

Forebyggelse af skader i sygehusvæsenet

Information om Patientforsikringens erfaringsmateriale

Patientforsikringen*

»Af skade bliver man klog«, siger et gammelt ordsprog. Og sandt er det i hvert fald, at en vigtig nøgle til effektiv forebyggelse af skader i sygehusvæsenet er indsigt i og forståelse af de mekanismer, der er involveret i de allerede rapporterede tilfælde. Det er væsentligt at erkende, at menneskelige fejl er almindeligt forekommende, men at de i nogen udstrækning kan forebygges ved udførlige vejledninger vedrørende procedurer og arbejdsgange og bedre uddannelse af det kliniske personale, således at »systemfejl« undgås [1-4].

I erkendelse af, at der er ganske mange skader på sygehuse [5, 6], er der de seneste år sat en række undersøgelser i gang for at afklare problemernes omfang, samtidig med at der er sat fokus på kvalitetssikring, risikostyring og skadeforebyggelse [7]. I den forbindelse har regeringen og amterne i økonomiaftalen for 1999 oprettet Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, som nu har offentliggjort sin »National strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, fælles mål og handlingsplan for 2002-2006«.

Som forudsat i strategiplanen vedtog Folketinget i sommeren 2003 lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet med det formål at samle indberetninger om utilsigtede hændelser i et nationalt register til brug for dokumentation og kvalitetsudvikling på patientsikkerhedsområdet. Det seneste lovgivningsinitiativ på området kom i efteråret 2003 i form af et udkast fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til en bekendtgørelse, der pålægger amtsråd, kommunalbestyrelser, private personer og institutioner, der driver sygehuse, samt praktiserende sundhedspersoner pligt til at indberette oplysninger til landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

Patientforsikringens erfaringsmateriale

Patientforsikringen (PF) er oprettet ved lov i 1992 som et uvidt administrativt organ, der tilkender godtgørelse og erstatning til patienter, som er blevet påført skader i forbindelse med sygehusbehandling. Erstatningsordningen blev pr. 1. januar 2004 udvidet til også at omfatte primærsektoren m.m. PF modtog i 2000 næsten 2.800 anmeldelser og tilkendte ca. 165 mio. kr. i godtgørelser og erstatninger til tilskadedkomne patienter. I 2002 var antallet af anmeldelser steget til 3.600 og erstatningsgodtgørelserne til ca. 280 mio. kr. Prognosen for 2003 var på 3.900 anmeldelser. Som følge af en allerede ikrafttrådt ændring af erstatningsansvarsloven, hvor erstatningsniveauet blev hævet væsentligt, og den forømtalte udvidelse af patientforsikringslovens dækningsområde, må det forventes,

at der i de kommende år fortsat vil ske en stigning i størrelsen af de tilkendte godtgørelser og erstatninger, således at disse i 2006 antagelig vil have oversteget 400 mio. kr. årligt.

Den store fordel ved patientforsikringssystemet er, at læger kan hjælpe patienter med at søge erstatning i sikker forvisning om, at PF ikke videregiver oplysninger om den behandlende læge til myndighederne, f.eks. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller Sundhedsstyrelsen. Oplysninger gives dog til den lokale sygehusforvaltning og dermed til de politiske sundhedsudvalg. PF forholder sig dog udelukkende til, om der efter patientforsikringslovens erstatningsregler foreligger en erstatningsberettiget skade; PF interesserer sig ikke for, om der er grundlag for påtale af lægens handlinger efter lægelovens § 6 og § 18.

Til vurdering af de anmeldte skader har PF tilknyttet dels speciallægekonsulenter, der ud over erfaringerne fra deres sygehusansættelse har omfattende erfaring i vurdering af patientskader inden for deres respektive lægelige specialeområder, dels jurister, som ligeledes har specialiseret sig i vurdering af disse skader.

I forbindelse med sagsbehandlingen foretager man i PF en omhyggelig medicinsk registrering af de skader, der anmeldes. Registreringerne foretages af PF's lægelige konsulenter, og samtlige registreringer kontrolleres efterfølgende af en anden lægelig konsulent for at sikre en høj kvalitet i registreringerne.

