



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Klagesaker ved håndlidelser til Norsk pasientskadeerstatning 2007-2017

Lisa Sofie Albrigtsen og Sunniva Martine Kolstad Addison

Med-3950 Masteroppgave 2019, Profesjonsstudiet medisin (kull 2014)

Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø (UiT) - Norges arktiske universitet

Hovedveileder: Hebe Désirée Kvernmo, Overlege/Professor ved Ortopedisk avdeling,
Universitetssykehuset Nord-Norge/Institutt for klinisk medisin, UiT – Norges arktiske universitet

Biveileder: Ida Rashida Khan Bukholm, Fagsjef for pasientsikkerhet i NPE



Forord

Håndlidelser utgjør et stort antall operasjoner og behandlinger, og spenner fra ganske enkle inngrep til mer komplekse inngrep. Økende grad av kompleksitet gir samtidig økt krav til håndkirurgisk kompetanse. Hvilke diagnoser resulterer hyppigst i pasientskader, hva er årsaken til skadene, på hvilket nivå i helsetjenesten skjer disse og er det forskjell i andel medhold sammenliknet med de øvrige kirurgiske fagområdene? Disse forholdene er tidligere ikke undersøkt i Norge.

I oppgaven har vi gjennomgått anonymiserte data fra statistikkdatabasen til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) over pasientsaker innenfor håndlidelser som fikk et vedtak i perioden 01.01.2007 til 30.06.2017.

Vi vil rette stor takk til prosjektets hovedveileder Hebe Désirée Kvernmo ved Universitetssykehuset Nord Norge/Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, som hadde idéen til denne oppgaven og som har bidratt hele veien gjennom arbeidet. I tillegg vil vi takke Sølvi Flåte, seniorrådgiver for statistikk i NPE, som har hjulpet oss med å få ut hele tallmaterialet og som også har bidratt med pivotering av dette. Vi vil også takke biveileder Ida Rashida Bukholm, fagsjef for pasientsikkerhet i NPE, som har bidratt med innspill på prosjektbeskrivelsen og oppgavebesvarelsen. Veiledningen har vært grunnleggende for at vi skulle kunne besvare oppgavens problemstillinger.

I tillegg vil vi takke andre støttespillere som familie og kjærester for å ha kommet med innspill til oppgaven og støttende ord underveis i arbeidet.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	V
1 Innledning.....	1
1.1 Beskrivelse av den kliniske problemstillingen.....	1
1.2 Valg av skademeldingssystem.....	3
1.3 Beskrivelse av pasientskadeloven og Norsk pasientskadeerstatning	5
1.3.1 Begrepet «pasientskade».....	5
1.3.2 Vilkår for erstatning:	6
1.4 Formålet med studien.....	7
2 Materiale og metode	9
2.1 Arbeidsprosessen.....	9
2.1.1 Innsamling av materialet.....	9
2.2 Studiepopulasjon	10
2.3 Beskrivelse av søknad om pasientskadeerstatning.....	10
2.4 Hvordan oppgaven er satt opp	11
2.5 Beskrivelse av variablene	11
2.6 Diagnosekodene	11
2.7 Statistisk analyse.....	12
3 Resultater.....	13
3.1 Totalomfanget av materialet	13
3.2 Vedtaksfordeling ICD-10 koder	14
3.3 Kjønnfordeling.....	15
3.4 Aldersfordeling.....	15
3.5 Årsak til at det søkes erstatning fra NPE vedrørende håndlidelser	17
3.6 Skadevolder	17
3.6.1 Vedtaksfordeling etter skadevolder.....	17
3.6.2 Fordeling skadesaker og elektive saker etter skadevolder	18
3.6.3 Skadesaker	18
3.6.4 Elektive saker	19
3.6.5 Klagesaker fordelt på de ulike regionale helseforetakene.....	20
3.7 Inndeling av medholdssaker	21

3.7.1	Medholdskategori «svikt i behandling»	21
3.7.2	Medholdskategori «svikt i diagnostikk»	22
3.7.3	Medholdskategorier «smitte eller infeksjon, unntaksbestemmelsen og informasjonssvikt»	22
3.7.4	Medholdsårsak innen de ulike medholdskategoriene	23
3.8	Inndeling av avslagssakene	25
3.8.1	Avslagskategori «ikke svikt i behandling»	26
3.8.2	Avslagskategori «ikke årsakssammenheng»	26
3.8.3	Skadetype ved avslagskategori «ikke svikt i behandling»	28
3.8.4	Skadetype ved avslagskategori «ikke årsakssammenheng»	28
3.8.5	Skadetype ved avslagskategori «ikke svikt i diagnostikk»	28
3.9	Vedtaksfordeling menerstatning	28
3.9.1	Vedtaksfordeling menerstatning skadevolder	29
3.9.2	Fordeling av menerstatning på de ulike ICD-10 koder	29
4	Diskusjon	31
4.1	Omfanget av håndlidelser	31
4.2	Alder og kjønn	32
4.3	Fordelingen av skadevolder	32
4.4	Hva kjennetegner medholdssakene	34
4.5	Menerstatning	35
4.6	Hva kjennetegner avslagssakene	37
4.7	Sterke og svake sider med oppgaven	38
4.8	Videre studier?	39
5	Konklusjon	40
	Referanseliste	42
	Tabelliste	45
	Figurliste	45
	Vedlegg 1	47
	Vedlegg 2	52
	Vedlegg 3	56
	Veilederkontrakt	59

Veilederkontrakt.....	61
Sammendrag/GRADING artikler	63

Sammendrag

Bakgrunn og formål

Håndlidelser utgjør et stort volum behandlinger, og spenner fra enkle til mer komplekse prosedyrer. Økende grad av kompleksitet gir økt krav til håndkirurgisk kompetanse. Vi ønsket å studere hvilke diagnoser som oftest resulterer i pasientskader analysert ut fra meldte saker til NPE, årsak til skadene, hvilket nivå i helsetjenesten skadene skjer, og om andelen medhold for klagesaker vedrørende håndlidelser skiller seg fra de øvrige kirurgiske fagområdene. Ingen av disse forhold er tidligere undersøkt på nasjonalt nivå i Norge.

Metode

Fra NPEs database ble vedtak om medhold og avslag for perioden 01.01.2007 til 30.06.2017 innenfor fagområdet håndlidelser, definert ut fra spesifikke koder, søkt opp og hentet ut. Sakene ble bedømt ut fra variabler som kjønn, alder, diagnose, skadetype, skadelokalisering, erstatningsbeløp og tekster som beskriver behandling og skade. Det ble brukt deskriptiv statistikk i form av mean og standardavvik, samt signifikanttesting med kjikvadrattest.

Resultater

I 2007- 1.halvår 2017 fattet NPE 1321 vedtak vedrørende håndlidelser definert ut fra de angitte ICD-10 kodene. Skadesaker og elektive saker var likt fordelt. 532 saker fikk medhold (40,3%), med signifikant flere medhold for skadesakene enn for de elektive sakene (45,5% mot 34,2%, $p < 0,05$). Håndfrakturer og mononevropatier var de vanligste diagnosene. Lokalsykehus hadde flest saker med 61,9% av totalmaterialet. Den vanligste årsaken til medhold var «behandlingssvikt» med 63,9%. Av pasientene som fikk medhold var det 20% som også fikk menerstatning.

Konklusjon

Sammenlignet med de ti største medisinske fagfeltene i Norge er det 7,3% høyere andel medhold for håndlidelser definert ut fra vårt materiale, mens det er like mange medhold som innen fagfeltet ortopedi. Det var en større andel medhold for skadesaker enn for elektive saker, men de elektive sakene hadde flere medhold menerstatning.

1 Innledning

1.1 Beskrivelse av den kliniske problemstillingen

I denne oppgaven skal vi gjøre undersøkelse av vedtak for håndlidelser fattet av NPE i perioden 2007-1. halvår 2017. Håndlidelser er hyppige lidelser, og er definert ut fra skade- og elektive diagnoser. Når det gjelder håndskader viser tall fra Europa at disse er en av de vanligste skadene på akuttmottak og utgjør 21-28,6% av det totale skadevolumet (1,2). En studie fra 2004 utført i Danmark og Nederland viser at håndskader utgjør 1/3 av skadene som kommer inn på akuttmottak (3). Det finnes ingen publiserte nasjonale data for Norge, men det er grunn til å tro at håndskader er like hyppig her grunnet like helseforhold og helsesystem (4).

Hånden har en funksjonell særstilling i vårt moderne samfunn da den er nødvendig for nesten alle daglige gjøremål. Dermed vil selv beskjedne skader kunne medføre store omkostninger av samfunnsøkonomisk- og individuell art (3,5-7). Selv om det er de mest alvorlige håndskadene som genererer de største behandlingsutgiftene, er det andelen pasienter med mindre skadeomfang som er den mest kostbare gruppen på grunn av det store antallet (3). Dette på tross av lavere behandlingsutgifter per skade (7). Ved invaliditet vil utgiftene være betydelig da store deler av pasientgruppen utgjøres av den yngre og yrkesaktive aldersgruppen (3,6).

I tillegg til behandling av håndskader er det mange pasienter som behandles for andre håndlidelser, som behandles elektivt. Det finnes ingen internasjonale eller nasjonale publiserte data på omfanget av disse, men hovedveileder Hebe Désirée Kvernmo har i forbindelse med søknad om et nasjonalt kvalitetsregister i håndkirurgi fått Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord til å gjøre opp et tallmateriale basert på data fra Norsk pasientregister (NPR). I dette materialet som inkluderer de største diagnosegruppene innen skade- og elektive lidelser, finner man ca. 21.000 håndlidelser som blir operert i spesialisthelsetjenesten årlig. Materialet inkluderer ikke håndleddsbruddene.

Av de innmeldte klagesakene til NPE med vedtak for fagområdet ortopedi er det i gjennomsnitt 40% som får medhold (Tabell 1). Dette er 7% høyere andel medhold enn den

totale medholdsandelen for de ti største medisinske fagområdene i Norge for årene 2013-2017. Spørsmålet man må stille seg er om dette skyldes større grad av behandlingssvikt. Det er også interessant å vite om det er forskjellig behandlingsresultat for skade- og elektive diagnoser ettersom behandlingen av skadediagnoser skjer på flere behandlingsnivåer med lavere kompetanse. Dette er avgjørende å kjenne til for både ledere og fagfolk for å bedre de preventive tiltakene og behandlingsstrategien.

Medhold/avslag ti største medisinske områder, alle RHF						
ALLE RHF	MEDHOLD		AVSLAG		TOTALT	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Medisinsk område						
Ortopedi	2 252	40 %	3 436	60 %	5 688	38 %
Svulster og kreftsykdommer	816	35 %	1 486	65 %	2 302	15 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	247	25 %	733	75 %	980	6 %
Gastroenterologisk kirurgi	352	37 %	587	63 %	939	6 %
Psykatri	161	19 %	667	81 %	828	5 %
Nevrologi	157	27 %	420	73 %	577	4 %
Hjertesykdommer/-kirurgi	147	27 %	388	73 %	535	4 %
Anestesiologi	62	17 %	305	83 %	367	2 %
Karsykdommer/-kirurgi	109	30 %	256	70 %	365	2 %
Øyesykdommer	91	27 %	248	73 %	339	2 %
Annet	622	28 %	1 612	72 %	2 234	15 %
Totalt	5 016	33 %	10 138	67 %	15 154	100 %

Tabell 1 Oversikt fra NPE statistikk for regionale helseforetak 2013-2017 som viser de ti største medisinske områdene for alle regionale helseforetak(4).

Ut fra tidligere gjennomgang av håndleddsbrudd i tallmaterialet fra NPE, har man sett at behandlingen for noen pasienter resulterer i et dårligere behandlingsresultat enn hva man kan forvente ut fra dagens behandlingsmuligheter (8, 9). Håndleddsbrudd var i tillegg en av de hyppigste årsakene til klagesaker der pasienten fikk medhold i perioden 2001-2013, med 41% medhold (8, 9). Det var også 8% høyere andel medhold for håndleddsbruddene for årene 2001-2014 sammenliknet med ortopedien sett under ett (9-11).

Tilsvarende data er ikke publisert for håndlidelser. På grunn av de mange ulike diagnosene og kompleksiteten for deler av håndkirurgien, er det naturlig å tenke at medholdsprosenten

kan være enda høyere for håndlidelser eller for enkelte diagnoser. I så fall vil dette kunne resultere i store samfunnsøkonomiske kostnader og belastning for den enkelte pasient (12), særlig ettersom mange unge pasienter er involvert. Denne byrden for samfunnet og den enkelte pasient indikerer at det er verdt å prøve å forebygge håndskader samt sikre en god primærbehandling som gir akseptable behandlingsresultater.

Det er også interessant å se på andelen avslag. I en rapport fra folkehelseinstituttet utført i 2015 svarte 30% av pasientene at de «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «kun i noen grad» var informert om hvilke plager de kunne regne med å få i etterkant av sykehusoppholdet (13). En brukerundersøkelse fra NPE utført for perioden 2016 til 2017 viste at kun 43% av de som får avslag forstår innholdet i vurderingen til den sakkyndige (14). Dette indikerer at det medisinske språket kan gjøre det vanskelig for pasientene å forstå vurderingen til den sakkyndige. Hvis det samme medisinske språket benyttes overfor pasientene når informasjonen vedrørende behandling gis, kan vi anta at avslagssakene representerer informasjonssvikt grunnet manglende forståelse. For pasientene vil dette kunne føre til en forventningssvikt i forhold til behandlingen vedkommende fikk. Dette er interessant å evaluere for å finne ut hvordan pasientinformasjonen kan formidles bedre.

1.2 Valg av skademeldingssystem

Pasientskader kan evalueres ut fra ulike meldesystemer. NPE og Meldeordningen er begge meldesystem hvor man kan finne forekomst av innmeldte klagesaker og årsak til pasientskader. Slik informasjon kan man også innhente fra helseprofesjoner, pasientjournaler eller historier fra pasientene. I pasientbaserte studier kan man avdekke hva pasienten selv opplever som en pasientskade (15). En svakhet ved denne type studie er risikoen for «recall bias». Recall bias er en type bias som oppstår når enkelte deltakere i en studie utvikler sykdom og derfor blir mer oppmerksom på eksponering som kan ha bidratt til sykdomsutviklingen. Denne gruppen rapporterer oftere inn eksponering som mulig årsak til sykdomsutvikling, sammenlignet med gruppen som ikke utviklet sykdom (16). Denne formen for bias avhenger av utfallet av eksponeringen, altså om personen blir syk eller ikke.

Ved å bruke pasientjournaler til å undersøke forekomst og årsak til pasientskader unngår man risikoen for recall bias (15). Denne metoden er imidlertid beheftet med risiko for «missing data». Med missing data mener man at det mangler data for en eller flere variabler i en studie, noe som kan ha betydning for hvilken konklusjon man trekker basert på datamaterialet (17). Samtidig kan det være en underrapportering fra enkelte etniske grupper. Innsikten man får vil derfor ikke dekke hele pasientgruppen, men deler av den. Selv om ikke hele gruppen er representert vil det være verdifullt med mer kunnskap om sakene som meldes.

Meldeordningen er en potensiell holdbar analysemetode, men Selskapet for industriell forskning (SINTEF) har imidlertid påpekt en del svakheter i dette skademeldingsregisteret. Det dreier seg blant annet om manglende kunnskap om skjevhet i hvilke hendelser som meldes, og at det også foreligger underrapportering av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten til Meldeordningen (18). Underrapportering foreligger også i sykehusenes egne lokale avviksmeldingssystemer. Tall fra 2015 viser at kun 20% av 167 medholdsaker fra NPE ble rapportert til sykehusenes meldesystemer (19). En tredje ulempe SINTEF påpeker ved Meldeordningen er at den i liten grad er tilpasset til å fange opp forsinket diagnose (18). Tidligere undersøkelser har vist at det største problemet for eksempel i kreftomsorgen nettopp er dette (20).

Fordelen med å bruke datamateriale fra NPE er at opplysningene kommer fra saker som pasientene selv har meldt inn, og at sakene vurderes av sakkyndige som er spesialisert til å identifisere faktiske pasientskadesaker og årsak til skadene. Når klagesaker blir tatt opp til vurdering er det flere faktorer som vektlegges. Blant disse har vi pasientens erstatningssøknad, pasientjournaler, uttalelse fra lege ved behandlingsstedet, og i noen saker et tverrfaglig møte mellom saksbehandler og medisinsk sakkyndig som er spesialist innen det aktuelle fagområdet. En annen fordel ved å bruke datamateriale fra NPE er at pasientskadesakene både kommer fra kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenesten og privat helsetjeneste. Dermed kan vi innhente informasjon om skadeomfang for de innmeldte sakene og forskjeller i skadeårsak mellom de ulike behandlingsnivåene i helsetjenesten. For de fleste av meldesystemene vil pasientskader som først gjør seg gjeldene etter en tid ikke fanges opp, noe NPE derimot har

en ordning for. Hit kan pasienter i hovedregel sende pasientskader innen 3 år etter at skaden oppsto. Ved å bruke data fra NPE fanger man dessuten opp hva pasienten selv opplever som skade ved at skadetypen blir kodet i erstatningssøknaden. Evaluering av medholdssakene i NPE kan gi innsikt i hvor svikten eventuelt ligger, mens avslagssakene kan gi en bedre innsikt i forhold som forklarer pasientens forventninger til behandlingsresultat.

1.3 Beskrivelse av pasientskadeloven og Norsk pasientskadeerstatning

NPE er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet som behandler søknader om erstatning for pasientskader. Ved en pasientskade skal pasientene informeres om skaden og at de har adgang til å søke erstatning fra NPE. Dette er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

Før 2003 hadde man ikke lovfestet pasientskadeerstatning. Denne loven ble etterhvert utarbeidet fordi det var for få erstatningskrav etter alminnelige erstatningsregler som førte fram (21). Målet med pasientskadeloven er å styrke pasienters erstatningsrettslige vern mot økonomiske tap etter pasientskade samt å redusere behovet for sivilrettslige saker mot enkeltleger og institusjoner (10). I dag behandler NPE erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. NPE sin oppgave er å vurdere om det foreligger skade grunnet svikt i diagnostikk og behandling, samt om pasienten har krav på erstatning som følge av dette (22). De behandler både erstatningskrav fra pasienter behandlet i privat og den offentlige helsetjenesten, men det var først i 2009 privat helsetjeneste ble inkludert i denne pasientskadeordningen (23).

