

# Klager på behandling av lumbale skiveprolaps meldt til Norsk Pasientskadeerstatning

**Bakgrunn.** I perioden 1993–99 ble til sammen 4 041 saker som angikk ortopedisk kirurgi behandlet av Norsk Pasientskadeerstatning.

**Materiale og metode.** 700 ortopediske klagesaker ble tilfeldig valgt ut. 58 av disse sakene gjaldt behandling av lumbale skiveprolaps. Vi har analysert data fra disse klagen.

**Resultater.** De 58 klagen var fra 17 ulike fylker. 52 klaget på behandling ved sykehus og seks på behandling i kommunehelsetjenesten. Sju pasienter var primært blitt observert eller hadde fått ikke-operativ behandling. De aller fleste av klagen var knyttet til utfallet av operasjon (72 %) og forsinket diagnose/operasjon (21 %). Flere av klagen gjaldt alvorlige komplikasjoner, og en pasient døde. Fem pasienter hadde fått cauda equina-lesjoner, og sju hadde nevrologiske utfall fra distale spinale nerverøtter. 17 pasienter (29 %) fikk medhold i klagen, mens 41 (71 %) fikk avslag, hos 26 fordi skaden ble vurdert som påregnelig, hos åtte fordi det ikke forelå noen skade og hos seks fordi grunnlidelsen ble ansett som årsak til plagene.

**Fortolkning.** Både observasjon, konservativ behandling og operasjon kan medføre alvorlige komplikasjoner ved isjias. Det er viktig å velge ut de pasienter som bør opereres og samtidig gi god informasjon om behandling, forventet resultat og komplikasjonsfare.

Rygglidelser forekommer hyppig hos begge kjønn og er årsaken til fravær i arbeidslivet hos en meget stor del av de personer som til enhver tid går sykmeldte, er på attføring eller får uføretrygd, og antallet ser ut til å øke (1–3). Flere undersøkelser viser at livstidsprevalensen for rygglidelser ligger på 80–90 % (4, 5).

Vi har vurdert data fra klager på behandling av rygglidelser med hovedvekt på lumbal skiveprolaps, i håp om at funnene kan brukes i skadeforebyggende tiltak.

## Materiale og metode

Av 700 tilfeldig utvalgte ortopediske klagesaker i tidsrommet 1993–99 gjaldt 96 (14 %) behandling av rygglidelser (6). Dia-

---

## Ingjald Bjerkreim\*

ingjald.bjerkreim@rikshospitalet.no  
Norsk Pasientskadeerstatning  
Postboks 1733 Vika  
0121 Oslo

## Harald Steen

Biomekanisk laboratorium  
Rikshospitalet Senter for Ortopedi  
Trondheimsveien 132  
0570 Oslo

---

\* Nåværende adresse:  
Ortopediteknisk senter  
Sophies Minde  
Trondheimsveien 132  
0570 Oslo

---

Bjerkreim I, Steen H.

## Complaints of lumbar disc herniation treatment reported to the Norwegian Patient Compensation System.

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1804–6*

**Background, material and methods.** Over the 1993–99 period the Norwegian Patient Compensation System made decisions in 4,041 orthopaedic treatment injury cases. 700 cases were randomly selected and analysed in order to elucidate the reasons for complaints. 58 cases were related to lumbar disc herniation treatment.

**Results.** Of these 58 cases, 52 complaints were lodged against hospitals; six against primary health care providers. Seven patients had been primarily observed or non-operatively treated; 55 were eventually operated on, eight with recurrent disease. Nearly all complaints were related to the outcome of surgery (72 %) and delay of diagnosis/surgery (21 %). Several serious complications occurred; one patient died. Five patients had cauda equina syndrome; a further seven had neurological deficits from distal spinal nerve roots. In 17 cases (29 %) the complaints were accepted, while 41 complaints (71 %) were rejected.

**Interpretation.** In lumbar disc herniations both surgery, observation and non-operative treatment may lead to severe complications. It is important to select the right patients for surgery and to provide good information.

---

gnosene var lumbal skiveprolaps (n = 58), fraktur (n = 11), spondylose (n = 7), spondylolistese (n = 6), spinal stenose (n = 5), dorsalggi (n = 4) og andre (n = 5). Vi har analysert nærmere klager på behandling av lumbale skiveprolaps.

## Resultater

De 58 klagesakene om behandlingen av isjias forårsaket av lumbal skiveprolaps gjaldt

36 kvinner (62 %) og 22 menn. Gjennomsnittsalder ved behandling var 44 år (spredning 26–76 år), 43 år for kvinner og 45 år for menn. Aldersgruppen 30–50 år var hyppigst representert og utgjorde 71 % av alle (fig 1). Bare to pasienter var under 30 år og seks var over 60 år.