Som sagsbehandlingen er opbygget i PF, vil de enkelte speciallægekonsulenter ikke blot se og registrere et stort antal skader inden for deres respektive specialeområder, men også få et godt indblik i selve hændelsesforløbene bag skaderne. Ved at videregive disse informationer har PF mulighed for at yde et bidrag til den forebyggende indsats på sygehuse og i amterne.

Registreringen i den enkelte skadesag omfatter ud over personlige data vedrørende patienten og juridiske data vedrørende sagen tillige en registrering af: 1) den eller de syg-

Patientforsikringen har kodet de indkomne anmeldelser siden 1996 efter diagnosen for grundsygdommen, den anvendte behandling og den indtrådte komplikation.

Denne database skal nu danne grundlag for en række artikler om specifikke skadetyper ved sygehusbehandling i Danmark. Det er håbet, at disse artikler kan hjælpe sygehuse i deres arbejde for at undgå behandlingsskader.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

domme, som patienten er behandlet for, 2) den behandling, der blev anvendt, og 3) den skade, som patienten er blevet påført ved behandlingen.

Der er til registreringen anvendt WHO's diagnosekoder og Sundhedsstyrelsens operations- og behandlingskoder. Lægemidler er registreret efter Anatomic Therapeutic chemical Classification (ATC). Denne registreringspraksis muliggør identifikation af forskellige skadetyper og giver tillige mulighed for at opstille statistiske sammenligninger mellem f.eks. forskellige sygehusafdelinger. De behandlende læger og andet sundhedspersonale er kun registreret med deres charge og ikke med personlige data.

I øjeblikket er der foretaget registrering af ca. 18.000 skader anmeldt i årene 1996-2003. PF's registreringer gør det f.eks. muligt at lave en nærmere undersøgelse af samtlige anmeldte nerveskader. Blandt 8.002 sager anmeldt i 1998-2000 er der således 708 patienter, der har anmeldt en skade på centralnervesystemet eller perifere nerver (**Tabel 1**). De kirurgiske indgreb, der hyppigst var årsag til nerveskader, fremgår af **Tabel 2**.

I PF's database kan man let finde frem til samtlige officielle skrivelser i sagerne, og selve sagerne indeholdende alle sygehusjournaler og specialistudtalelser findes i vort arkiv.

Udbygning af Patientforsikringens informationsindsats

PF's hidtidige informationsindsats har hovedsagelig koncentreret sig om:

- patientens mulighed for at opnå erstatning
- PF's afgørelser
- erstatningernes størrelse mv.

Informationen er sket gennem udsendelse af pjecer til sygehuse, praktiserende læger apoteker mv. og gennem udsendelse af årsberetninger. Hertil kommer foredrags- og oplysningsvirksomhed på sygehusene.

I årsberetningen er forløbet af typiske sager offentliggjort med juridiske kommentarer.

Herudover har PF i nogle tilfælde givet læger adgang til at benytte det foreliggende materiale i vores arkiv til forskning inden for forskellige skadetyper [9, 10], ligesom PF i samarbejde med forskellige amter har medvirket ved undersøgelser af baggrunden for forskelle i antallet af anmeldte skader.

Alligevel må vi konstatere, at kendskabet til PF er meget begrænset, både blandt patienter og sygehuspersonale. PF vil derfor nu på tre områder udbygge den hidtidige informationsindsats med oplysninger, der kan bruges i det skadeforebyggende arbejde:

Alle PF's registreringer - bortset fra personidentificerbare oplysninger - vil blive lagt på PF's hjemmeside [8], således at det enkelte amt kan sammenholde oplysninger om egne skadeanmeldelser med oplysninger fra andre amter. I øjeblikket er oplysninger vedrørende alle anmeldelser modtaget i PF i

Tabel 1. Skader på centralnervesystemet og på nerver 1998-2000.

De anmeldte centralnervesystem- og nerveskader	Antal anmeldelser
Cerebrum	8
N. accessorius	17
N. recurrens	54
N. phrenicus	19
N. opticus	4
N. facialis	15
Anden kranienerve	25
Medulla spinalis og dura mater	54
Nerverod	64
Plexus brachialis	24
N. thoracicus longus	7
N. medianus	33
N. ulnaris	52
N. radialis	33
Anden nerve på overekstremiteten	52
Plexus lumbalis	3
N. femoralis	19
N. ischiadicus	22
N. peronæus	126
N. suralis	9
N. tibialis anterior	2
N. tibialis posterior	4
N. saphenus	5
Anden nerve på underekstremiteten	27
Nerve på truncus	15
Ganglion pelvicum (rectum og blære)	3
Anden specificeret eller uspecificeret nerve	12
I alt	708

Tabel 2. De hyppigste operationer med nerveskader 1998-2000.