1.3.1 Begrepet «pasientskade»

En pasientskade er en skade som blir forvoldt av helsepersonell med offentlig autorisasjon i en behandlingssituasjon i helsevesenet, enten på en institusjon innen spesialist- og kommunehelsetjenesten eller under ambulansetransport (21). Behandlingssituasjonen pasientskaden oppstår i omfattes av pasientskadeloven dersom de er voldt under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk

forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev (24), jf. Pasientskadeloven § 1 andre ledd.

1.3.2 Vilkår for erstatning:

Ifølge NPE har man krav på pasientskadeerstatning når følgende tre vilkår er oppfylt: skaden skyldes svikt i behandling, skaden har ført til et økonomisk tap, og at pasientskaden ikke er for gammel (25). Hovedregelen er at et erstatningskrav er foreldet etter tre år (25). Ikke alle økonomiske tap er gjeldende som erstatningsgrunnlag. For å få erstatning må pasienten ha lidd et økonomisk tap på minst 10.000 kroner eller en varig medisinsk invaliditet på minst 15% (10). Pasienten kan med andre ord få medhold i klagen, uten å få utbetalt noe i erstatning. For skader meldt inn før 1.1.2016 var et økonomisk tap på 5.000 kroner tilstrekkelig for å oppfylle vilkåret om økonomisk tap (10).

Et annet vilkår for erstatning er at det foreligger sannsynlighetsovervekt for årsakssammenheng, og at behandlingen som er gitt ikke har vært i tråd med god medisinsk praksis (10). Det er den som krever erstatning, altså pasienten selv, som må påvise at pådratt skade mest sannsynlig skyldes skadevolders adferd (21). Ved uoppklart årsaksforhold sikrer Pasientskadeloven § 3 første ledd at erstatningskravet ikke bortfaller, og lyder slik at når skaden sannsynligvis skyldes ytre påvirkning på en pasient under behandling skal det normalt antas at skaden skyldes feil eller svikt i ytelse av helsehjelp (24).

Pasientskadeloven tar også for seg en viktig unntaksbestemmelse som sier at det kan ytes erstatning når pasientskaden er særlig stor eller særlig uventet, og ikke anses som en risiko som pasienten må akseptere, på tross av at det ikke foreligger svikt i helsehjelp eller objektivt ansvar (10). I vurdering av om det skal ytes erstatning skal det i slike situasjoner ifølge pasientskadeloven §2 legges vekt på om det på forhånd er gitt tilstrekkelig informasjon (24).

1.3.2.1 Menerstatning

Man kan ha rett til pasientskadeerstatning selv om man ikke har hatt et økonomisk tap. En «ikke-økonomisk menerstatning» gis den skadelidte når det foreligger «varig og betydelig

skade av medisinsk art» (26, s. 476). Med «varig» menes vanligvis at pasientskaden varer i en periode på minst ti år, og med «betydelig» menes at pasientskaden må gi en medisinsk invaliditet på minst 15 prosent (25). Denne type erstatning skal kompensere for tap av livsutfoldelse og bygger på tanken om at penger, til en viss grad, kan bidra til å kompensere for ikke-økonomiske tap som en fysisk eller psykisk skade kan medføre (26, s. 476). Menerstatning kan ytes i tillegg til erstatning ved økonomiske tap, men også som eneste erstatningsutbetaling ved en pasientskadesak.

1.4 Formålet med studien

Formålet med denne studien er å få bedre innsikt i og forståelse av hvor i helsevesenet det skjer svikt i diagnostikk og behandling av håndlidelser, hva årsaken(e) til svikten kan være, samt å kunne finne frem til eventuelle forbedringsområder.

Vi vil starte med å se på totalomfanget av de innmeldte pasientsakene i vårt utvalg. Videre vil vi undersøke hvordan sakene fordeler seg etter diagnosekoder klassifisert etter International Classification of Diseases version 10 (ICD-10), kjønn og alder. Vi skal også finne den vanligste årsaken til at pasientene søker erstatning fra NPE. På denne måten kan vi få et inntrykk av om det er noen pasientgrupper som skiller seg ut blant innmeldte pasientsakene.

Videre skal vi se på hvilke behandlingsnivå pasientsakene har blitt behandlet ved. Vi har ikke informasjon om hvem som har operert eller det totale antallet håndlidelser som har blitt behandlet ved de enkelte behandlingsnivåene. Derfor kan vi ikke si sikkert om behandlende lege er spesialist, eller hvor god de ulike behandlingsnivåene er på å behandle de ulike ICD-10 kodene. I Norge finnes det ingen egen håndkirurgisk spesialitet. For å få en formening om håndkirurgisk kompetanse, antar vi derfor at de som er medlemmer i Norsk forening for håndkirurgi har en slik særskilt kompetanse (54 yrkesaktive medlemmer). Det er imidlertid kun 16 yrkesaktive medlemmer som innehar foreningens diplom. Dette diplommet fungerer som en akkreditering som håndkirurg, og setter blant annet krav til minst 2 år subspesialisering i fagområdet samt at ulike prosedyrer må ha vært utført for å kunne søke om diplommet. Det er dessuten kun 8 norske kirurger som har passert European Board eksamenen i håndkirurgi, noe som betyr at det er få kirurger med dokumentert bred

håndkirurgisk kompetanse. De fleste av disse arbeider ved universitetssykehus med egen enhet for håndkirurgi. Ved å se på antall klagesaker med medhold per sykehus bør vi imidlertid kunne si noe om det for eksempel er overrepresentert klager på lokalsykehus hvor det er antatt færre kirurger med spesialkompetanse innen håndkirurgi.

Når man ser på medholdssakene til NPE vedrørende håndlidelser, og videre «Årsak til svikt i behandling/ diagnostikk» fra det interne kodesystemet til NPE, kan man få innsikt i om svikten ligger på systemnivå eller individnivå. Dersom andelen svikt dominerer på systemnivå vil man lettere kunne gjøre endringer som potensielt kan bedre utfallet for en stor andel pasienter, i motsetning til svikt på individnivå. Dette fordi man blant annet kan utarbeide rutiner og behandlingsretningslinjer på systemnivå.

Pasienter kan få menerstatning dersom de har endt opp med en pasientskade som gir en invaliditet på 15% eller mer. Antall menerstatningsutbetalinger kan gi oss et inntrykk av hvor mange av pasientsakene som er betydelig feilbehandlet.

Fra avslagssakene kan man få et inntrykk av diskrepansen mellom pasientens forventninger til behandlingsresultat og faktisk behandlingsresultat. I pasient og brukerrettighetsloven § 3-2 heter det at pasienten skal gis adekvat informasjon til å få innsikt i egen helsetilstand og helsehjelpen som skal ytes, samt informasjon om risiko og bivirkninger knyttet til behandlingen (27). Avslagssakene kan representere underkommunisering fra behandler og derfor representere et informasjonsgap. Fordelingen av avslagssaker vil kunne gi et inntrykk av på hvilke behandlingsnivå informasjonssvikten eventuelt ligger. Man kan rette tiltak for å minske informasjonsgapet, blant annet ved å bedre samvalgsprosessen med pasientene. På denne måten vil pasientene bedre kunne foreta valg som stemmer overens med deres preferanser. Med et slikt samvalg kan man sannsynligvis unngå en stor andel av klagen som sendes til NPE.

Studien vil kunne påpeke forbedringspotensialer for å oppnå økt pasientsikkerhet og pasientinformasjon. Denne innsikten kan bidra til at enkeltindivider spares for unødig lidelse og spare samfunnet for økonomiske kostnader.

2 Materiale og metode

2.1 Arbeidsprosessen

Vi kom i kontakt med vår hovedveileder, ortoped/håndkirurg Hebe Kvernmo, gjennom PROFKOM der hun er vår mentor. Våren 2017 presenterte hun flere aktuelle temaer for masteroppgaven fra sitt fagfelt, deriblant en studie av pasientskadesaker som hun hadde planlagt i samarbeid med NPE. Bakgrunnen var at hun var involvert i et arbeide i regi av Hand Trauma Committee i den europeiske håndkirurgiske foreningen FESSH. Vi ble nysgjerrige på temaet. I september 2017 hadde vi første møte hvor vi diskuterte studien og dens innhold. Vi startet arbeidet med utarbeidelse av en prosjektbeskrivelse til UiT, som ble innlevert oktober 2017. Hovedveileder etablerte kontakt med fagsjef for pasientsikkerhet i NPE, Ida Rashida Bukholm, som ble vår biveileder. Sølvi Flåte, seniorrådgiver i NPE, var villig til å hente ut alt av tallmateriale til studien samt utføre flere pivoteringer. Etter innlevering av prosjektbeskrivelsen har vi jobbet jevnlig gjennom datamaterialet til oppgaven vår. Vi har dobbeltsjekket diagnosekodene i datamaterialet, pivotert og utført statistiske analyser. Arbeidet har også bestått i å lese seg opp på lovverket rundt pasientskadeerstatning og vilkår for å få erstatningsutbetaling. I Mars 2019 var alle resultatene klare og vi kunne begynne med tolkning og skriving av selve oppgaven.

2.1.1 Innsamling av materialet

NPE har i henhold til arkivloven tillatelse til å oppbevare pasientdata etter samtykke som gis i forbindelse med at pasienten søker erstatning (28). Vi har fått tilgang til en fil med anonymiserte data fra statistikkdatabasen. Det er imidlertid viktig å påpeke at NPE ikke er et skaderegister. Det vil si at vi ut fra materialet fra NPE ikke kan si noe om frekvensen av de ulike skadene. NPE kan utelukkende si noe om frekvensen av innmeldte pasientskadesaker til NPE.

Datafilen ble oversendt fra NPE på sikker mail og inkluderte alle tidligere oversendte diagnosekoder fra hovedveileder til NPE (vedlegg 1). Arbeidet startet med å dobbeltsjekke diagnosekodene som var satt og korrigere de som var feilkodet. Dette gjorde vi ved å sjekke konsistensen mellom beskrivelsen av behandlingen som ble gitt, prosedyrekoden(e) og se

om dette samsvarte med ICD-koden for pasientsaken. For sakene der informasjonene ikke ga entydig svar, fikk vi innhentet ytterligere opplysninger av NPE slik at disse sakene også kunne inkluderes.

2.2 Studiepopulasjon

Studiepopulasjonen inkluderer alle pasienter som har fått vedtak om medhold eller avslag fra NPE i perioden 01.01.2007 til 30.06.2017 etter behandling av håndlidelser.

Håndlidelser er definert som skader og elektive diagnoser definert ut fra diagnosekodene i vedlegg 1. Håndskader defineres som skjelettskader i hånden distalt for håndleddet, bløtdelsskader i hånd og underarm, og nerveskader opp til albuenivå. Iatrogene nerveskader, altså skader av nerver forårsaket av kirurgi som faller utenfor vår definisjon av håndkirurgien, faller også utenfor denne oppgaven. Den elektive håndkirurgien inkluderer alle øvrige lidelser i hånden, inklusive artrosetilstander i håndleddet og distale radioulnare ledd.

Brudd fra og med håndleddet og lengre opp på armen ble ekskludert. Det samme ble klagesaker hvor feilmedisinering/bivirkninger og forsinket/feil diagnose av andre tilstander enn (brudd)skader i hånd/arm, for eksempel kreft, leddlidelser og lignende. Likeledes ble klagesaker vedrørende anestestesi i forbindelse med operasjoner i hånd/arm, med unntak av pleksusbedøvelse av arm, ekskludert.

2.3 Beskrivelse av søknad om pasientskadeerstatning

Når pasienten søker erstatning fra NPE må hun/han fylle ut et søknadsskjema (vedlegg 2) hvor personalia, skadedato og behandlingssted angis. Deretter må pasienten kort og presist beskrive hva hun/han ble behandlet for da pasientskaden skjedde, hvilken skade vedkommende har fått, hvordan skaden oppstod og hvilke sosiale og økonomiske konsekvenser skaden har resultert i. NPE innhenter all nødvendig informasjon fra behandlingsstedet der pasienten oppgir at skaden skjedde.

2.4 Hvordan oppgaven er satt opp

Vi har valgt å dele totalmaterialet inn i to hovedgrupper. Den ene gruppen kalles skadesaker, og består av ICD-10 kodene - Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98). Den andre hovedgruppen kalles elektive saker, og inkluderer pasienter som har gjennomgått elektiv behandling.

De fleste problemstillingene blir besvart ved at vi først viser til en totaloversikt for alle de 1321 utvalgte sakene blant de innmeldte pasientsakene til NPE for angitte diagnosekoder. Deretter følger skadesakene og så elektive saker. Dette oppsettet følges for hver av problemstillingene.

Vi har valgt 7 nivåinndelinger av skadevolder fordi vi antar at dette sier noe om fordeling av håndkirurgisk kompetanse for de ulike lidelsene. Hadde vi sett på nedslagsfeltene til de forskjellige sykehusene så ville ikke nedslagsområdet i seg selv si noe om hvor dyktige kirurgene er på det tilhørende sykehusene. I tillegg skal det påpekes at variabelen «universitetssykehus» er sykehus med håndkirurgisk enhet eller avdeling.

2.5 Beskrivelse av variablene

Variablene som det ble gitt tilgang til inkluderer diagnosekoder angitt etter International Classification of Diseases version 10 (ICD-10), hovedgrupper, saksidentitet, årsak til medhold/avslag, vedtak, kjønn, skadealder, behandling, skadetype, årsak til svikt i behandling/ diagnostikk, menerstatning utbetalt, skadevolder RHF, samt skadevolder (vedlegg 3).

2.6 Diagnosekodene

Diagnosen er angitt med ICD-10 koden som ble brukt for den sykdommen eller lidelsen pasienten ble behandlet for da pasientskaden oppsto.

Diagnosekodene med færre enn 24 innmeldte saker totalt er samlet i to diversegrupper; en diversegruppe for skadesaker og en diversegruppe for elektive saker (vedlegg 1). Formålet

med å gruppere disse diagnosene er at de hver for seg ikke vil utgjøre en signifikant forskjell. Dette fremkommer også i enkelte av diagrammene og figurene.

2.7 Statistisk analyse

Pivoting av datamaterialet i tabeller ble gjort i Microsoft Excel. Siden formålet med studien er å få en oversikt over forekomsten av innmeldte pasientsaker og en innsikt i årsak til svikt, ble det gjennomført frekvensanalyser av innmeldte pasientsaker. I resultatdelen presenteres resultatene dels som tekst og dels i diagrammer og figurer. Disse er utgangspunkt for diskusjonsdelen og konklusjonene i oppgaven. Deskriptiv statistikk ble benyttet for å analysere demografiske data som alder og kjønn. Gjennomsnittsmålinger for kontinuerlige variabler ble angitt i form av Mean og spredningsmålet i form av SD, mens kategoriske data ble angitt i prosent. Grupper ble analysert gjennom krysstabeller med kjiqvadrattest. Resultatene med p-verdi $<0,05$ er vurdert å være statistisk signifikant.

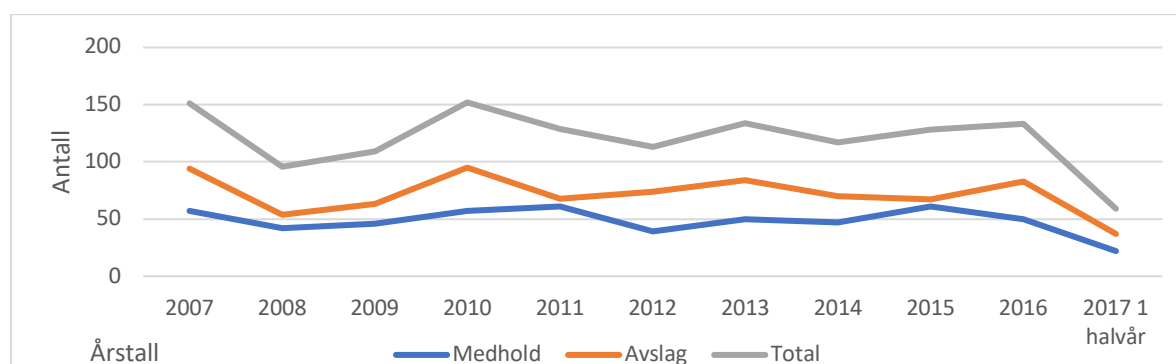
Vi har ikke utført avanserte statistiske metoder for vurdering av trender over tid. Dette fordi vi kun har mottatt data for innmeldte klagesaker for skadeår, og ikke for studieperioden 2007-2017, hvilket i utgangspunktet gjør trendanalyser vanskelig på grunn av forsinkelser i innmelding av skadesaker (maksimalt 3 år etter reglene, men i praksis er forsinkelsen i enkelte saker lengre).

3 Resultater

3.1 Totalomfanget av materialet

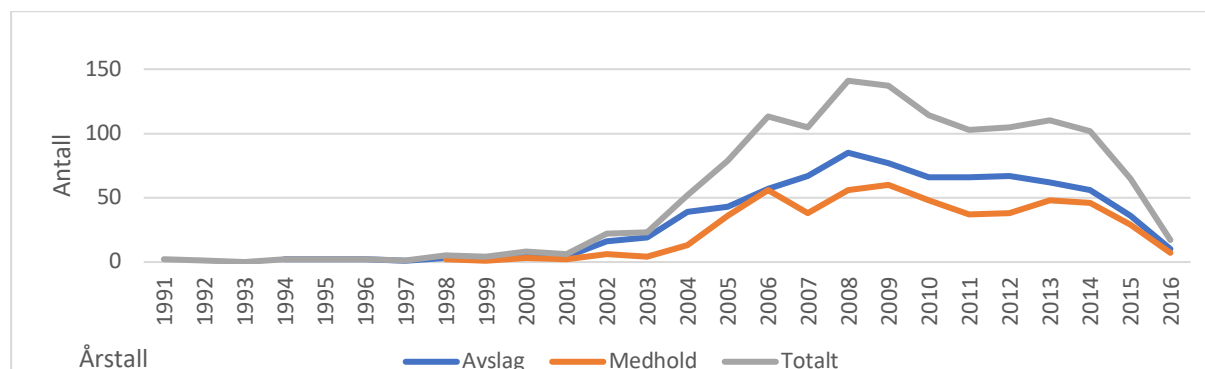
I studieperioden 2007- 1.halvår 2017 fattet NPE vedtak for 1321 klagesaker vedrørende håndlidelser med ICD-10 kodene definert i vedlegg 1. Det ble gjennomsnittlig truffet 125,8 vedtak vedrørende håndlidelser per år. Det høyeste antallet vedtak per år var i 2010 med 152 vedtak. Vedtakene inkluderte 532 medhold (40,3%) og 789 avslag (59,7%).