De fleste pasientene var behandlet ved et sentralsykehus (n = 19) eller regionsykehus (n = 16). Små fylkessykehus hadde behandlet ni pasienter og store fylkessykehus åtte. Seks pasienter (10 %) klaget på behandlingen i kommunehelsetjenesten. Alle fylker, bortsett fra to, var representert.

Seks pasienter hadde bidiagnoser; fire spinal stenose, én Bekhterevs sykdom og én spondylolistese.

Sju av pasientene hadde primært vært observert eller fått ulike former for ikke-operativ behandling. Senere ble fire av disse operert. I alt 55 pasienter gjennomgikk operativ behandling med fjerning av prolaps og skiveinnhold, for åtte dreide det seg om reoperasjoner etter tidligere inngrep for isjias. Fire fikk primært tilleggsoperasjon; tre osteofiksasjon og én nevrolyse.

31 pasienter (53 %) klaget over nerveskader, mens 17 (29 %) klaget over at tilstanden var uendret eller forverret og 12 (21 %) over feil relatert til diagnose. Sju pasienter (12 %) mente det var begått feil ved behandlingen uten nærmere spesifisering, og tre (5 %) hadde fått infeksjon. Andre klager gjaldt pleiefeil (n = 2), operasjon i feil nivå (n = 2), durarift (n = 2), impotens (n = 1), mangelfull etterbehandling (n = 1), residiv (n = 1), venterombose (n = 1), gjenglemte gjenstand (n = 1), og dødsfall som følge av komplikasjoner (n = 1). Til sammen ble det registrert 82 klager, det vil si 1,4 klager per sak.

Summert var det behandlingen som førte til klagesak hos 42 pasienter (72 %), forsinket diagnose/operasjon hos 12 (21 %), pleiesvikt hos to, diagnostisk prosedyre hos én og mangelfull oppfølging hos én.

14 pasienter ble reoperert for påklagde komplikasjoner innen saken ble behandlet. Sju var operert for rest- eller residivprolaps, hos to uten at det ble funnet sikker årsak til smerteplagen. Det var utført nevrolyse hos to pasienter, dekompresjon hos to, osteofiksasjon hos to, utskrapning av mellomvirvelskive pga. diskitt hos én, sårrevisjon hos én og lagt inn duraelektrode hos én pasient.

Vurdert ut fra de foreliggende opplysninger var forhold på operasjonsstuen grunnlaget for skadeklagen hos 41 pasienter (71 %), i sengeavdelingen hos åtte, på poliklinikken

hos to, i røntgenavdelingen hos én og i kommunehelsetjenesten hos seks (10 %).

29 av de 31 klagen på nerveskade kom etter drag eller trykk på nerver og to ved direkte lesjon av en neroverot. Hos 25 pasienter (81 %) dreide det seg om antatt skade av distale spinale neroverter, hos fem cauda equina-lesjon og hos én trykkskade av n. thoracicus longus.

17 pasienter (29 %) fikk medhold i klagen, 14 på grunn av behandlingen og tre på grunn av feil relatert til diagnose og undersøkelse. Av de 41 som fikk avslag på klagen (71 %), ble avslaget hos 26 begrunnet med at skaden var kjent og påregnelig, dvs. at den forekommer med en hyppighet på 1 % eller oftere ved adekvat behandling for aktuelle lidelse, hos åtte forelå det ingen skade, hos seks var grunnlidelens årsaken til pasientenes klager og hos én hadde vedkommende fått skaden før kommunehelsetjenesten ble inkludert i Norsk Pasientskadeerstatning 1.7. 1992.

Av de 41 pasientene som klaget på den operative behandling, fikk 14 (34 %) medhold. Blant disse var alle de tre som hadde fått infeksjon, to med diskitt og én med dyp sårinfeksjon. Av pasienter som klaget på nerveskader fikk 12 (39 %) medhold; ni av disse på grunn av den operative behandling.

For sengeavdelinger og poliklinikker var det sju klager der pasientene mente diagnosen mangelfull eller at de var blitt observert eller behandlet konservativt for lenge. Alle disse, bortsett fra to, ble etter hvert operert, og to fikk medhold for nerveskade påført pga. forsinket operasjon. En pasient hadde falt i sengeavdelingen etter operasjonen pga. svikt i «prekestolen» ved justering av denne, hos én skulle det ha oppstått ny prolaps etter snuing i sengen og én mente han ble utskrevet for tidlig. Ingen av disse pasientene fikk medhold i klagen.