Operationstyper	Antal anmeldelser
Hofteledsalloplastik	65
Aflastende operation på nerverod (KABC)	56
Resektionsalloplastik i rygsøjlen (KNAG)	41
Venepunktur	39
Operation på glandula thyroidea	27
Excision af lymfeknuder	15

1998, 1999 og 2000 tilgængelige på hjemmesiden. Hjemmesidens data for statistik vil blive ført tilbage til 1996, og tallene for 1996, 1997 og 2001 udkom i løbet af 2003. Derefter vil nye sager indgå med 1-2 års forsinkelse. Denne forsinkelse er nødvendig for at få tid til sagsbehandlingen og evt. anke. PF yder lægelig assistance til søgning på hjemmesiden ved telefonisk henvendelse.

De enkelte amter vil i 2004 blive tilbudt en elektronisk opkobling til PF's registreringssystem, der gør det muligt at analysere egne sager og de patientforløb, de vedrører. For at sikre en optimal udnyttelse af de elektroniske oplysninger vil PF stille lægefaglig vejledning til rådighed for de amter og sygehuse, der ønsker at bruge oplysningerne.

PF vil nyttiggøre den erfaring, der er opsamlet hos lægekonsulenterne og juristerne om hændelsesforløb bag skader, gennem en række korte temaartikler i Ugeskrift for Læger. Der vil være fokus dels på hyppigt forekommende skader, dels på alvorlige skader, som analyseres ud fra et kvalitetssikringsaspekt.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Diskussion og konklusion

Forebyggelse af skader i sygehusvæsenet er en kompliceret proces, hvor PF især kan bidrage med systematisk gennemgang af aktuelle skadeforløb med henblik på at identificere de faktorer, der kan have betydning for skadernes opståen. En sådan retrospektiv gennemgang kan naturligvis ikke give sikre videnskabelige forklaringer på de faktorer, som er årsag til skaderne. Derimod er det håbet, at PF kan bidrage med informationer, ud fra hvilke der kan opstilles hypoteser om skadeårsagerne; disse kan være nyttige, når man på sygehusene i fremtiden skal fastlægge standarder for struktur, processer og kvalitet i behandlingen.

Korrespondance: Jens Krogh Christoffersen, Patientforsikringen, Nytorv 5, DK-1450 København K. E-mail: jkc@patientforsikringen.dk

Antaget: 30. marts 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

*) Patientforsikringens redaktionsgruppe: tidligere medicinaldirektør Einar Krag (†), overlæge Ole Hart Hansen, overlæge Steen Mejdal, overlæge Jens Krogh Christoffersen, kontorchef Martin Erichsen, direktør Arne Grünfeld.

Litteratur

1. Ternov S. Människor och misstag i sjukvården. Lund: Studentlitteratur, 1998.
2. Joint Commission. Preventing adverse events in behavioral health care. A systems approach to sentinel events. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Illinois, USA: Oakbrooke Terrace, 1999:42-3.
3. Legau K. Tilsyn er fint – blot man ser på hele systemet. Ugeskr Læger 1999; 161:6402-3.
4. Krag E, von Magnus M. Korrekt medicinindgift – men hvordan? Ugeskr Læger 2000;162:3167.
5. Schiøler T, Pedersen BL, Mogensen TS et al. Utilsigtede hændelser på sygehuse. Ugeskr Læger 2000;162:2719-22.
6. Pedersen BL, Højgaard L. Vi bør reducere svigtene og øge sikkerheden i sundhedsvæsenet. Ugeskr Læger 2000;162:2723-7.
7. H:S Direktionen. Utilsigtede hændelser i H:S – handlingsplan med retningslinier. København: Hovedstadens Sygehusfællesskab, 2002.
8. Patientforsikringen. www.patientforsikringen.dk/november 2003
9. Hindsø K, Ebskov LB. Lejringsbetingede nerveskader og patientforsikring. Ugeskr Læger 1995;157:4572-5.
10. Trap R, Adamsen S, Hart-Hansen O et al. Severe and fatal complications after diagnostic and therapeutic ERCP. Endoscopy 1999;31:125-30.