Medholdsvedtakene fra 2007 til 2016 utgjorde en prosentandel som varierte fra 34,5% og 47,7% (mean 40,3%, SD 4,4) medhold per år. Avslagsvedtakene utgjorde en prosentandel som varierte mellom 52,3% og 65,5% (mean 59,7%, SD 4,4) avslag per år. Av figur 16 ser vi at medholdsvedtakene og den totale andelen vedtak per år holdt seg jevn frem til 2016. Den reduksjonen som fremgår fra 2016 skyldes mest sannsynlig forsinket innmelding av en del av sakene.



Figur 1 Vedtak per år vedrørende 1321 håndlidelser fra 2007 - 1. halvår 2017.

Totalmaterialet inneholder skadeårstall fra og med 1991, hvorav skaden skjedde før 2002 i 322 av sakene. Gjennomsnittlig antall skader per år for perioden 2007 til 2017 var 99,9 (SD 11,3).



Figur 2 Skadeårstall for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

For de to hovedgruppene utgjorde skadesakene 53,9%, mens elektive saker utgjorde de resterende 46,1%. Andelen medhold var signifikant større for skadesakene enn for de elektive sakene (45,5% vs. 34,2%, $p < 0,05$).

3.2 Vedtaksfordeling ICD-10 koder

Fordelingen av innmeldte saker etter ICD-10 koder fremgår av tabell 2. For skadegruppen var diagnosen S62 – brudd i håndledds- og håndregionen meldt inn flest ganger med 322 saker og sto for 24,4% av innmeldte pasientsaker. Diagnosekoden S63 – Dislokasjon, forstuvning, forstrekking eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds- og håndregionen fulgte dernest med 9,8%. I den elektive gruppen var G56 – Mononevropati i overekstremitet meldt inn med 233 saker og sto for 17,6% av de innmeldte pasientsakene. Deretter fulgte M18 – Artrose i første karpometakarpalledd i tommelen med 7,8%.

	Antall medhold	Prosentandel medhold for diagnosegruppen	Prosentandel medhold i datasettet	Totalsum	Prosentandel diagnosegruppen utgjør i datasettet
Skadesaker					
Diverse skadekirurgi - S44, S51, S54, S56, S58, S60, S64, S65, S67, S69, T23, T70.4, T79, T81, T84, T14	47	50,0	3,6	94	7,1
S61 - Åpent sår på håndledd og hånd	21	32,8	1,6	64	4,8
S62 - Brudd i håndledds- og håndregionen	159	49,4	12,0	322	24,4
S63 - Dislokasjon, forstuvning, forstrekking eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds- og håndregionen	54	41,9	4,1	129	9,8
S66 - Skade på muskel og sene i håndledds- og håndregionen	41	52,6	3,1	78	5,9
S68 - Traumatisk amputasjon av håndledd og hånd	2	8,0	0,2	25	1,9
Elektive saker					
Diverse gruppe elektive diagnosekoder B37, D17, D18, D21, L02, L03, L92, M00, M01, M05, M06, M25, M62, M66, M79, M80, M84, M85, M86, M89, Q69, Q70, Q71	16	26,7	1,2	60	4,5
G56 - Mononevropati i overekstremitet	84	36,1	6,4	233	17,6
M18 - Artrose i første karpometakarpalledd	33	32,0	2,5	103	7,8
M19 - Annen artrose	13	36,1	1,0	36	2,7
M65 - Synovitt og tenosynovitt	23	41,8	1,7	55	4,2
M67 - Andre lidelser i synovialhinne og sene	17	40,5	1,3	42	3,2
M72 - Sykdommer i fascier og annet fibrøst vev	22	27,5	1,7	80	6,1
SUM	532		40,3	1321	100,0

Tabell 2 Vedtaksfordeling ICD-10 koder for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.3 Kjønnsfordeling

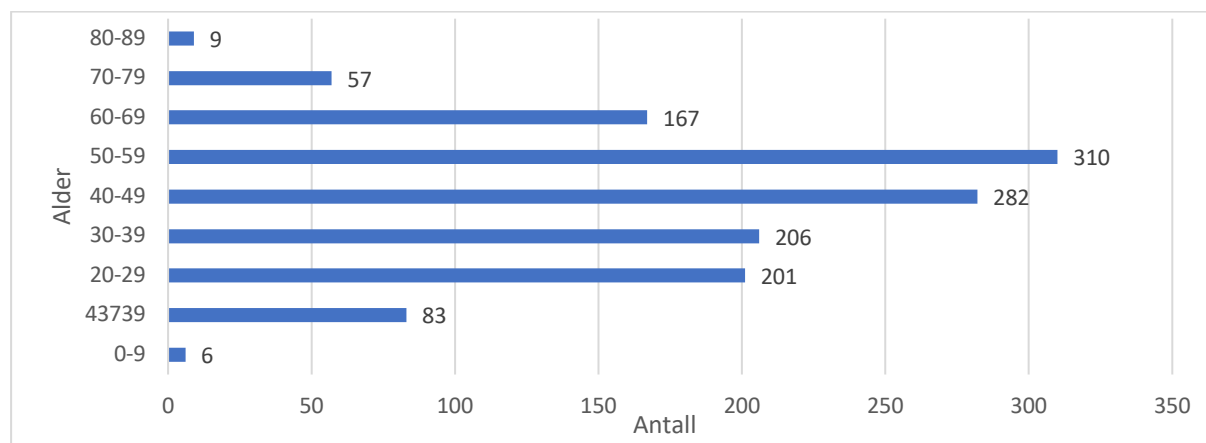
I totalmaterialet inngikk 701 kvinner og 624 menn. Det var ingen signifikant forskjell i representasjon mellom kjønnene. I gruppen av skadesaker var andelen menn signifikant høyere enn kvinner (63,6% vs. 36,4% $p < 0,05$). For de innmeldte elektive sakene var det kvinnene som dominerte i forhold til menn (59,3% vs. 40,7%, $p < 0,05$). Det var ingen signifikant forskjell i medholdsandelen mellom menn og kvinner, verken for totalmaterialet eller for de to hovedgruppene (Tabell 3).

	Medhold	Avslag	Totalmaterialet
Kvinner	38,1%	61,9%	46,9%
Menn	42,2%	57,8%	53,1%

Tabell 3 Medhold vs. Avslag sett i relasjon til kjønn for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

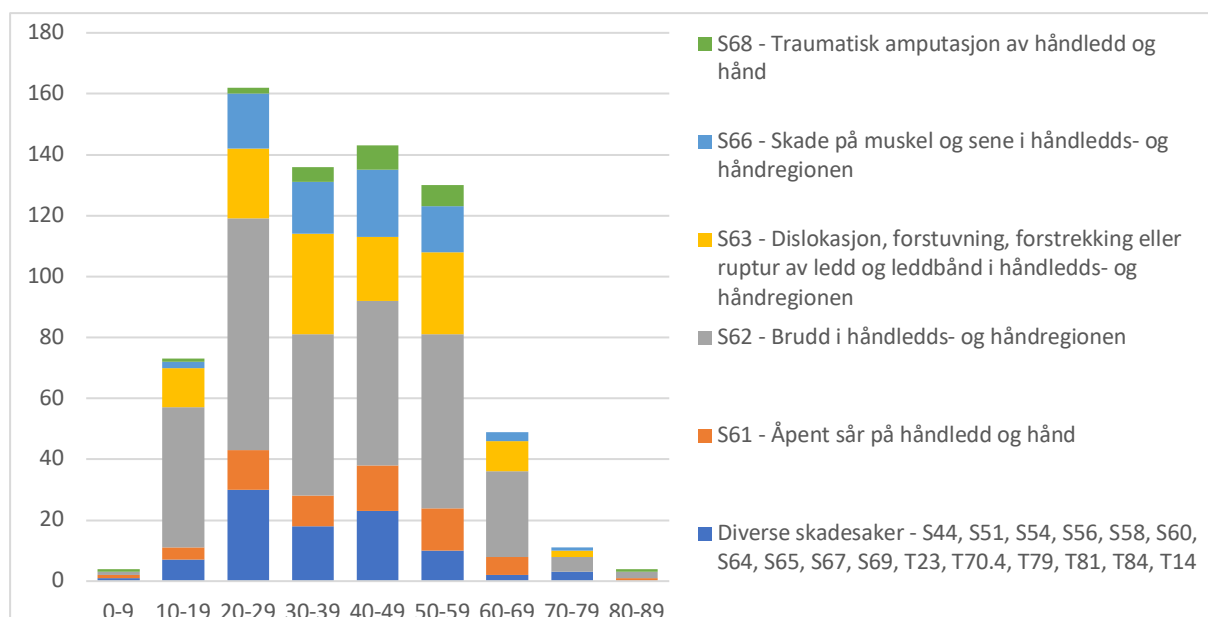
3.4 Aldersfordeling

Gjennomsnittsalderen i totalmaterialet var 44,3 år (SD 16,0). Vanligste aldersgruppe var 50-59 år med 23,5%, fulgt av aldersgruppen 40-49 år med 21,3%, mens aldersgruppene 30-39 år og 20-29 år var likt fordelt med hhv 15,6% og 15,2%.



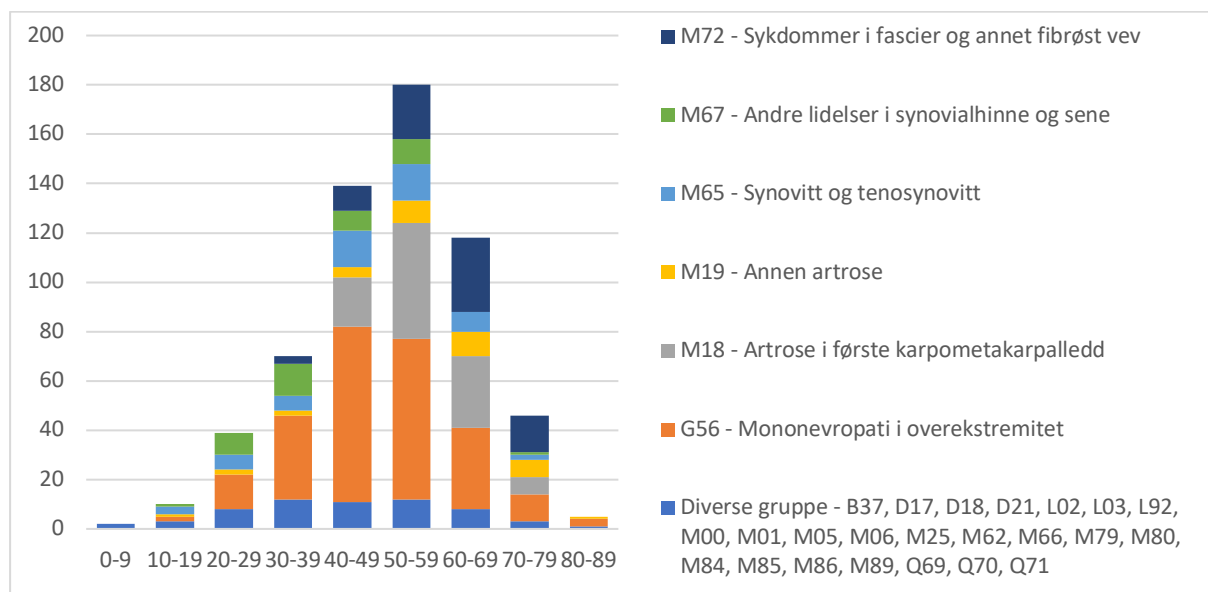
Figur 3 Aldersfordeling for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

For skadesaker var gjennomsnittsalderen 38,7 år (SD 15,5). Aldersgruppene 20-29 år utgjorde den største gruppen med 22,8% ($n=162$) av sakene (figur 3), tett fulgt av aldersgruppene 30-39, 40-49 og 50-59 år. For disse aldersgruppene var den vanligste innmeldte skadediagnosen S62 – brudd i håndledds-og håndregionen.



Figur 4 Antall innmeldte skadesaker etter aldersgruppe og diagnose for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

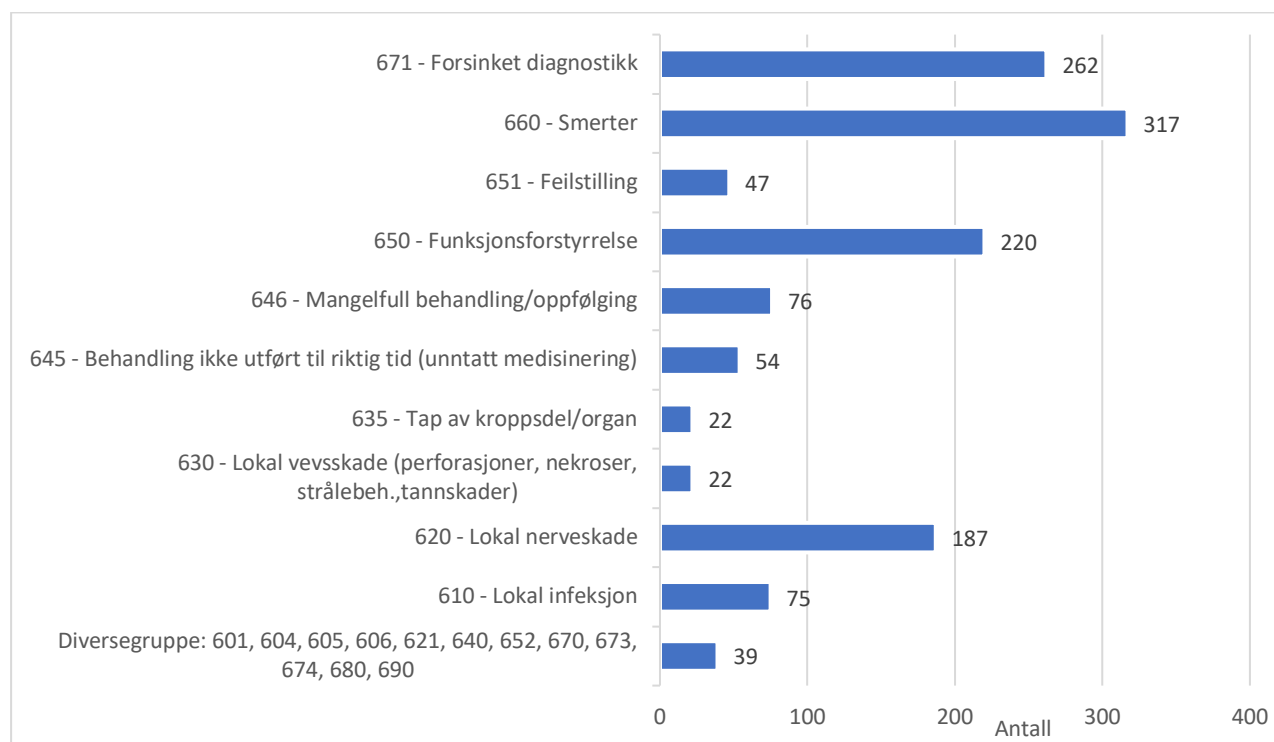
Av elektive saker var det flest innmeldte pasientsaker fra aldersgruppen 50-59 år med 29,6% (n=180), fulgt av aldersgruppene 40-49 og 60-69 med hhv 22,8% (n=139) og 19,4% (n=118). For disse aldersgruppene var den vanligste innmeldte diagnosen G56 – mononevropati i overekstremitet.



Figur 5 Antall innmeldte elektive saker etter aldersgruppe og diagnose for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.5 Årsak til at det søkes erstatning fra NPE vedrørende håndlidelser

Av figur 6 fremgår de fire vanligste skadetyperne av de 1321 sakene vedrørende håndlidelser som fikk vedtak fra NPE. Disse var skadetypekode 660 – Smerte (24,0%), 671 – Forsinket diagnostikk (19,8%), 650 – Funksjonsforstyrrelse (16,7%) og 620 – Lokal nerveskade (14,2%). Derneft fulgte 646 – Mangelfull behandling/ oppfølging (5,8%) og 610 – Lokal infeksjon (5,7%).



Figur 6 Fordeling av innmeldt skadetype kategorisert for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.6 Skadevolder

3.6.1 Vedtaksfordeling etter skadevolder

Tabell 4 viser at medholdsfordelingen for skadevolderne i totalmaterialet varierte mellom 33,3-45,1% (SD 15,7). Skadevolderen med høyest prosentvist medhold var kommunal legevakt med 45,1%, men dette var ikke signifikant høyere enn den man fant for lokalsykehus og universitetssykehus (39,1% og 41,9%). Offentlig kjøp av helsetjeneste og privatpraktiserende spesialister som skilte seg ut med rundt 33,3-34,8% medhold, hvilket var lavere sammenlignet med sykehusene nevnt over men ikke signifikant lavere. Begge disse

aktørene var hovedsakelig representert med elektive behandlinger. I denne sammenhengen så vi bort fra gruppen «annet» siden denne skadevolderen bare hadde én sak.