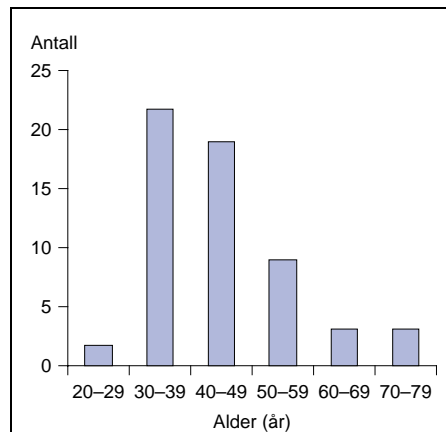
Skaden som skulle ha oppstått ved en røntgenavdeling dreide seg om antatt økt nevrologisk utfall etter myelografi. Pasienten klaget over forverring av nerveutfallet, men fikk avslag.

I kommunehelsetjenesten dreide klagen seg om forsinket diagnose hos fem pasienter. To av disse pasientene klaget også over å ha fått eller fått forverret nerveskade. Alle disse fem pasientene fikk avslag. En pasient klaget over mangelfull undersøkelse og fikk medhold. Alle, bortsett fra én, ble etter hvert operert.

## Diskusjon

Klage på behandling av rygglidelser forekommer ofte ved Norsk Pasientskadeerstatning, noe som nok gjenspeiler den hyppige forekomst av slike lidelser. Ca. 1 % av befolkningen får prolaps hvert år, og i Norge utføres det ca. 600 prolapsoperasjoner per million innbyggere per år (7).

Klager forekom ved alle typer behandlingsinstitusjoner. I dette materialet var alle fylker bortsett fra to representert. Det viser



**Figur 1** Aldersfordeling ved behandling av lumbale skiveprolaps hos pasienter som senere klaget til Norsk Pasientskadeerstatning

at klage på behandling av rygglidelser er et generelt fenomen.

Det var overvekt av kvinner i vårt materiale, noe som er uvanlig i arbeider om forekomst og behandling av skiveprolaps (3, 8). Gjennomsnittsalderen var noe høyere enn ca. 40 år, som er mest vanlig (7, 8), muligens fordi det var åtte reoperasjoner og fire pasienter som i tillegg hadde spinal stenose. Materialet er imidlertid lite og svært spesielt.

12 pasienter klaget primært over forsinket diagnose og operasjon. Alle disse, bortsett fra tre, var operert ved klagebehandlingen. Åtte mente det var kommet ytterlig nevrologisk utfall og tre fikk medhold i klagen av den grunn.

Komplikasjoner forekommer hyppig ved operativ behandling av lumbale skiveprolaps. Rompe og medarbeidere (9) fant at 4,4 % av 558 pasienter fikk alvorlige komplikasjoner. Det dreide seg om dyp venterombrose, lungeemboli, økt nevrologisk utfall og tilleggsoperasjoner. Valen & Rolfen (8) rapporterte komplikasjoner hos 9,7 %, men de fleste komplikasjonene var lette. På grunnlag av våre registreringer i denne og en tidligere publikasjon (6), samt data fra Magnæs (7), har vi kalkulert insidensen av klager ved operasjon av skiveprolaps til 1,8 % i sjuårsperioden. Denne forekomsten synes å være lav, men skyldes sannsynligvis at de mindre alvorlige komplikasjoner ikke blir meldt til Norsk Pasientskadeerstatning da de ikke utløser erstatning.

Nerveskade var den hyppigste pasientklage i det foreliggende materialet og forekom hos over halvparten, hvorav mange fikk medhold i klagen. Cauda equina-syndrom er rapportert å forekomme hos 0,2–1 % etter operasjon for skiveprolaps, bl.a. kan en relativ spinal stenose bidra til denne alvorlige komplikasjon (10). Forverring av nevrologisk utfall er funnet hos ca. 1,5 % (9, 11).

Mange pasienter klaget over vedvarende

plager eller forverring, og det ble utført flere reoperasjoner og tilleggsoperasjoner. Det er velkjent at reoperasjon er hyppig etter operasjon for skiveprolaps (8). Ved prolapsoperasjoner kureres vanligvis isjiasen, men noen får residiv og selve skivelidelsen består. Ryggplagene kan derfor vedvare selv om isjiasmertene er borte. Dette bør være en påminnelse om at grundig informasjon til pasienten er viktig. Postdiskektomisyndromet oppstår hos 5–10 % og er en fryktet komplikasjon, der reoperasjon, operasjon i feil nivå, ustabilitet og arrdanninger er viktige årsaksfaktorer (12).

