibialis               | 4                 | 3                |
| Andre (< 4)            | 11                | 9                |
| <b>Totalt</b>          | <b>124</b>        | <b>100</b>       |

ger. Behandlingen må selvsagt varieres etter graden av patologiske forhold og resultatet er ofte avhengig av vanskelighetsgraden av det inngrep som må utføres. En detaljert registrering er ønskelig, men et kvalitetsregister for den enkelte lege eller sykehusavdeling må man vokte seg vel for å opprette, da dette kan føre til betydelige feiltolkninger (8, 9).

### Konklusjon

Kvinner og eldre pasienter er noe overrepresentert i skadeklagene i ortopedimaterialet sammenliknet med hele materialet ved Norsk Pasientskadeerstatning. Det er flere klager fra fylker der Boneloc beinsement ble brukt til feste av hofteproteser. Antall klager på behandlingsskader ved enkelte diagnoser står stort sett i forhold til lidelsens hyppighet, og behandling av antatt enkle lidelser/

skader kan ofte føre til klager. Pasientene klaget hyppigst på feilbehandling, skuffende resultater av behandlingen og diagnoserelaterede feil. I 71% av klagen oppstod skaden under behandling på operasjonsstuen. Skade ved behandlingen gav hyppigst grunnlag for medhold i klagen, og hyppigste årsak til avslag var at skaden var påregnelig.

Informasjon fra Norsk Pasientskadeerstatning om klagesakene er av stor betydning for kvalitetssikringsarbeidet, men registreringen kan bli bedre dersom flere og mer detaljerte medisinske data, som for eksempel komplikasjoner, inkluderes.

Vi takker avdelingsingeniør Per Ludvigsen ved Biomekanisk laboratorium for utmerket teknisk assistanse.

### Litteratur

1. Bjerkreim I, Steen H. Behandlingsskader i ortopedi meldt til Norsk Pasientskadeerstatning 1993–99. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3047–9.
2. Aure H, Breivik EB, Jørstad RG. Årsrapport 1999. Oslo: Norsk Pasientskadeerstatning, 2000.
3. Statistisk årbok. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1997; 47, 55.
4. Bjerkreim I, Steen H. Skader ved hofteproteser meldt Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), Oslo: De Norske Kirurgiske Foreninger. Vitenskapelige forhandlinger, 1998: 188.
5. SINTEF-rapport: Nerveskader. Trondheim: SINTEF NIS, 1991.
6. Boström L, Hallén B, Rydell N, Sandström S-O, Sjögren A, Räf L. Patientförsäkring i förebyggande verksamhet. Stort skadematerial visar komplikationsrisiker. Nord Med 1995; 110: 180–3.
7. Emblem R, Søreide O, Melsom H, Breivik E, Botten G. Kirurgiske skader registrert i Norsk Pasientskadeerstatning. Muligheter for bruk av skademateriale i kvalitetsutvikling i norske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3359–62.
8. Vonen B, Larsen M-L. Vi må ta Bristol-saken på alvor. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3174.
9. Westin S. Kirurger på tiltalebenken. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3102.

○

## Annons