Gruppering skadevolder	Prosentandel			Sum skadesaker	Medhold elektive saker	Prosentandel		Avslag elektive saker	Sum elektive saker	Prosentandel medhold per skadevold	Sumsaker per skadevold	Prosentandel saker per skadevold
	Medhold skadesaker	medhold skadesaker	Avslag skadesaker			medhold elektive saker	elektive saker					
Universitetssykehus	66	47,5	73	139	30	33,3	60	90	41,9	229	17,3	
Universitetssykehus uten avd. for håndkirurgi	35	44,3	44	79	21	43,8	27	48	44,1	127	9,6	
Lokalsykehus	184	45,3	222	406	136	33,0	276	412	39,1	818	61,9	
Kommunal legevakt	38	44,7	47	85	3	50,0	3	6	45,1	91	6,9	
Offentlig kjøp av helsetjenester	1	50,0	1	2	15	34,1	29	44	34,8	46	3,5	
Annet	0	0,0	1	1		0,0		0	0,0	1	0,1	
Privatpraktiserende spesialister	0	0,0	0	0	3	33,3	6	9	33,3	9	0,7	
Sum				712				609		1321	100,0	

Tabell 4 Gruppering skadevolder og vedtaksfordeling for hovedgruppene og totalt for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007-1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.6.2 Fordeling skadesaker og elektive saker etter skadevolder

Tabell 4 viser hvordan innmeldte skadesaker og elektive saker fordelte seg etter hvilket behandlingsnivå som var skadevolder. Somatiske sykehus hadde 1174 saker fordelt på lokalsykehus, universitetssykehus uten avdeling for håndkirurgi og universitetssykehus. Lokalsykehus sto for det største antallet klagesaker med 61,9% av totalmaterialet, som gjaldt for begge de to hovedgruppene som var tilnærmet likt fordelt. Deretter fulgte universitetssykehus med 17,3% og universitetssykehus uten avdeling for håndkirurg med 9,6% av totalmaterialet, hvor skadesakene utgjorde nesten 2/3 av sakene (hhv 60,7% og 62,2%). Av sakene fra Kommunal legevakt var det skadesakene som var vanligst med 93,4%, mens skadesaker fra Privatpraktiserende spesialist og Offentlig kjøp av helsetjeneste hovedsakelig utgjorde elektive saker.

3.6.3 Skadesaker

Tabell 4 viser at det var 324 skadesaker med medhold. Andelen medhold for skadesaker fordelt etter skadevolder varierte mellom 44,3 – 47,5%. Det var ikke signifikante forskjeller mellom de ulike behandlingsnivå.

Tabell 5 viser hvordan de innmeldte skadediagnosene fordelte seg i antall og prosent på de ulike behandlingsnivå. Ved alle behandlingsnivå var diagnosen S62 - Brudd i håndledds- og håndregionen den hyppigst innmeldte enkeltdiagnosen for skadesakene, hvor 62,4% av disse ble behandlet på lokalsykehus. Ser vi på innmeldte leddbåndskader med diagnosekode S63 - Dislokasjon, forstuvning, forstrekking eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds-og håndregionen finner vi at 56,6% av disse kom fra lokalsykehus. En tredje viktig gruppe i håndkirurgien er seneskader med diagnosekode S66 – Skade på muskel og sene i håndledds og håndregionen, hvor 56,4% av de innmeldte sakene kom fra lokalsykehus. Diagnosen S68 - Traumatisk amputasjon av håndledd og hånd ble meldt inn med kun 25 tilfeller, og fordelte seg ganske likt mellom lokalsykehus og universitetssykehus.

3.6.4 Elektive saker

Tabell 4 viser at det var 208 elektive saker med medhold. Det var størst medholdsprosent ved Universitetssykehus uten avdeling for håndkirurgi med 43,8%. Dette var ikke signifikant høyere enn ved de øvrige behandlingsnivåene som hadde 33,0-34,1% medhold.

Tabell 5 viser hvordan elektive saker fordelte seg i antall og prosent etter skadevolder. For alle de elektive diagnosekodene var det flest innmeldte saker ved Lokalsykehus. Ved alle behandlingsnivåene var diagnosen G56 - Mononevropati i overekstremitet den hyppigst innmeldte enkeltdiagnosen for de elektive sakene, hvor 67,8% av disse ble behandlet på lokalsykehus. Ser vi på artroselidelser med diagnosekode M18, som var den andre største innmeldte diagnosen blant elektive saker, finner vi at 77,7% ble behandlet ved lokalsykehus.

	Universitetssykehus			Kommunal legevakt	Offentlig kjøp av helsetjenester	Privat-		Sum
	Universitetssykehus	uten avd. for håndkirurgi	Lokalsykehus			praktiserende spesialister	Annet	
Skadesaker								
Diverse skadesaker - S44, S51, S54, S56, S58, S60, S64, S65, S67, S69, T23, T70.4, T79, S61 - Åpent sår på håndledd og hånd	22	11	47	13	1		0	94
S62 - Brudd i håndledds- og håndregionen	6	6	31	20			1	64
S63 - Dislokasjon, forstuvning, forstrekking eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds- og håndregionen	59	34	201	27	1			322
S66 - Skade på muskel og sene i håndledds- og håndregionen	26	18	73	12				129
S68 - Traumatisk amputasjon av håndledd og hånd	14	8	44	12				78
	12	2	10	1				25
Elektive saker								
Diverse gruppe - B37, D17, D18, D21, L02, L03, L92, M00, M01, M05, M06, M25, M62, M66, M79, M80, M84, M85, M86, M89, Q69, Q70, Q71	19	4	33	3	0		1	60
G56 - Mononevropati i overekstremitet	26	21	158	0	22		6	233
M18 - Artrose i første karpometakarpalledd	14	3	80	1	5		0	103
M19 - Annen artrose	8	1	27	0	0		0	36
M65 - Synovitt og tenosynovitt	4	7	35	2	6		1	55
M67 - Andre lidelser i synovialhinne og sene	9	2	30	0	1		0	42
M72 - Sykdommer i fascier og annet fibrøst vev	10	10	49	0	10		1	80
Totalsum	229	127	818	91	46		9	1 1321
Prosentandel	17,3	9,6	61,9	6,9	3,5		0,7	0,1

Tabell 5 ICD-10 koder fordelt etter skadevolder for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.6.5 Klagesaker fordelt på de ulike regionale helseforetakene

Av tabell 6 fremgår det at Helse Sør-Øst RHF har størstedelen av sakene (47,5%). Helse Nord RHF hadde den største andelen medhold for både de elektive sakene (50,8%) og for skadesakene (48,2%). Medholdandelen på 50,8% for de elektive sakene i Helse Nord RHF var signifikant høyere enn medhold for helse Midt og helse Sør-Øst (33,3% og 29,3%, $p < 0,05$). For skadesakene var forskjellen ikke signifikant mellom de ulike RHF.

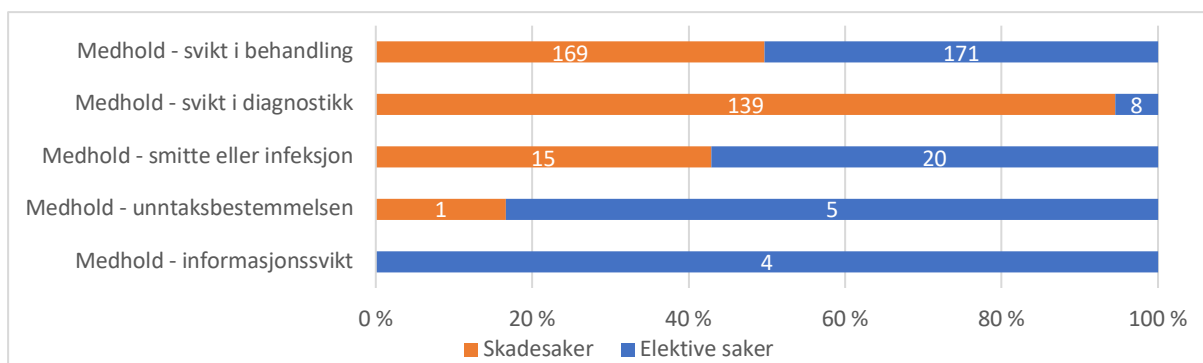
	Helse Nord RHF		Helse Midt-Norge RHF		Helse Sør-Øst RHF		Helse Vest RHF		Kommunal legevakt, offentlig kjøp av helsetjenester, privat praktiserende spesialist		Totalsum antall saker
	Antall saker	Prosent medhold	Antall saker	Prosent medhold	Antall saker	Prosent medhold	Antall saker	Prosent medhold	Antall saker	Prosent medhold	
Elektiv saker	63		81		307		99		59		609
Avslag	31		54		217		61		38		401
Medhold	32	50,8	27	33,3	90	29,3	38	38,4	21	35,6	208
Skadesaker	85		94		321		125		87		712
Avslag	44		53		176		67		48		388
Medhold	41	48,2	41	43,6	145	45,2	58	46,4	39	44,8	324
Totalsum	148	100,0	175	100,0	628	100	224	100,0	146	100,0	1321

Tabell 6 Fordeling av hovedgrupper og vedtak for de ulike RHF for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.7 Inndeling av medholdssaker

De 532 medholdssakene inndeles i fem kategorier som fremgår av figur 7. Den største kategorien var «svikt i behandling», som utgjorde 63,9% av alle medholdssakene. Dermed fulgte «svikt i diagnostikk» med 27,6%, og «smitte eller infeksjon» med 6,6%.

Det var ingen signifikant forskjell i andelen av skadesaker og de elektive sakene for kategorien medhold grunnet «svikt i behandling». For skadesakene utgjorde kategorien «svikt i diagnostikk» 94,6%. De øvrige kategoriene hadde få antall saker (<35) og her dominerte de elektive sakene.



Figur 7 Skade- og elektive saker inndelt etter medholdskategori for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser. Figuren viser antall skade- og elektive saker samt prosentandelen disse gruppene utgjør innen hver medholdskategori

3.7.1 Medholdskategori «svikt i behandling»

Av de 324 skadesakene som fikk medhold, fikk 52,2% medhold grunnet «svikt i behandling». Disse sakene utgjorde 31,8% av den totale andelen medholdssaker. Figur 8 viser at denne

medholdskategorien var dominert av skadediagnosen S62 - Brudd i håndledds- og håndregionen med en andel på 56,8%.

Av de 208 elektive sakene med medhold fikk 82,2% medhold grunnet «svikt i behandling». Disse sakene utgjorde 32,1% av den totale andelen medholdssaker. Figur 9 viser at medhold grunnet «svikt i behandling» var vanligst for samtlige av de elektive diagnosene. Diagnosen G56 - Mononeuropati i overekstremitet utgjorde 40,4% av kategorien.

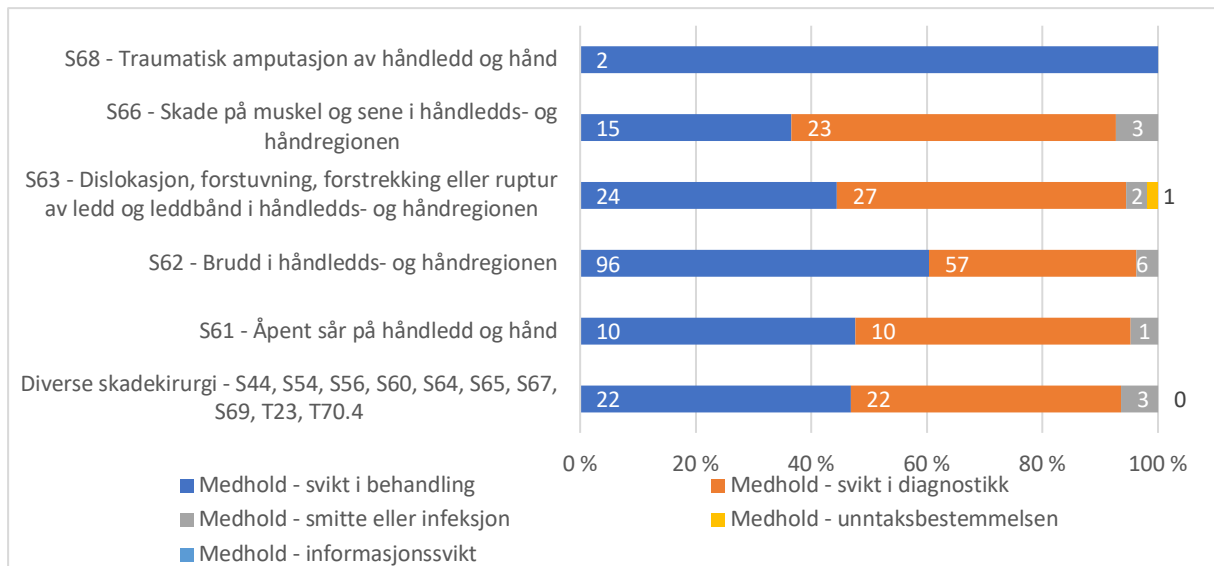
3.7.2 Medholdskategori «svikt i diagnostikk»

Av skadesakene fikk 42,9% medhold grunnet «svikt i diagnostikk» (figur 7). Disse sakene utgjorde 26,2% av den totale andelen medholdssaker. Medholdskategorien ble dominert av S62 - Brudd i håndledds- og håndregionen, med en andel på 41%. «Svikt i diagnostikk» var den vanligste medholdsårsaken for S63 - Dislokasjon, forstuvning, forstrekking eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds- og håndregionen og S66 - Skade på muskel og sene i håndledds- og håndregionen, med hhv 50% og 56% av medholdene i de to diagnosegruppene (figur 8). Blant de elektive sakene utgjorde kategorien «svikt i diagnostikk» kun 5,4% av årsaken til medhold.

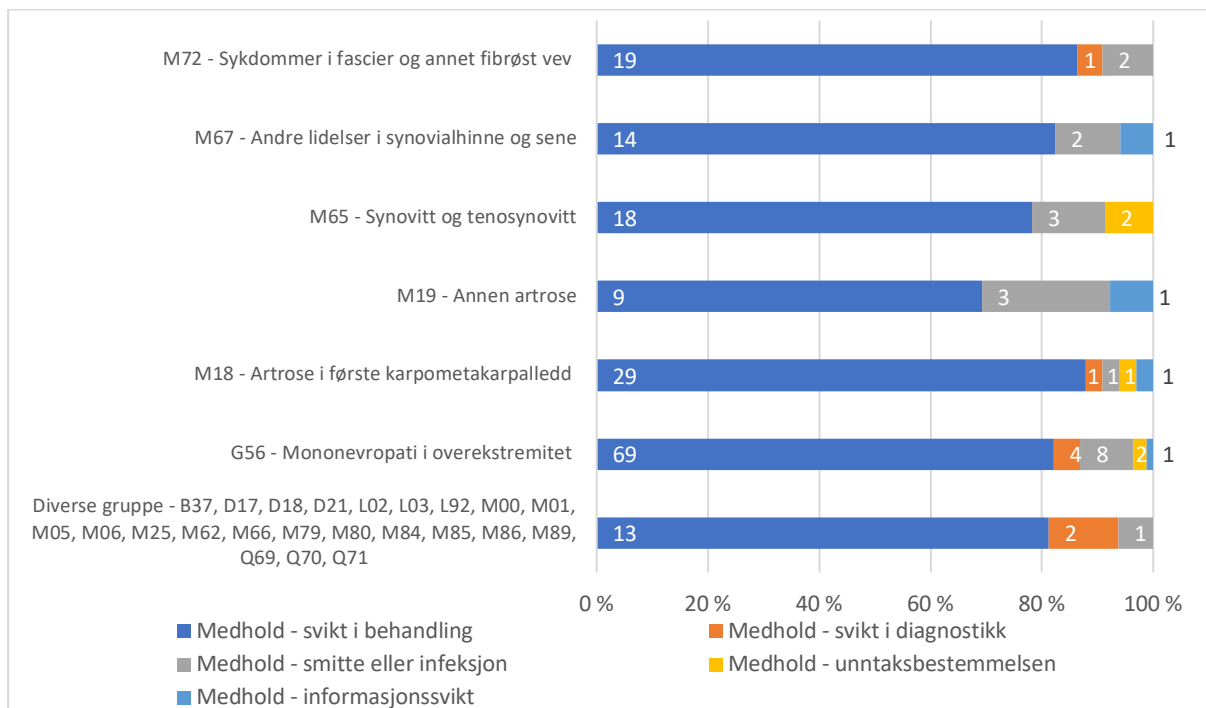
3.7.3 Medholdskategorier «smitte eller infeksjon, unntaksbestemmelsen og informasjonssvikt».

Skadesakene utgjorde 42,9% av medholdssakene grunnet «smitte eller infeksjon», mens de elektive sakene utgjorde de resterende 57,1%.

Medhold grunnet «unntaksbestemmelsen» eller «informasjonssvikt» var to grupper som utgjorde en svært liten del av medholdssakene med totalt 10 saker, hvor 1 av disse var skadesak og 9 var elektive saker.



Figur 8 Medholdskategori for skadesakene for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.