Tre pasienter fikk infeksjon; to diskitt og én dyp sårinfeksjon. Diskitt er også velkjent fra litteraturen, med en hyppighet på opp mot 2 % (10, 11). Duralesjon forekommer hos 4–6 % ved prolapsoperasjon (8, 9). Lesjonen er vanligvis liten og ubetydelig, men de større må behandles adekvat. Perforasjon av mellomvirvelskiver fortil med lesjon av store og små blodårer og tarm er beskrevet. Dette er alvorlige komplikasjoner, men forekommer heldigvis sjelden (13). I vårt materiale inntraff i ett tilfelle perforasjon av mellomvirvelskiven og lesjon av tyntarm. Pasienten ble operert etter to dager, men døde av denne komplikasjonen.

Gjennomgang av klagesakene ved behandling av lumbale skiveprolaps viser at det oppstår mange ulike alvorlige komplikasjoner etter operasjon for denne tilstand. På den annen side kan det enkelte ganger oppstå alvorlige nervekomplikasjoner ved observasjon og konservativ behandling. En god undersøkelse og nøye observasjon er derfor viktig. Å velge ut de pasienter som bør opereres og gi god informasjon om behandling, forventet resultat og komplikasjonsfare er derfor en sentral del av ryggomsorgen.

## Konklusjon

Klager på behandling av lumbale skiveprolaps til Norsk Pasientskadeerstatning forekommer ofte. Både observasjon, konservativ behandling og operasjon kan medføre alvorlige komplikasjoner ved isjias. Det er derfor viktig å foreta adekvat undersøkelse, nøye observasjon og omhyggelig utvelgelse av de pasientene som bør opereres. Fylldig informasjon om forventet resultat og komplikasjonsfare vil sannsynligvis redusere antall klagesaker.

Litteratur →

## Litteratur

1. Kogstad O, Gudmundsen J. Ryggglidelser. En epidemiologisk undersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1978; 98: 1076–9.
2. Brage S, Lærum E. Ryggglidelser i Norge – en epidemiologisk beskrivelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1619–23.
3. Hoddevik GH, Selmer R. Kroniske korsryggssmerter hos 40-åringene i 12 norske fylker. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2224–8.
4. Hunskaar S, red. Allmenntidning – klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996: 75–9.
5. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. Spine 1987; 12: 632–44.
6. Bjerkreim I, Steen H. Analyse av 700 ortopediske skadesaker meldt til Norsk Pasientskadeerstatning. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3050–2.
7. Magnæs B. Kvalitetssikring av ryggkirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2135.
8. Valen B, Rolfsen LC. Kvalitetssikring av ryggkirurgi. Oppfølging av 350 isjiasopererte ved bruk av overlevingsanalyse. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2136–9.
9. Rompe J-D, Eysel P, Zöllner J, Heine J. Intra- und postoperative Risikoanalyse nach lumbaler Bandscheibenoperation. Z Orthop 1999; 137: 201–5.
10. Henriques T, Olerud C, Petrén-Mallmin M, Ahl T. Cauda equina syndrome as a postoperative complication in five patients operated for lumbar disc herniation. Spine 2001; 26: 293–7.
11. Kardaun JW, White LR, Shaffer WO. Acute complications in patients with surgical treatment of lumbar herniated disc. J Spinal Disord 1990; 3: 30–8.
12. Fiume D, Sherkat S, Callovini GM, Parziale G, Gazzeri G. Treatment of the failed back surgery syndrome due to lumbosacral epidural fibrosis. Acta Neurochir Suppl 1995; 64: 116–8.
13. Goodkin R, Laska LL. Vascular and visceral injuries associated with lumbar disc surgery: medicolegal implications. Surg Neurol 1998; 49: 358–72.

○

## Bokomtaler

- 1782** Bakken R, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R, Vike H, red  
**Maktens samvittighet**
- 1799** Knottnerus JA, red  
**The evidence base of clinical diagnosis**
- 1803** Bredland EL, Linge OA, Vik K  
**Det handler om verdighet**
- 1803** Andersen S  
**Sundhed sidder mellem ørerne**
- 1811** Thomsen JL  
**En retsmediciner fortæller**
- 1811** Hansson L-E  
**Akut buk**
- 1811** Lende S  
**Dobbel ild**
- 1822** Ottesen S  
**Må jeg dø i smerte?**
- 1823** Cameron D  
**Good to talk?**
- 1823** Tøssebro J, Lundebj H  
**Å vokse opp med funksjonshemming – de første årene**

## Kristiania Advokat

*Advokater med helsefaglig  
profesjonsbakgrunn*

Ansvarlig: Advokat/lege Gudleik H. Leir

Ullernchausséen 1, 0377 Oslo  
Tlf.: 23 29 66 60 – Faks.: 23 29 66 66  
[firmapost@kristianiaadvokat.no](mailto:firmapost@kristianiaadvokat.no)