Operation for lumbal diskusprolaps

Kan indgreb på forkert niveau forebygges?

Reservelæge Jørgen Dan Møller Degn & professor Flemming Gjerris

H:S Rigshospitalet, Neurocentret,
Neurokirurgisk Klinik NK 2092, og
Patientforsikringen, København

Resumé

Introduktion: Antallet af anmeldelser af patientskader i sygehusvæsenet er steget jævnt gennem de seneste ti år. Formålet med vores undersøgelse var at vurdere resultatet af operation på forkert niveau ved lumbal diskusprolaps og dermed at sætte fokus på kvalitetssikring og skadeforebyggelse inden for rykirurgi (ortopædkirurgi og neurokirurgi).

Materiale og metoder: I Patientforsikringens register var det muligt at finde 36 patienter, som i 1996-2000 var blevet opereret for lumbal diskusprolaps på et forkert niveau. Ved sammenligning med Sundhedsstyrelsens Landspatientregister kunne frekvensen af og risici for operation på forkert niveau ved lumbal diskusprolaps vurderes.

Resultater: Den lumbale diskusprolaps var hos næsten alle patienterne lokaliseret ud for 4. eller 5. diskus. Nitten patienter fik ikke foretaget peroperativ røntgennemlysning, og højden blev hos disse patienter vurderet ud fra anatomiske forhold. Sytten patienter blev – trods peroperativ røntgennemlysning – opereret på et forkert niveau, i de fleste tilfælde på et niveau kranialt for den ønskede højde. I perioden 1998-2002 blev der udført 12.707 lum-

bale operationer i Danmark, og de 19 operationer, som er foretaget i årene 1998-2000 og færdigbehandlet i Patientforsikringen, giver en komplikationsrate på 1,5%, dog med betydelige regionale forskelle.

Diskussion: Ud fra de foreliggende data kan man ikke bekræfte, at peroperativ røntgennemlysning ville kunne have sikret et korrekt niveau, men almindelig sund fornuft peger på, at undersøgelse med moderne gennemlysningsapparat kombineret med kirurgens operative erfaring og kendskab til patienten vil kunne øge sikkerheden betydeligt. Den reelle risiko for operation på et utilsigtet niveau er således ikke høj, men dog formentligt større end den påviste 1,5%.

Patientskader, som opstår i forbindelse med medicinsk eller operativ behandling i sygehusvæsenet, har i det sidste decennium sat fokus på kvalitetssikring og skadeforebyggelse. Patientforsikringen (PF) blev i 1992 oprettet ved lov som et uviligt administrativt organ, hvor patienter, som er påført skader i forbindelse med sygehusbehandling, kan søge om erstatning. I de forløbne ti år er antallet af anmeldelser steget jævnt, og to lægefaglige specialer som ortopædkirurgi og neurokirurgi har begge en høj anmeldelsesfrekvens. Anmeldelser inden for ortopædkirurgi udgør 36,5% (tallet inkluderer ikke Boneloc-sagen) og neurokirurgi 4% af det samlede behandlede

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

antal. De fleste anmeldelser drejer sig om hændelige uheld, men i nogle tilfælde drejer det sig også om egentlige fejl, f.eks. prolapsoperation på en forkert side eller højde.

En analyse af 36 patientforløb viste, at der var foretaget operation af lumbal diskusprolaps på forkert niveau. En operation på et forkert niveau nødvendiggør i de fleste tilfælde yderligere operative indgreb og kan resultere i flere smerter og sygedage for patienten, og forløbet kan i værste fald ende med kroniske lændesmerter og få betydelige psykosociale følger. Den foreliggende undersøgelse er derfor foretaget for at vurdere, om der foreligger forhold i den diagnostiske og operative procedure, der kan ændres og på denne baggrund forebygge lignende skader i fremtiden.