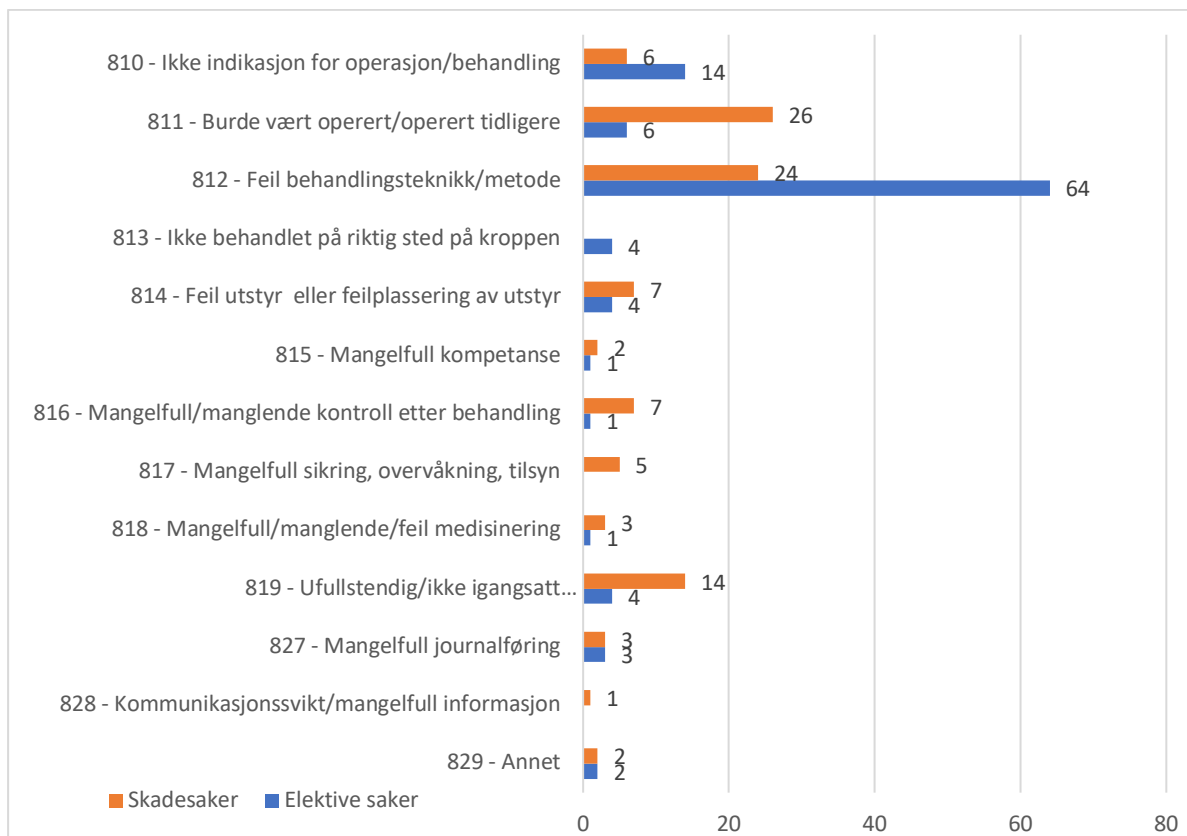
Figur 9 Medholdskategori for elektive saker for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.7.4 Medholdsårsak innen de ulike medholdskategoriene

Årsakskodene for medhold grunnet «svikt i behandling» og medhold grunnet «svikt i diagnostikk» utgjorde hhv 204 og 91 saker. Årsakskodene inkluderte totalt 295 saker fordelt med 186 skadesaker og 109 elektive saker.

3.7.4.1 «Svikt i behandling»

Hovedårsak til medhold ved «svikt i behandling» var kode 812 – Feil i behandlingsteknikk ved 24% av alle medholdssakene. Her dominerte de elektive sakene med 72,7% av sakene, mens skadesakene utgjorde de resterende 27,3%. Den nest hyppigst årsakskoden var kode 811 – Burde vært operert/ burde vært operert tidligere med 16% av alle medholdssakene. Her utgjorde skadesakene 81,3% og de elektive sakene 18,7%. Kode 810 – Ikke indikasjon for operasjon/ behandling utgjorde 10% av alle medholdssakene. Her utgjorde skadesakene 30%, og de elektive sakene 70%. Kode 819 – Ufullstendig/ ikke igangsatt behandling/ undersøkelse utgjorde 9% av alle medholdssakene. Kode 813 – Ikke behandlet på rett sted av kroppen inkluderte 4 elektive saker, hvor diagnosen var primær artrose i første karpometakarpalledd hvor man fjernet båtbeinet (skafoid) i stedet for trapezium.

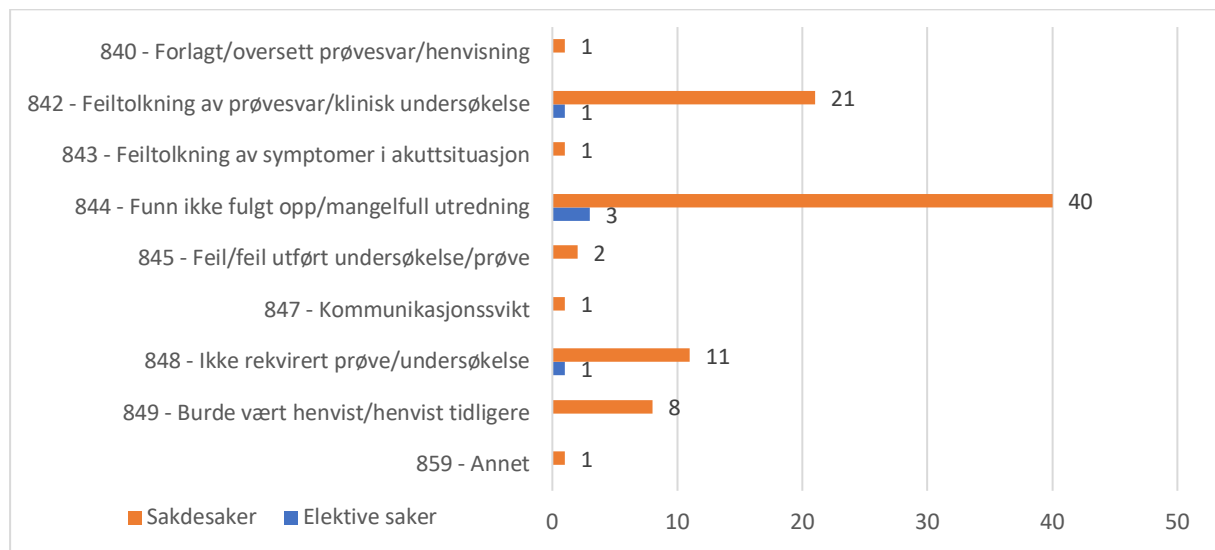


Figur 10 Viser årsak til svikt i behandling for medholdssakene fordelt på hovedgruppene for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.7.4.2 «Svikt i diagnostikk»

I denne gruppen var 48% av medholdene grunnet 844 – Funn ikke fulgt opp/ mangelfull utredning, 24% grunnet 842 – Feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse, 13% grunnet

848 – Ikke rekvirert prøve/ undersøkelse. Skadesakene dominerte i kategorien «svikt i diagnostikk» med 94,5% av sakene.



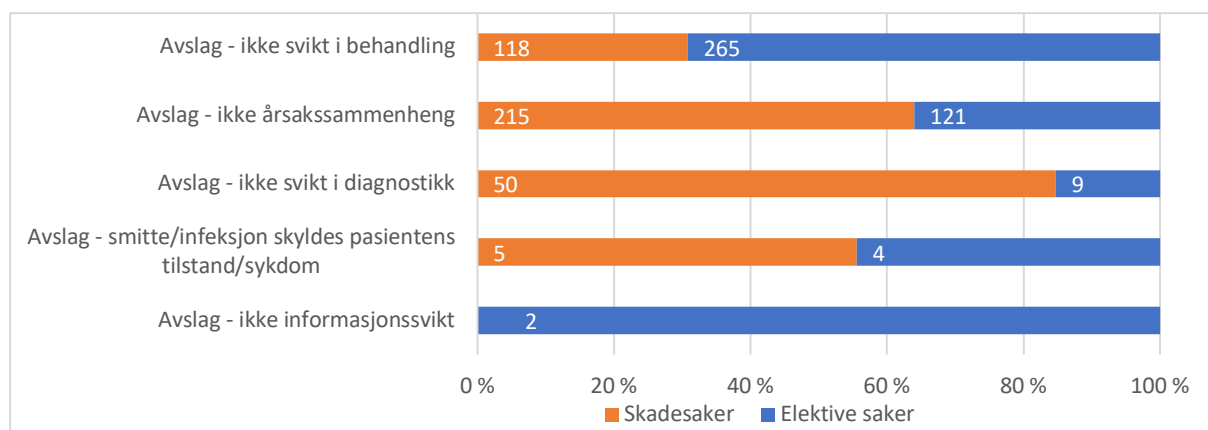
Figur 11 Årsak til svikt i diagnostikk for totalmaterialet for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.8 Inndeling av avslagssakene

De 789 avslagssakene inndeles i likhet med medholdssakene i fem kategorier.

Hovedkategorien til avslag for innmeldte klagesaker var «ikke svikt i behandling», og utgjorde 48,5% av alle avslagssakene. Derneft fulgte kategorien «ikke årsakssammenheng» med 42,6% og «ikke svikt i diagnostikk» med 7,5% av materialet. De resterende kategoriene «smitte/ infeksjon skyldes pasientens tilstand/sykdom» og «ikke informasjonssvikt» utgjorde hhv 1,1% og 0,3%.

Avslagssakene fordelte seg i 49,2% skadesaker og 50,8% elektive sakene. For kategoriene «ikke svikt i diagnostikk» og «ikke årsakssammenheng» dominerte skadesakene med hhv 84,7% og 64,0% av avslagssakene. De elektive sakene dominerte i kategorien «ikke svikt i behandling» med 69,2% av avslagssakene.



Figur 12 Fordeling av skade-og elektive avslagssaker etter avslagskategori for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.8.1 Avslagskategori «ikke svikt i behandling»

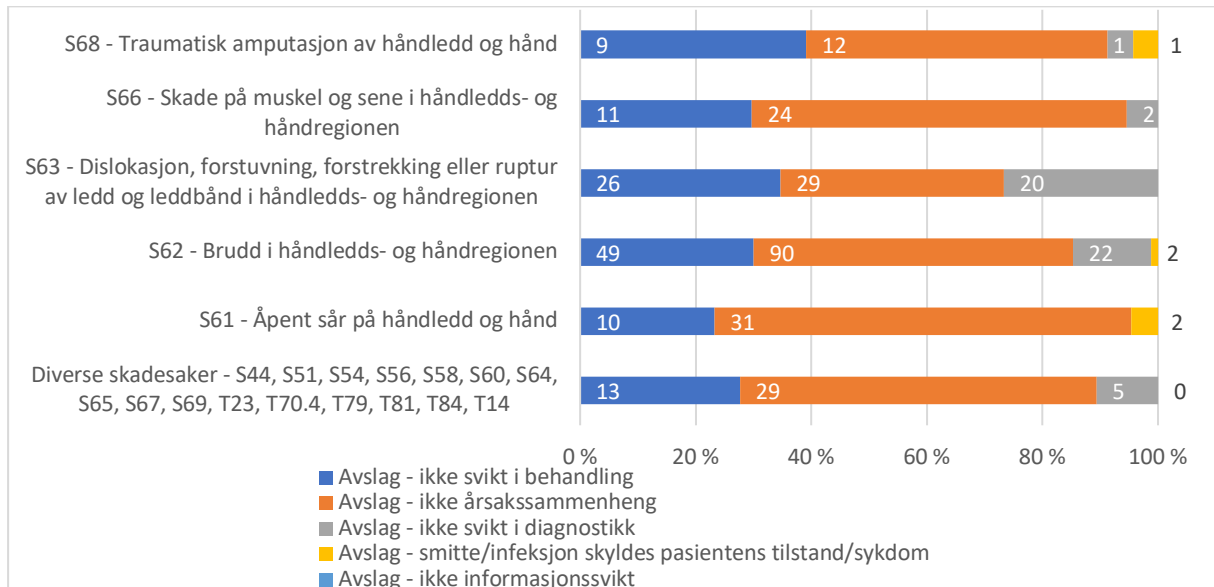
For skadesakene utgjorde avslagskategorien «ikke svikt i behandling» 30,4%, hvor den vanligste avslagsdiagnosen var S62 - Brudd i håndledds og håndregionen med 41,5% av denne avslagskategorien for skadesakene.

Figur 14 viser at de enkelte ICD-10-kodene for elektive sakene fulgte trenden for de elektive sakene generelt med at avslagskategori «ikke svikt i behandling» var vanligste avslagskategori. Denne avslagskategorien utgjorde 66,1% av de elektive sakene. Vanligste diagnose var G56 - Mononevropati i overekstremitet og M18 - Artrose i første karpometokarpalledd, som utgjorde hhv 30,9% og 23,0% av avslagskategorien for de elektive sakene.

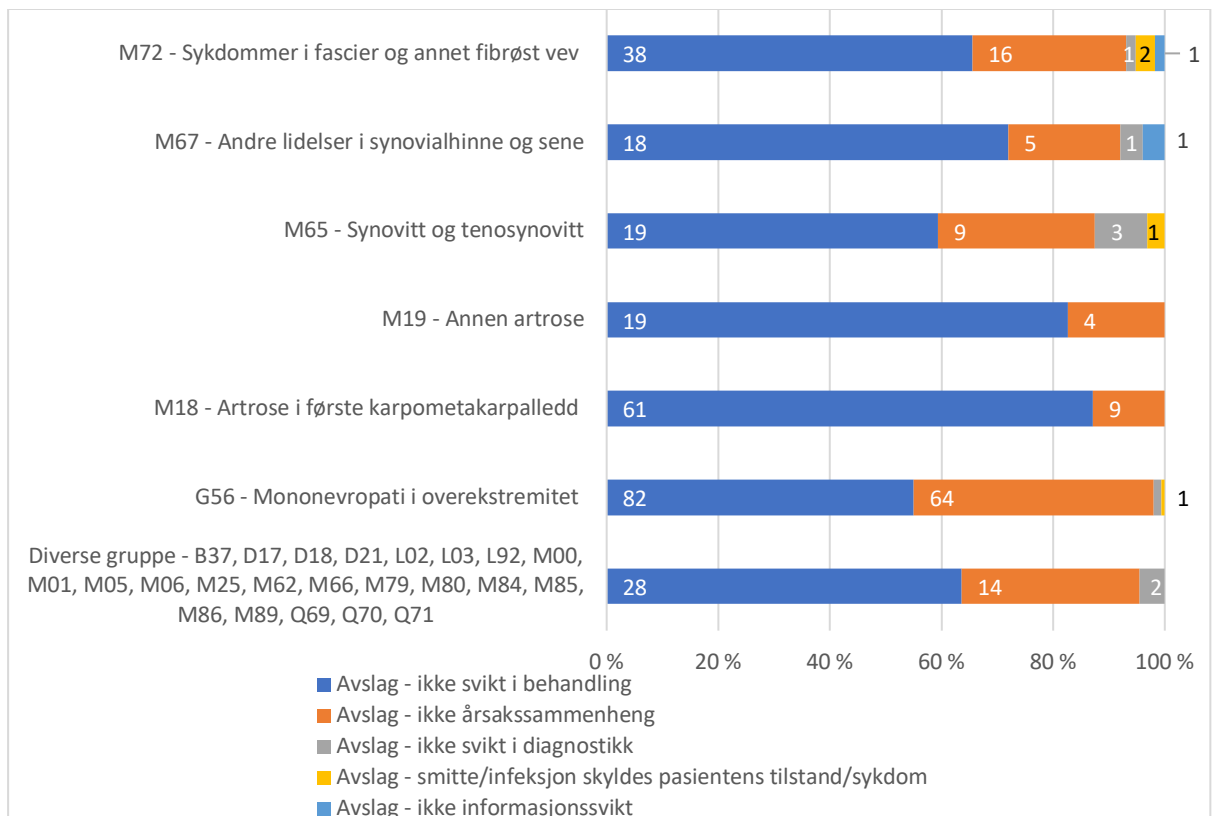
3.8.2 Avslagskategori «ikke årsakssammenheng»

Figur 13 viser at de enkelte ICD-10-kodene for skadesaker fulgte trenden for skadesakene generelt med at avslagskategorien «ikke årsakssammenheng» var hyppigste avslagskategori med 55,4% for skadesakene. Vanligste diagnose var S62 - Brudd i håndledds og håndregionen med 41,8% av avslagskategorien for skadesakene. S63 – Dislokasjon, forstuvning, forstrekking eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds- og håndregionen var den andre vanligste avslagsdiagnosen for skadesakene, og hadde 13,5% av

avslagskategorien. Av de elektive sakene er det G56 – Mononevropati i overekstremitet som var den vanligste i avslagskategorien med 52,9% av de elektive sakene.



Figur 13 Fordeling av avslagskategorier for skadesaker fordelt etter ICD-10 koder for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007-1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.



Figur 14 Fordeling av avslagskategorier for elektive saker fordelt etter ICD-10 koder for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007-1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

3.8.3 Skadetype ved avslagskategori «ikke svikt i behandling»

For sakene med «ikke svikt i behandling» var 660 - Smerter vanligste skadetype for både skadesakene med 23,7% og de elektive sakene med 41,5%. 660 - Smerter utgjorde 36% av avslagssakene innenfor avslagskategorien. Den nest vanligste skadetyper var 620 - Lokal nerveskade med 19,1% av avslagssakene innenfor avslagskategorien. Dette var også den nest hyppigste skadetyper for de elektive sakene med en andel på 23%. 671 - Funksjonsforstyrrelse var den tredje hyppigste skadetyper både for avslagskategorien med 17,5%, og for skadesakene og de elektive sakene for seg med 12,7% og 19,6%.

3.8.4 Skadetype ved avslagskategori «ikke årsakssammenheng»

Av alle sakene som fikk avslag grunnet «ikke årsakssammenheng» utgjorde 660 - Smerter 36%, med 26,5% for skadesakene og 52,9% for de elektive sakene. Den nest hyppigste årsaken 650 - Funksjonsforstyrrelse utgjorde ca. 26%, både for skadesakene og de elektive sakene. Tredje hyppigste årsak for skadesakene var 671 - Forsinket diagnostikk med 13,1% som også var tredje hyppigste årsak for skadesakene 18,6%. Den tredje hyppigste årsak for de elektive skadene var 620 - Lokal nerveskade med 9,9%.

3.8.5 Skadetype ved avslagskategori «ikke svikt i diagnostikk»

Av alle skadesaker som fikk avslag grunnet «ikke svikt i diagnostikk» var 660 - Smerter den største kategorien og utgjorde 28,0%. Nest hyppigste var 650 - Funksjonsforstyrrelse med 24,0%. Tredje hyppigste var 645 - Behandling ikke utført til riktig tid (unntatt medisiner) og utgjorde 20,0%. Av de elektive sakene fikk 9 avslag grunnet «ikke svikt i diagnostikk», hvor 6 av disse søkte grunnet 671 - Forsinket diagnostikk.

3.9 Vedtaksfordeling menerstatning

I totalmaterialet resulterte 40,3% av sakene i medhold, fordelt på 45,5% for skadesakene og 34,2% for de elektive sakene. Ved menerstatning er det antallet saker hvor det ble utbetalt menerstatning som legges til grunn. Det var totalt 105 medholdssaker hvor det ble utbetalt menerstatning (tabell 7), hvilket utgjorde 19,7% av det totale antallet medholdssaker.

Utbetalingen fordelte seg signifikant ujevnt mellom hovedgruppene, hvor skadesakene utgjorde 36,2% og de elektive sakene utgjorde 68,8% ($p < 0,05$).

3.9.1 Vedtaksfordeling menerstatning skadevolder

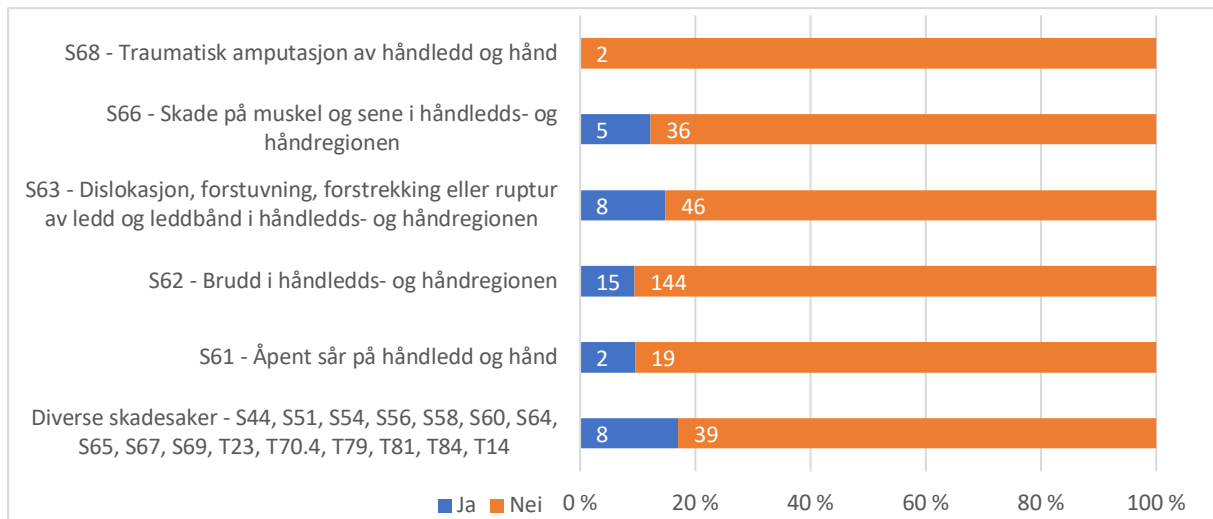
Blant skadesakene som fikk medhold og som fikk utbetalt menerstatning, utgjorde lokalsykehusene 57,9%, universitetssykehus 23,7% og universitetssykehus uten avdeling for håndkirurgi i 7,9%. I de elektive medholdssakene som fikk utbetalt menerstatning utgjorde lokalsykehus 64,2% av skadevolderne, universitetssykehus 16,4%, og universitetssykehus uten avdeling for håndkirurgi 9%.

Antall menerstatning utbetalt							
	Ja	Prosentandel menerstatning utbetalt av totalen	Prosentandel menerstatning utbetalt for gruppene	Nei	Prosentandel avslag menerstatning av totalen	Prosentandel avslag menerstatning for gruppene	Totalsum
Skadesak	38	2,9	5,3	674	51,0	94,7	712
Universitetssykehus	9	0,7	6,5	130	9,8	93,5	139
Universitetssykehus uten avd. for håndkirurgi	3	0,2	3,8	76	5,8	96,2	79
Lokalsykehus	22	1,7	5,4	384	29,1	94,6	406
Kommunal legevakt	4	0,3	4,7	81	6,1	95,3	85
Offentlig kjøp av helsetjenester	0	0,0	0,0	2	0,2	100,0	2
Annet	0	0,0	0,0	1	0,1	100,0	1
Elektiv sak	67	5,1	11,0	542	41,0	89,0	609
Universitetssykehus	11	0,8	12,2	79	6,0	87,8	90
Universitetssykehus uten avd. for håndkirurgi	6	0,5	12,5	42	3,2	87,5	48
Lokalsykehus	43	3,3	10,4	369	27,9	89,6	412
Kommunal legevakt	0	0,0	0,0	6	0,5	100,0	6
Offentlig kjøp av helsetjenester	5	0,4	11,4	39	3,0	88,6	44
Privatpraktiserende spesialister	2	0,2	22,2	7	0,5	77,8	9

Tabell 7 Antall menerstatning utbetalt for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

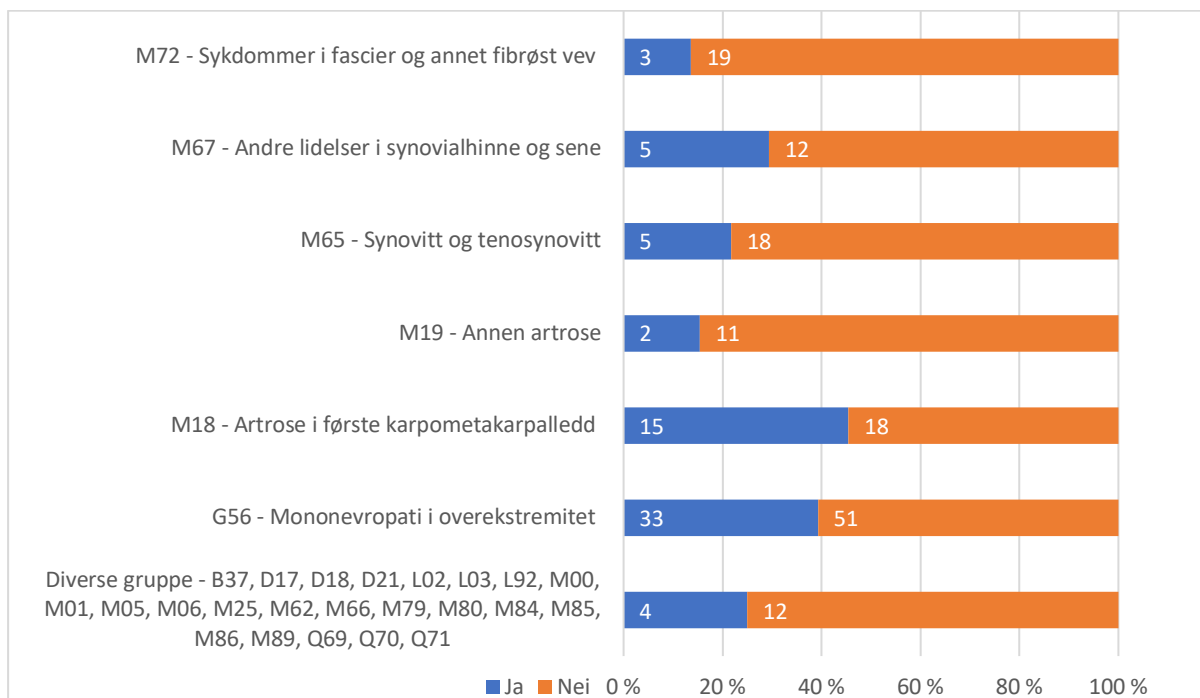
3.9.2 Fordeling av menerstatning på de ulike ICD-10 koder

Figur 15 og 16 viser hvordan det totale antallet utbetalte menerstatning ($n=105$) fordeler seg på de ulike ICD-10-kodene. Skadediagnosen S62 – Brudd i håndledds- og håndregionen (figur 15) var diagnosen med flest medhold, med en andel på 39,5% av medholdene som ga menerstatning. Dernest fulgte koden S63 – Dislokasjon, forstuvning, forstrekning eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds- og håndregionen og gruppen Diverse skadesaker, begge med en andel på 21,1% av menerstatning for skadesakene.



Figur 15 Fordeling menerstatning skadesaker for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

Figur 16 viser medholdssakene for de elektive diagnosene som fikk menerstatning (n=67). Av disse utgjorde diagnosen G56 – Mononevropati i overekstremitet 49,3%. Dette var også enkeltdiagnosen som fikk flest medhold og utgjorde 31,4% av alle menerstatningssakene uavhengig av skade eller elektiv diagnose. M18 – artrose i første karpometakarpalledd utgjorde 22,4% av utbetalt menerstatning for de elektive sakene. Disse to diagnosene hadde den høyeste andelen menerstatninger i forhold til det totale antallet for diagnosen, med hhv 39,3% og 45,5%.



Figur 16 Fordeling menerstatning elektive saker for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.

4 Diskusjon

4.1 Omfanget av håndlidelser

For perioden 2007- 1. halvår 2017 fattet NPE vedtak i 1321 saker tilknyttet de spesifikke ICD-10 kodene i vårt materiale innen fagområdet håndlidelser. Disse sakene utgjorde 4,3% av alle klagesakene innenfor de forskjellige helseforetakene som fikk vedtak i NPE i denne perioden, og omtrent 11% av de ortopediske klagesakene (30, 31). Prosentandelen medhold for totalmaterialet for håndkirurgiske lidelser var på 40,3% og lik den for ortopedien generelt, men 7,3% høyere enn for de ti største medisinske områdene i Norge (4).

Fordelingen mellom de to hovedgruppene skadesaker og elektive saker var ganske lik i materialet. For skadesakene var dog medholdsandelen så høy som 45,5%, som er nesten 12% høyere enn for den elektive håndkirurgien. En årsak til dette kan være at skadediagnoser innebærer en økt risiko for pasientskade sammenlignet med elektive diagnoser. En mulig forklaring kan være at kompleksiteten på skadene og de oppsatte ressurser til ivaretagelse av disse ikke matcher. Videre kan resultatene tilsi at det er en fordel med en i større grad planlagt behandling. Dette ser vi av at den elektive håndkirurgien har lik medholdsandel som de øvrige medisinske fagområdene (4).

Skadeårstall var jevnt fordelt over perioden fra 2007- 1. halvår 2017, med et avtagende antall fra 2015. Det avtagende antallet kan forklares med at NPE har en hovedregel på at erstatningskravet kan innmeldes senest 3 år etter at skaden oppstod. Reduksjonen i antall skader skyldes trolig at noen pasienter fortsatt er i behandlingsforløp eller ikke har rukket å melde inn saken sin, heller enn at antallet skader har gått ned de 3 siste årene av studieperioden.

Antall medholdsvedtak var gjennomsnittlig 40,3% medhold per år. Andelen medhold per år var jevn for perioden og det var en jevn andel vedtak per år. Dette funnet kan tyde på at behandlingskvaliteten stort sett er den samme, særlig da antallet klagesaker per år ikke har økt.

4.2 Alder og kjønn

Kvinner var hyppigst representert blant de elektive sakene, mens menn var hyppigst representert blant skadesakene. For skadesakene var det dessuten de yngre pasientgruppene som dominerte, mens for de elektive sakene var det de eldre. Det var en jevn kjønnsfordeling i totalmaterialet både for antall medhold og avslag. Det kan ikke utledes direkte av resultatet at de nevnte persongruppene er mest utsatt for de respektive skadeformene, da vi kun har frekvens av innmeldte klagesaker i oppgaven. Imidlertid kan resultatene tilsi at visse persongrupper er mer utsatt for visse former for skader. Det følger av annen statistikk at yngre menn er mer utsatt for skader generelt (29), noe som er i overenstemmelse med at yngre og menn meldte inn flest skadesaker. Innledningsvis nevnte vi en forventning om at for hovedgruppen skadesaker ville aldersgruppen vår bestå av yngre og yrkesaktive (3,6), noe som også stemmer med aldersspredningen for materialet vårt.

4.3 Fordelingen av skadevolder

Av alle innmeldte klagesaker til NPE viste resultatene våre at 2/3 av pasientene har vært behandlet ved lokalsykehus, noe som også gjelder for de to hyppigst innmeldte diagnosene S62 - Brudd i håndledds- og håndregionen og G56 - Mononevropati i overekstremitet. Dette kan tyde på et dose-respons-fenomen ettersom lokalsykehus behandler store pasientvolum. Dog skulle sistnevnte tilsi at man fikk større trening på den aktuelle behandlingen, og dermed skulle få færre skader. Et annet aspekt kan være at mange av de som behandles ved lokalsykehus ikke er fornøyd med resultatet, dvs. at pasienter behandlet ved lavere behandlingsnivåer «forventer» et dårligere behandlingsresultat enn om de hadde vært behandlet ved for eksempel universitetssykehus med håndkirurg. Det kan dermed hende at disse pasientene har vanskeligere for å slå seg til ro med behandlingsresultatet, uavhengig om det faktisk foreligger en pasientskade eller ikke, og følgelig ha lettere for å sende inn en klagesak til NPE.

Det er like mange innmeldte klagesaker for skade- og elektive saker ved lokalsykehus. Derimot ser vi at ved universitetssykehus med og uten avdeling for håndkirurgi utgjør 2/3 av klagesakene for skadesaker. Ved kommunal legevakt består klagesakene hovedsakelig av skadesaker. Det var imidlertid ingen variasjon i andelen medhold for skadesakene sett i

relasjon til hvor pasienten behandles, hvilket kan tyde på at de ulike nivåene i helsetjenesten gir like gode behandling for de skadediagnosene de behandler. Dette er overraskende siden skadesakene har klart flest medhold i datasettet, og at en derfor skulle tro at et behandlingsnivå ville ha utpekt seg. Vi ser at de diagnosekodene med flest medhold var skadediagnosekodene S62 - Brudd i håndledds- og håndregionen, S63 - Dislokasjon, forstuvning, forstrekking eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds- og håndregionen og S66 - Skade på muskel og sene i håndledds- og håndregionen, som inkluderer en god del enklere kirurgi som ofte behandles ved lokalsykehus. Lokalsykehusene har imidlertid ikke høyere andel medhold for diagnosene de behandler i forhold til hva universitetssykehusene har for diagnosene som behandles der, hvilket kan indikere at pasientene kanaliseres til riktig behandlingsnivå.

De elektive sakene hadde størst andel medhold ved universitetssykehus uten avdeling for håndkirurgi med 10% flere medhold enn ved de andre somatiske sykehusene. Dette kan indikere at de behandler kompliserte diagnoser som i seg selv har større sannsynlighet for medhold, uten at vi kan underbygge dette med data fra denne studien. En annen mulighet er at disse universitetssykehusene ikke innehar den kompetansen som kreves sammenlignet med de andre somatiske sykehusene. Diagnosen G56 - Mononeuropati i overekstremitet var den elektive diagnosen med flest saker og medhold, hvilket kan synes overraskende tatt i betraktning at inngrepet ansees som relativt enkelt og inngår i operasjonslisten til utdanningskandidatene i både ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi og nevrokirurgi. Den høyere andelen medhold ved Universitetssykehus uten avdeling for håndkirurgi lar seg derfor ikke helt forklare ut fra foreliggende data. Et dybdedykk videre i datamaterialet ville imidlertid kunne bedre forklare funnet.

Andel medhold for skadesakene var jevn i de ulike RHFene, mens det var store variasjoner for de elektive sakene. Helse Nord utpreger seg med signifikant høyere andel medhold enn helse Midt og helse Sør-Øst. Noen av de regionale helseforetakene har mer eller mindre formelle funksjonsfordelinger for å sikre at pasientene blir behandlet på riktig behandlingsnivå. Helse Nord utarbeidet en slik i 2014 (32), og det er mulig at denne vil gi positive utslag over tid.

Behandlingsresultater eller behandlingsskader avhengig av behandlingsnivå har ikke tidligere vært undersøkt for håndkirurgi i Norge. Vi kan altså ikke konkludere hvilket behandlingsnivå pasientskader forekommer hyppigst, da dette er noe man må se i relasjon til antallet behandlede pasienter. Det som derfor kan være interessant er å sammenligne resultatene våre opp mot pasientvolum per skadevolder og medhold for pasientsaker. Slik kunne man fått et bilde på hvor i helsetjenesten pasientskadesaker i størst grad skjer. Man kunne da konkludert med hvilket behandlingsnivå i helsesektoren det i størst grad er rom for forbedring.

4.4 Hva kjennetegner medholdssakene

De vanligste årsakene pasientene oppga da de søkte erstatning etter håndlidelser var smerter, funksjonsforstyrrelser eller at pasienten hadde fått forsinket behandling. Dette var uavhengig om pasienten fikk medhold eller avslag og gir grunn til å tro at pasienter forventer å være smertefrie og ha god til full funksjon etter behandling av både skader og elektive diagnoser.

«Svikt i behandling» var hovedårsaken til medhold i materialet vår, og det var en lik fordeling mellom skadesakene og de elektive sakene innenfor kategorien. De diagnosene som skilte seg ut som vanligste diagnoser for materialet vårt var S62 - Brudd i håndledds- og håndregionen og G56 - Mononevropati i overekstremitet. For å se på årsak til svikt i behandling har vi sett på årsakskodene for sakene med medhold. Den vanligste årsakskoden grunnet «svikt i behandling» eller «svikt i diagnostikk» var «uavklart». Dette skyldes at NPE innførte det interne kodesystemet med årsakskoder først i 2012. Dette betyr at vi for halvparten av datamaterialet vårt ikke har noen årsakskode. Av sakene fra og med 2012 var «feil i behandlingsteknikk» og det at pasienten «burde ha vært operert tidligere» de vanligste årsakskodene ved medhold grunnet «svikt i behandling». «Burde vært operert tidligere» var vanligst for skadesakene mens «feil behandlingsteknikk» var vanligst for de elektive sakene. Årsak til svikt i behandling ser ut til å være todelt. Svikten skjer trolig både på individnivå og systemnivå. Feil behandlingsteknikk skjer på individnivå ved at den fagkyndige velger feil behandlingsteknikk eller utfører prosedyren feil. Det kan imidlertid forekomme feil på avdelingsnivå ved at vaktplanen er satt opp slik at kompetansen til den

fagkyndige ikke er høy nok til at den kan utføre prosedyrer alene, men at kapasiteten er slik at prosedyrer og behandlinger blir utført av noen med lavere kompetanse enn ønsket.