Materiale og metoder

Ved gennemgang af Patientforsikringens patientregister for perioden 1996-2000 var det muligt at finde 36 personer, som havde fået foretaget en lumbal diskusprolapsoperation på forkert niveau. Af de 36 personer, som blev opereret på forkert niveau eller side, blev 19 opereret i perioden 1998-2000. Operationerne blev udført på neurokirurgiske eller ortopædkirurgiske afdelinger over hele landet (**Tabel 1**): ni på Aalborg Sygehus, syv på Århus Kommunehospital, fire på H:S Rigshospitalet, fire på Hillerød Sygehus, tre på Odense Universitetshospital og de resterende ni på andre af landets sygehuse. Denne fordeling afspejler dog flere forskellige forhold, herunder antallet af udførte operationer og formentligt også forskellige regionale indberetningsfrekvenser. De 36 patienter fordelte sig med 18 mænd og 18 kvinder, gennemsnitsalderen var 47 år (spændvidde: 15-74 år, median 48,5 år). Ved sammenligning med oplysninger fra Sundhedsstyrelsens Lands-

patientregister [1] om det samlede antal lumbale rygoperationer i samme periode (12.707), der omfattede fjernelse af diskusprolaps og frilægning af nerverødder, var det således teoretisk muligt at vurdere risikoen for en operation på forkert niveau.

Resultater

Hos hovedparten af patienterne var prolapsen lokaliseret ud for 4. eller 5. diskus i lænden. I de fleste tilfælde blev operationen foretaget på niveauet kranialt for prolapsen. I 19 tilfælde blev der ikke foretaget peroperativ røntgengennemlysning på trods af, at denne teknik er anbefalet af Sundhedsstyrelsen som værende særlig velegnet til at reducere risikoen for at udføre operation på forkert niveau. I syv tilfælde (19%) var denne kontrol blevet foretaget dog uden at have medvirket til den ønskede niveausikkerhed. Hos disse syv personer blev der ikke umiddelbart konstateret specielle anatomisk afvigende forhold eller adipositas. I fem tilfælde blev den primære CT eller MR-skanning fejlfortolket af røntgenafdelingen. Ved en enkelt operation blev indgrebet foretaget på den forkerte side, og i fire tilfælde afveg operatøren fra den allerede planlagte behandling.

I nogle tilfælde fandt operatøren patoanatomiske forhold, der ikke gav mistanke om, at operationen blev udført på et utilsigtet niveau, f.eks. forekomsten af knoglefremspring eller diskusprotrusion. Operatøren anede derfor ikke uråd under operationen, selv om den ved billedundersøgelserne fremstillede prolaps ikke blev påvist. I nogle tilfælde, specielt uden anvendelse af røntgengennemlysning, var niveauet opnået ved at tælle fra os sacrum's bageste/øverste kant og i kranial retning, og i de tilfælde var forekomsten af en lumbosakral

Tabel 1. Antallet af rygoperationer (12.707) er opgjort for perioden 1998-2000. Antallet af personer, der har fået tilkendt erstatning i denne periode er anført i næstsidste kolonne efterfulgt af antallet for hele perioden siden oprettelsen af Patientforeningen i 1992. De 22 hospitaler kan således grupperes efter, om risikoen for indgreb på forkert niveau var: 1) lav (<1%), 2) middel (ca. 4%) eller 3) høj (ca. 7%).

Hospital	Operationsandel 1998-2000 (%)	Risiko (%)	Sager 1998-2000	I alt 1992-2000
H:S Rigshospitalet	18	0,4	1	4
Århus Kommunehospital	13	3,6	6	7
Amtssygehuset i Glostrup	11			1
Odense Universitetshospital	11	0,7	1	3
Holstebro Centralsygehus	7			1
Aalborg Sygehus	6	7,0	5	9
Aabenraa Sygehus	5			1
Esbjerg Centralsygehus	4	3,6	2	2
Viborg-Kjellerup Sygehus	4			
Roskilde Amts Sygehus Køge	3			
Give Sygehus	2			
Vejle Sygehus	2			
Centralsygehuset i Slagelse	2	7,2	2	2
Sønderborg Sygehus	2			
Hillerød Sygehus	2	4,4	1	4
Randers Centralsygehus	2			
Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen	2			
Centralsygehuset i Nykøbing F	1	6,8	1	1
Silkeborg Centralsygehus	1			
Centralsygehuset i Næstved	1			
Hjørring-Brønderslev Sygehus	1			
H:S Hvidovre Hospital	½			1
	100	1,5	19	36