«Burde ha vært operert tidligere» kan også være både en individuell svikt ved at hastegrad og alvorlighetsgrad vurderes feil, og en svikt på systemnivå ved at man ikke har kapasitet til å operere pasienten innen anbefalt tid. Pasientskader som skjer på individnivå ser derfor også ut til å passe inn under svikt på systemnivå. Dette fordi svikt på individnivå trolig kunne vært unngått dersom systemet for rutiner hadde vært desto strengere, og at helsevesenet hadde hatt større kapasitet slik at en eventuell underbemanning eller bemanning med for lav kompetanse unngås.

«Svikt i diagnostikk» var den andre vanligste årsaken til medhold. Her utgjorde skadesakene nesten hele kategorien. De vanligste diagnosene var S62 - Brudd i håndledds- og håndregionen, S63 - Dislokasjon, forstuvning, forstrekking eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds- og håndregionen og S66 - Skade på muskel og sene i håndledds- og håndregionen. Årsakskodene for svikt i diagnostikk som var vanligst var «mangelfull utredning» og «feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse». Årsak til svikt i diagnostikk skjer oftest på individuelt nivå. Det er ikke et system som feiltolker prøveresultater, feiltolker den kliniske undersøkelsen eller som kommuniserer dårlig, men kapasitet og vaktplaner kan bidra til svikten slik at svikt på systemnivå ikke kan utelukkes som årsak.

Det var få medhold grunnet «smitte eller infeksjon», «unntaksbetegnelsen» og «informasjonssvikt».

4.5 Menerstatning

Nesten 20 % av alle pasientene som fikk medhold for en pasientskade fikk menerstatning. Det vil si at 1/5 av alle pasienter med innvilget klage for håndskader i datamaterialet har endt opp med en invaliditet på over 15% etter behandling i helsevesenet. Siden hånden er liten anatomisk vil ikke en skade her gi en stor invaliditetsprosent, så for å få menerstatning og dermed være 15% invalid eller mer krever det at pasienten er svært skadet (33). Dette kan forklare hvorfor 4/5 av medholdssakene ikke fikk menerstatning.

Vi leser også av resultatene at elektive saker har dobbelt så høy prosentandel men-
utbetaling enn skadesakene. Det vil altså si at det er større risiko for å ende opp med en
varig og betydelig pasientskade når man behandles for en elektiv diagnose enn en
skadediagnose. Dette kan tilsa at karakteren ved de elektive sakene medfører større risiko
for betydelige og varige pasientskader under behandling.

Lokalsykehus hadde over halvparten av menerstatningssakene både for skadesakene og de
elektive sakene. Altså oppstår mer alvorlig pasientskade på behandlingsnivå med få
spesialister innen håndkirurgi. Dette kan bety at sentralisering av behandling for håndlidelser
kan redusere risikoen for betydelige og varige pasientskader.

Nesten halvparten av pasientene som har fått medhold for M18 - Artrose i første
karpometakarpalledd får utbetalt menerstatning. Like etter følger G56 - Mononevropati i
overekstremitet der nær 40% får menerstatning. Det vil si at nesten halvparten av
pasientene med disse diagnosekodene som har fått medhold har endt opp med invaliditet
på mer enn 15%. For å fastslå betydningen av å sentralisere håndkirurgien med sikte på å
redusere risiko for varig og betydelig pasientskade, må det imidlertid ses hen til hvilket
behandlingsnivå behandlingen av diagnosene som medfører størst andel menerstatning
forekommer. Dersom håndteringen av de diagnosene som i seg selv medfører størst andel
menerstatning stort sett forekommer på lavere behandlingsnivå, kommer vi ikke unna
spørsmålet om riktig kompetanse og om diagnosen behandles ved rett behandlingsnivå.

Ettersom vi snakker om innmeldte saker til NPE og ikke forekomst av pasientskader generelt,
kan vi ikke konkludere med hvilken skadevolder som hyppigst skader pasienter i den grad at
pasienten ender opp med en invaliditetsprosent over 15%. I så fall måtte vi ha sammenlignet
andelen menerstatning per skadevolder med pasientvolum per skadevolder. Slik kunne vi
fått et bilde på hvor i helsetjenesten de største og mest betydelige pasientskadene skjer, og
om noen diagnoser behandles ved feil behandlingsnivå.

4.6 Hva kjennetegner avslagssakene

«Ikke svikt i behandling» og «ikke årsakssammenheng» var de vanligste avslagsgrunnene og stod for 91,1% av avslagsårsakene. Behandlingssvikt var den vanligste årsaken til medhold og «ikke svikt i behandling» den vanligste avslagsgrunnen. Dette tyder på at det er behandlingen man forventer mest av, både fra medisinsk personell grunnet mengden medhold og fra pasientene grunnet mengden saker.

Så mange som 69,2% av de elektive pasientene fikk avslag grunnet «ikke behandlingssvikt». I de elektive sakene var smerter den vanligste meldte skadetypen. Dette kan tyde på at pasientene i avslagsgruppen forventer å bli smertefrie etter behandling, noe som igjen kan tyde på at man kan ha nytte av å sette av mer tid i konsultasjonene til å forklare konsekvensene av grunnlidelsen og mulig utfall av behandling til pasienten. På denne måten kan forventningene pasienten har til den aktuelle behandlingen bli mer realistiske og pasienten slipper skuffelsen over å fortsatt ha plager etter endt behandling.

Det var nesten dobbelt så mange skadesaker enn elektive saker som fikk avslag grunnet «ikke årsakssammenheng». Smerter og funksjonsforstyrrelser dominerte som vanligste meldte skadetype for både skadesakene og for de elektive sakene i denne kategorien. Dette kan være fordi det er vanskelig for pasientene å forstå sammenhengen mellom forventet resultat og konsekvensene av det å ha en håndlidelse. Pasienten kan ha store plager selv om det ikke utløser erstatning. Avslagssakene illustrerer derfor også hva pasienten sliter med grunnet håndlidelsen sin.

Det var svært få medhold (7,5%) grunnet informasjonssvikt. Dette gir grunn til å tro at pasientene informeres godt og at de som informerer er flinke til å dokumentere at informasjon har blitt gitt. PasOPP undersøkelse fra Folkehelseinstituttet 2016 viste imidlertid at 31% følte at de i liten/noen grad ikke fikk vite det som var nødvendig om resultater av prøver og undersøkelser. Nesten 1/3 følte at de i liten/noen grad fikk tilstrekkelig informasjon om diagnosen og plager (13). Mengden med avslag kan tyde på pasienten ikke har skjønt informasjonen eller at situasjonen har gjort at pasienten ikke har fått med seg

innholdet i informasjonen som har blitt gitt, dette kan være aktuelt innenfor alle avslagskategorier.

Det kunne vært interessant å gjøre en kvalitativ studie på hva pasienter ser for seg som resultat etter behandling for de ulike håndlidelsene, sammenligne deres forventninger opp mot mulige behandlingsresultater, og tilslutt sammenligne dette med sluttresultatet etter behandling.

4.7 Sterke og svake sider med oppgaven

Sterke:

- Vi er to som har jobbet sammen hele tiden og dobbeltsjekket hverandre.
- Antallet klagesaker er stort, både totalt og for hver av de to hovedgruppene.
- Dette er den første nasjonale studien om pasientmeldte skader for håndlidelser som har skjedd i helsetjenestens forskjellige nivåer. Siden studien er retrospektivt gir den mulighet for å kartlegge hvilke endelige konsekvenser skadene har medført.

Svake:

- Når vi har inndelt pasientsakene i diagnosegrupper og videre i undergrupper blir det små antall og mindre representativt resultat.
- NPE er ikke et melde- eller skaderegister, altså gir resultatene våre oss ingen oversikt over hvor mange pasientskader som faktisk skjer. Materialet vårt består kun av saker som pasienter har søkt pasientskadeerstatning for.
- Årsakskoder ble innført først i 2012, dvs. at vi har årsakskodene kun for siste halvdel av studieperioden vår. Vi har derfor en relativt stor gruppe som havner innenfor gruppen «uavklart». Det ville vært en fordel om alle sakene i materialet vårt hadde vært fra den perioden hvor sakene fikk en årsakskategori siden et så stort antall teoretisk sett vil kunne påvirke resultatene våre.
- Privat helsetjeneste ble inkludert i NPE sin pasientskadeordning i 2009. Klagesaker vi har fra pasienter behandlet hos privatpraktiserende spesialist gjelder altså ikke for de to første årene i vår definerte studieperiode.

- Søknadsprosessen: Det at en klagesak får avslag betyr ikke nødvendigvis at det ikke foreligger en pasientskade. Kravet er også et visst økonomisk tap, hvis ikke stor invaliditet. Kvaliteten på en søknad kan være avgjørende for om pasient får medhold/avslag for sin sak. Spørsmålet er om man i noen helseforetak er flinkere til å informere pasientene om hvordan de skal fylle ut erstatningssøknaden? Hva de skal vektlegge og ta med i søknaden?

Feilkilder:

- Pivoting; Ved alt arbeid med store tallmaterialet er det en mulighet for feilregistreringer.

4.8 Videre studier?

Dersom vi setter resultatene våre i sammenheng med et frekvensregister for hver variabel i problemstillingene vi besvarer, kan man konkludere mer generelt for de definerte håndlidelsene og ikke bare for de innmeldte klagesakene. Man kan da analysere klagesakene opp mot frekvensen av de definerte diagnosene, og se om de vanligste klagesakene også er de vanligste diagnosene som behandles. På denne måten kan man si noe om hvor god behandlingen er ved de forskjellige behandlingsnivåene og for de forskjellige diagnosene. Videre kan man analysere om spesifikke aldersgrupper eller kjønn melder inn flere klagesaker i forhold til hvor mange som behandles i disse pasientgruppene. Dette kan brukes for å si noe om man er bedre til å behandle enkelte pasientgrupper, men det kan også si noe om forventningene til de enkelte pasientgruppene.

5 Konklusjon

Håndlidelser med de 1321 innmeldte sakene til NPE fra 2007 til 1. halvår 2017 utgjør omtrent 11% av alle de ortopediske skadesakene i tidsperioden, og har samme andel medhold som ortopedien sett under ett. Begge fagene ligger 7,3% over andre fagområder (4), og er dermed de fagområdene med flest medhold i perioden 2007- 1. halvår 2017. Fordelingen av innmeldte saker for hovedgruppene skadesaker og elektive saker var nokså lik, men for skadesakene var medholdsandelen 12% høyere enn for de elektive håndlidelsene (hhv 45,5% og 34,2%). Det største volumet av innmeldte saker var diagnosekodene S62 - Brudd i håndledd og håndregionen og G56 - Mononevropati i overekstremitet. Behandlingen av begge disse diagnosene kan regnes som mindre kompleks kirurgi, og andelen saker kan indikere at disse diagnosene trenger et ekstra fokus. Yngre menn utgjorde hoveddelen av skadesakene, mens eldre kvinner utgjorde hoveddelen av de elektive sakene. Siden skadesakene utgjorde den største andelen av medholdssakene, er det menn og de i yrkesaktiv alder som i størst grad rammes av feil begått i helsevesenet for de definerte diagnosene for håndlidelser i materialet.

De fleste av pasientene ble behandlet ved lokalsykehus, men det er ikke større andel medhold her. Skadevolderen med størst andel medhold totalt sett var kommunal legevakt. For hovedgruppene var det skadesaker som hadde prosentvis flest medhold ved alle behandlingsnivåer, bortsett fra ved universitetssykehus uten avdeling for håndkirurgi hvor de elektive sakene dominerte. Det var imidlertid ingen forskjell i medholdsandel ved de forskjellige behandlingsnivåene for skadesakene. Vi antar at skadevolderne som behandler store volum pasienter med liten grad medhold, har behandlet håndlidelser som er tilpasset riktig behandlingsnivå. Skadevolderne med høyere andel medhold har antakelig behandlet pasienter som burde ha vært behandlet ved høyere behandlingsnivå. Av de regionale helseforetakene var det klagesakene fra Helse Nord som har størst andel medhold, og da spesielt for de elektive sakene.

Det var mest medhold grunnet behandlingssvikt for de elektive sakene, hvor en stor andel ble behandlet med «feil behandlingsteknikk». Skadesakene som fikk medhold grunnet feil behandling skulle i stor grad ha vært «operert tidligere». Det var skadesakene som

dominerte ved diagnostisk svikt, og disse hadde i stor grad «mangelfull utredning» og «feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse».

Omtrent 1/5 av alle som fikk medhold fikk også menerstatning, hvilket betyr at ca. 20% av pasientene har endt opp med en invaliditet på mer enn 15%. Det var flest elektive saker som resulterte i menerstatning til tross for at denne hovedgruppen hadde lavest medholdsprosent totalt sett.

Etter denne studien ser vi at enkle diagnoser som S62 - Brudd i håndledd og håndregionen samt G56 - Mononeuropati i overekstremitet utgjør store volum av klagesakene og av medholdssakene. Økt fokus på behandlingsrutiner vedrørende disse diagnosene med sikte på å bedre pasientsikkerheten vil kunne redusere andelen pasientskader. Dette kan også gi samfunnsøkonomisk gevinst.

Referanseliste

1. Clark DP, Scott RN, Anderson WR. Hand problems in an accident and emergency department. *J Hand Surg* 1985; 10B: 297–299.
2. Angermann P, Lohmann M. Injuries to the Hand and wrist. A study of 50,272 injuries. *J Hand Surg (Br)*. 1993, 18: 642-4.
3. Larsen CF, Mulder S, Johansen AM, Stam C. The epidemiology of hand injuries in The Netherlands and Denmark. *Eur J Epidemiol*. 2004;19(4):323-7.
4. Sintef. En komparativ analyse av spesialist- helsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007.
[https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/sintef_rapport_a12200-analyse_speshelsetjenesten_finland-sverige-danmark-norge.pdf\(02.05.19\)](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/sintef_rapport_a12200-analyse_speshelsetjenesten_finland-sverige-danmark-norge.pdf(02.05.19))
5. Dias JJ, Chung KC, Garcia-Elias M et al. Recommendations for the improvement of hand injury care across the world. *Injury* 2006; 37; 1078 – 1082 5.
6. Elberg JJ, Jorgensen HR, Larsen CF. Hand injuries. Epidemiology, medical and economic consequences. *Ugeskr Laeger* 1987; 149; 1096 – 1099.
7. Rosberg HE, Carlsson KS, Dahlin LB. Prospective study of patients with injuries to the hand and forearm: costs, function, and general health. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 2005; 39: 360-69.
8. Husby T, Walløe A, Willumstad Thomsen M. Behandler vi distale radiusfrakturer dårlig? Abstrakt i Vitenskapelige forhandlinger ved Kirurgisk høstmøte 2006. Oslo: Norsk kirurgisk forening, Den norske legeförening, 2006: 39.
9. Dagens medisin. Vil bedre behandlingen av håndleddsbrudd.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/12/08/vil-bedre-behandlingen-av-handleddsbrudd/> (11.10.17).
10. Kongsgaard UE, Fischer K, Pedersen TE, Bukholm RHK, Warncke T. Klagesaker etter nerveblokkade til Norsk pasientskadeerstatning 2001-2014. *Tidsskr Nor legefören* 2016; 136; 1989-92.
11. Clementsen S, Hammer OL, Engebretsen E, Jakobsen R, Randsborg PH. Compensation after Distal Radial Fractures. A Review of 800 claims to the Norwegian System of

- Patient Injury Compensation 2000-2013. The open orthopaedics journal October 2018; 12(1): 419-426.
12. Battiston B, LetiAcciaro A, DeLeo A. The Role of the FESSH Hand Trauma Committee in Europe. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2013; 45: 1–7.
 13. PasOpp-rapport 2016: 147. Pasienterfaring med norske sykehus i 2015. Oslo, Folkehelseinstituttet; 2016.
 14. Brukerundersøkelse Fase 2, 2017. Oslo, Norsk pasientskadeerstatning; 2017.
 15. Neal, R. D. (2009). Do diagnostic delays in cancer matter. *British Journal of Cancer*, 101(S2), S9-S12.
 16. Prince M. *Epidemiology*. I: Wright P, Stern J, Phelan M, red. *Core Psychiatry*. 3. Utg. Saunders Ltd.; 2012. s.126.
 17. Kang H. The prevention and handling of the missing data. *Korean J Anesthesiol* [elektronisk artikkel]. 2013 May [hentet 12.10.17]; 64(5): 402–406.
Tilgjengelig fra:
<https://www.ekja.org/search.php?where=aview&id=10.4097/kjae.2013.64.5.402&code=0011KJAE&vmode=FULL>
 18. Lippestad, J. W., Melby, L., Kilskar, S. S., & Øren, A. Evaluering av meldeordningen om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn; 2014. SINTEF-rapport 2014: 1.
 19. Smeby, S. S., Johnsen, R., & Marhaug, G. (2015). Documentation and disclosure of adverse events that led to compensated patient injury in a Norwegian university hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, mzv084.
 20. Helsetilsynet. Risikobildet av norsk kreftbehandling [Internett]. Oslo: Helsetilsynet; 2010. [7.10.17]. Rapport fra helsetilsynet 2010:4. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynet_rapport4_2010.pdf
 21. Thomassen KM. Når har man krav på erstatning for pasientskade? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1812–3.
 22. Norsk pasientskadeerstatning [Internett] Oslo; Norsk pasientskadeerstatning; 2017 [hentet 2017-09-28] Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Om-NPE/>
 23. Norsk pasientskadeerstatning [Internett] Oslo; Norsk pasientskadeerstatning gjennom 30 år; 2017 [hentet 2017-10-24] Tilgjengelig fra:

<https://www.npe.no/no/Om-NPE/Organisasjon/historien-til-norsk-pasientskadeordning/>

24. Pasientskadeloven. 2001. Lov om erstatning ved pasientskader mv. av 2001-06-15 nr. 53
25. Norsk pasientskadeerstatning [Internett] Oslo; Hva skal til for å få erstatning for en pasientskade?; 2017 [hentet 2017-09-28] Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/Soke-erstatning/Hva-skal-til-for-erstatning-pasientskade/>
26. Syse A, Kjelland M. Jørstad RG. Pasientskaderett. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2011. 536 s.
27. Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999-07-02 nr. 63.
28. Norsk pasientskadeerstatning [Internett] Oslo; Personvern; 2015 [hentet 2019-04-23] Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/behandling-av-pasientskadesaker/Personvern/>
29. Skadeforebyggende forum [Internett] Oslo; Fakta om personskader [hentet 2019-04-26] Tilgjengelig fra: <https://www.skafor.org/fakta/>
30. Statistikk for regionale helseforetak 2008-2012; Norsk pasientskadeerstatning 2012
31. Statistikk for regionale helseforetak 2013-2017; Norsk pasientskadeerstatning 2017
32. Kvernmo, H. D. Metodebok i håndkirurgi for Helse Nord. 1. Utg. Tromsø: Helse Nord; 2018. 268 s.
33. Invaliditetstabellen <http://www.skadesiden.no/17-nyttige-artikler/51-invaliditetstabell> (29.04.19)

Tabelliste

Tabell 1 Oversikt fra NPE statistikk for regionale helseforetak 2013-2017 som viser de ti største medisinske områdene for alle regionale helseforetak(4).....	2
Tabell 2 Vedtaksfordeling ICD-10 koder for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	14
Tabell 3 Medhold vs. Avslag sett i relasjon til kjønn for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	15
Tabell 4 Gruppering skadevolder og vedtaksfordeling for hovedgruppene og totalt for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	18
Tabell 5 ICD-10 koder fordelt etter skadevolder for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	20
Tabell 6 Fordeling av hovedgrupper og vedtak for de ulike RHF for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	21
Tabell 7 Antall menerstatning utbetalt for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	29

Figurliste

Figur 1 Vedtak per år vedrørende 1321 håndlidelser fra 2007 - 1. halvår 2017.....	13
Figur 2 Skadeårstall for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	13
Figur 3 Aldersfordeling for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	15
Figur 4 Antall innmeldte skadesaker etter aldersgruppe og diagnose for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	16
Figur 5 Antall innmeldte elektive saker etter aldersgruppe og diagnose for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	16
Figur 6 Fordeling av innmeldt skadetype kategorisert for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	17
Figur 7 Skade-og elektive saker inndelt etter medholdskategori for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser. Figuren viser antall skade- og elektive saker samt prosentandelen disse gruppene utgjør innen hver medholdskategori.....	21
Figur 8 Medholdskategori for skadesakene for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	23
Figur 9 Medholdskategori for elektive saker for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	23
Figur 10 Viser årsak til svikt i behandling for medholdssakene fordelt på hovedgruppene for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	24

Figur 11 Årsak til svikt i diagnostikk for totalmaterialet for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	25
Figur 12 Fordeling av skade-og elektive avslagssaker etter avslagskategori for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	26
Figur 13 Fordeling av avslagskategorier for skadesaker fordelt etter ICD-10 koder for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	27
Figur 14 Fordeling av avslagskategorier for elektive saker fordelt etter ICD-10 koder for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	27
Figur 15 Fordeling menerstatning skadesaker for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	30
Figur 16 Fordeling menerstatning elektive saker for 1321 innmeldte saker til NPE fra 2007- 1. halvår 2017 vedrørende håndlidelser.....	30

Vedlegg 1

Hoved-gruppe	Inndeling etter cut-off	ICD-10 kodegruppe	ICD-10 kode
Elektive saker	Diversegruppe	B37 candidainfeksjon	B372 candidainfeksjon på hud og negler
	Diversegruppe	D17 lipom	D172 lipom i hud eller subkutant vev på ekstremitet D179 lipom med uspesifisert lokalisasjon
	Diversegruppe	D18 hemangiom og lymfangiom, alle lokalisasjoner	D180 hemangiom, alle lokalisasjoner
	Diversegruppe	D21 andre godartede svulster i bindevev og annet bløtvev	D21 andre godartede svulster i bindevev og annet bløtvev D211 godartet svulst i bindevev eller annet bløtvev i overekstremitet, inklusive skulder
	G56 - mononevropati i overekstremitet	G56 mononevropati i overekstremitet, ekskludert fersk skade i nerve	G560 karpaltunnelsyndrom G561 andre skader i nervus medianus G562 skade i nervus ulnaris G563 skade i nervus radialis
	Diversegruppe	L02 kutan abscess, furunkel og karbunkel	L024 kutan abscess, furunkel og karbunkel på ekstremitet
	Diversegruppe	L03 cellulitt	L030 cellulitt på finger L030 cellulitt på finger
	Diversegruppe	L92 granulomatøse lidelser i hud og underhud	L923 fremmedlegemegranulom i hud og underhud
	Diversegruppe	M00 pyogen artritt	M008 artritt og polyartritt som skyldes andre spesifiserte bakterielle mikroorganismer
	Diversegruppe	M01 direkte leddinfeksjon ved infeksjonssykdommer og parasittsykdommer klassifisert annet sted	M0184 artritt i ledd mellom knokler i hånd ved annen infeksjonssykdom eller parasittsykdom klassifisert annet sted
	Diversegruppe	M05 seropositiv reumatoid artritt	M05 seropositiv reumatoid artritt M059 uspesifisert seropositiv revmatoid artritt
	Diversegruppe	M06 annen reumatoid artritt	M060 seronegativ revmatoid artritt M069 uspesifisert reumatoid artritt
	M18 - artrose i første karpometakarpalledd	M18 artrose i første karpometakarpalledd	M18 artrose i første karpometakarpalledd M180 primær bilateral artrose i første karpometakarpalledd M181 primær artrose i første karpometakarpalledd, uten opplysning om bilateral manifestasjon M182 posttraumatisk bilateral artrose i første karpometakarpalledd M184 annen bilateral sekundær artrose i første karpometakarpalledd M185 annen sekundær artrose i første karpometakarpalledd, uten opplysning om bilateral manifestasjon M189 uspesifisert artrose i første karpometakarpalledd
	M19 - annen artrose	M19 annen artrose	M19 annen artrose

			M19 annen artrose
			M190 primær artrose i andre ledd
			M1903 primær artrose i håndledd
			M1904 primær artrose i annet ledd mellom knokler i hånd
			M191 posttraumatisk artrose i andre ledd
			M1913 posttraumatisk artrose i håndledd
			M192 andre sekundære artroser
	Diversegruppe	M25 andre leddtilstander, ikke klassifisert annet sted	M255 leddsmerte
	Diversegruppe	M62 andre muskelsykdommer	M622 iskemisk infarkt i muskel
	M65 - synovitt og tenosynovitt	M65 synovitt og tenosynovitt	M65 synovitt og tenosynovitt
			M651 annen infeksjøs tenosynovitt
			M653 triggerfinger
			M6533 triggerfinger, underarm/håndledd
			M654 radial styloid tenosynovitt
			M6544 radial styloid tenosynovitt, hånd/fingre
			M658 annen spesifisert synovitt eller tenosynovitt
			M659 uspesifisert synovitt eller tenosynovitt
			M6594 uspesifisert synovitt eller tenosynovitt i hånd
	Diversegruppe	M66 spontan ruptur i synovialhinne og sene	M6624 spontan ruptur i strekkemusklene i hånd
	M67 - andre lidelser i synovialhinne og sene	M67 andre lidelser i synovialhinne og sene	M674 ganglion
	M72 - sykdommer i fascier og annet fibrøst vev	M72 sykdommer i fascier og annet fibrøst vev	M720 dupuytren's kontraktur
			M726 nekrotiserende fasciitt
	Diversegruppe	M79 andre bløtvevssykdommer, ikke klassifisert annet sted	M796 smerte i ekstremitet
	Diversegruppe	M80 osteoporose med patologisk brudd	M8002 osteoporose etter menopause, med patologisk brudd i overarm eller albueledd
	Diversegruppe	M84 avbrudd i knokkelkontinuitet	M841 forstyrret bruddtilheling og skafoid
	Diversegruppe	M85 andre forstyrrelser i bentetthet og benstruktur	M854 solitær bencyste
	Diversegruppe	M86 osteomyelitt	M86 osteomyelitt
	Diversegruppe	M89 andre lidelser i knokler	M890 sympatisk refleksdystrofi
	Diversegruppe	Q69 polydaktyli	Q691 medfødt deformitet av tommel
	Diversegruppe	Q70 syndaktyli	Q700 medfødte sammenvokste fingre
	Diversegruppe	Q71 reduksjonsdefekter i overekstremitet	Q713 medfødt forkortet langfinger

Skadesaker	Diversegruppe	S44 skade på nerver i skulder- og overarmsregionen	S442 skade på nervus radialis i overarmsregion
	Diversegruppe	S51 åpent sår på underarm, ekslu åpent sår på håndledd og hånd	S519 åpent sår på underarm, uspesifisert del
	Diversegruppe	S54 skade på nerver i underarmsregionen, ekskl skade på nerver i håndledd og hånd	S540 skade på nervus ulnaris i underarmsregion
			S541 skade på nervus medianus i underarmsregion
	Diversegruppe	S56 skade på muskel og sene i underarmsregionen, ekskl skade på muskel og sene i eller nedenfor håndledd	S561 skade på bøyemuskel eller -sene for finger i underarmsregion
			S562 skade på annen bøyemuskel eller -sene i underarmsregion
			S563 skade på strekke- eller sprikemuskel eller -sene for tommel i underarmsregion
			S564 skade på strekkemuskel eller -sene for finger i underarmsregion
			S567 skade på flere muskler eller sener i underarmsregion
			S568 skade på andre og uspesifiserte muskler og sener i underarmsregionen
	Diversegruppe	S58 traumatisk amputasjon av underarm, ekskl traumatisk amputasjon av håndledd og hånd	S58 traumatisk amputasjon av underarm
	Diversegruppe	S60 overflateskade på håndledd og hånd	S60 overflateskade på håndledd og hånd
			S600 kontusjon av finger uten skade på negl
			S600 kontusjon av finger uten skade på negl
			S602 kontusjon av annen del av håndledd eller hånd
	S61 - åpent sår på håndledd og hånd	S61 åpent sår på håndledd og hånd	S61 åpent sår på håndledd og hånd
			S610 åpent sår på finger uten skade på negl
			S611 åpent sår på finger med skade på negl
			S617 flere åpne sår på håndledd eller hånd
			S618 åpent sår på annen spesifisert del av håndledd eller hånd
			S619 åpent sår på uspesifisert del av håndledd eller hånd
	S62 - brudd i håndledds- og håndregionen	S62 brudd i håndledds- og håndregionen, ekskl brudd i distale deler av ulna og radius	S62 brudd i håndledds- og håndregionen
			S620 brudd i båtben i hånd
			S6200 lukket brudd i båtben i hånd
			S621 brudd i andre håndrotsben
			S6210 lukket brudd i andre håndrotsben
			S622 brudd i første metakarp
			S6220 lukket brudd i første metakarp
			S623 brudd i en annen metakarp
			S6230 lukket brudd i en annen metakarp
			S624 brudd i flere metakarper

		S6240 lukket brudd i flere metakarper
		S625 brudd i tommel
		S6250 lukket brudd i tommel
		S626 brudd i en annen finger
		S6260 lukket brudd i en annen finger
		S6261 åpent brudd i en annen finger
		S627 brudd i flere fingre
		S628 brudd i annen eller uspesifisert del av håndledd eller hånd
	S63 - dislokasjon, forstuvning, forstrekking eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds- og håndregionen	S63 dislokasjon, forstuvning, forstrekking eller ruptur av ledd og leddbånd i håndledds- og håndregionen
		S630 dislokasjon av håndledd
		S631 dislokasjon av finger
		S632 dislokasjon av flere fingre
		S633 traumatisk ruptur av leddbånd i håndledd og håndrot
		S634 traumatisk ruptur av leddbånd i finger ved metakarpofalangeal- og interfalangealledd
		S635 forstuvning eller forstrekking av håndledd
		S636 forstuvning eller forstrekking av finger
		S637 forstuvning eller forstrekking av annen eller uspesifisert del av hånd
	Diversegruppe	S64 skade på nerver i håndledds- og håndregionen
		S640 skade på nervus ulnaris i håndledds- eller håndregion
		S641 skade på nervus medianus i håndledds- eller håndregion
		S642 skade på nervus radialis i håndledds- eller håndregion
		S643 skade på fingernerve i tommel
		S644 skade på nerve i annen finger
		S647 skade på flere nerver i håndledds og håndregionen
	Diversegruppe	S65 skade på blodkar i håndledds- og håndregionen
	S66 - skade på muskel og sene i håndledds- og håndregionen	S66 skade på muskel og sene i håndledds- og håndregionen
		S660 skade på bøyemuskel eller -sene for tommel i håndledds- eller håndregion
		S661 skade på bøyemuskel eller -sene for fingre i håndledds- eller håndregion
		S661 skade på bøyemuskel eller -sene for fingre i håndledds- eller håndregion
		S662 skade på strekkemuskel eller -sene for tommel, håndledds- eller håndregion
		S663 skade på strekkemuskel eller -sene for fingre, håndledds- eller håndregion

		S665 skade på kort muskel eller sene for annen finger i håndledds- eller håndregion
		S666 skade på flere bøyemusklér og -sener i håndledds- og håndregionen
		S667 skade på flere strekkemusklér eller -sener i håndledds- eller håndregion
Diversegruppe	S67 knusningsskade av håndledd og hånd	S67 knusningsskade av håndledd og hånd
		S670 knusningsskade av tommel eller annen finger
S68 - traumatisk amputasjon av håndledd og hånd	S68 traumatisk amputasjon av håndledd og hånd	S680 fullstendig eller delvis traumatisk amputasjon av tommel
		S681 fullstendig eller delvis traumatisk amputasjon av annen enkeltfinger
		S682 fullstendig eller delvis traumatisk amputasjon av to eller flere fingre
		S683 fullstendig eller delvis traumatisk amputasjon av finger eller fingre kombinert med annen del av håndledd eller hånd
Diversegruppe	S69 andre og uspesifiserte skader i håndledd og hånd	S697 flere skader i håndledd eller hånd
Diversegruppe	T14 skade i uspesifisert kroppsregion	T141 åpent sår på uspesifisert kroppsregion
	T23 brannskade og etseskade på håndledd og hånd	T232 brannskade av andre grad på håndledd eller hånd
		T233 brannskade av tredje grad på håndledd eller hånd
		T234 etseskade av uspesifisert grad på håndledd og hånd
Diversegruppe	T70 virkning av høytrykksvæsker	T704 virkninger av høytrykksvæsker
Diversegruppe	T79 visse tidlige komplikasjoner til traume, ikke klassifisert annet sted	T793 posttraumatisk infeksjon
Diversegruppe	T81 komplikasjoner til kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted	T814 infeksjon etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted
Diversegruppe	T84 komplikasjoner ved innvendige ortopediske proteser, implantater og transplantater	T841 mekanisk komplikasjon ved innvendig fiksasjonsanordning for knokler i ekstremitet

Vedlegg 2

NPE søknadsskjema

1. Opplysninger om den som er skadet

Pasienten

Fornavn *		Fødselsnummer (11 siffer) *	
Etternavn *		Mellomnavn	
Telefon *	Mobiltelefon	E-post	

Folkeregistrert adresse *	
Postnummer og -sted *	Land *

Hvis du ønsker å motta post fra oss på en annen adresse enn den folkeregistrerte adressen, må du opprette digital postkasse. Du finner mer informasjon om dette på npe.no

Arbeidsgiver		Fastlegekontor	
Stilling		Fastlege	
Telefon		Adresse	

Skattekommune *	NAV-kontor *	Har pasienten søkt om erstatning i NPE tidligere? Oppgi saksnummer:
Forsikringselskap ¹	Har pasienten tilsynssak hos fylkesmannen eller Helsetilsynet? Oppgi fylke:	

(1) Dersom du har søkt eller fått utbetalt erstatning fra et forsikringselskap for den samme skaden du nå søker erstatning for hos NPE, ber vi om at du opplyser hvilket forsikringselskap dette gjelder.

Fulmektig

Er det pårørende/etterlatte, advokat, pasientombud eller andre som representerer pasienten i saken, må feltene nedenfor fylles ut. Navnet som føres opp, vil bli vår kontaktperson under saksbehandlingen. Det må da legges ved fullmakt. Vi anbefaler å bruke fullmaktsskjema på vår nettside www.npe.no. Kopi av gyldig legitimasjon fra pasienten må også vedlegges. En advokat som representerer erstatningssøker trenger ingen egen fullmakt.

Er pasienten død, trenger vi skifteattest for å behandle saken.

Er pasienten representert ved verge, må det legges ved vergeattest. Dette gjelder ikke mindreårige under 18 år.

Firmanavn		Adresse	
Fornavn *	Postnummer og -steds	Land	
Etternavn *	Telefon *	Mobiltelefon	
E-post			

2. Skadedato

Du må fylle ut dag, måned og år da pasientskaden skjedde. Dersom du ikke vet når skaden skjedde, kan du fylle ut et antatt tidspunkt.

Erstatningskravet må meldes senest tre år etter at du fikk, eller burde fått, kunnskap om skaden og den ansvarlige. Dersom det har gått mer enn tre år, kan saken ha blitt for gammel til at NPE skal behandle den (saken har blitt foreldet).

En skade som er eldre enn 20 år er normalt foreldet.

Oppgi dag, måned og år da pasientskaden skjedde: *

3. Behandlingssteder

Vi trenger informasjon om hvor du har fått behandling som kan knyttes til pasientskaden. Det gjelder behandlingsstedet eller behandlingsstedene du mener pasientskaden skjedde, og steder du har vært til behandling før og etter pasientskaden.

Behandlingssted der du mener pasientskaden skjedde

Fyll ut navn og adresse på behandlingsstedet du mener pasientskaden skjedde. Det er ekstra viktig at du fyller ut korrekt navn og adresse hos fastlege, tannlege, fysioterapeut o.l., så vi ikke sender ut personopplysningene dine til feil behandlingssted. Mener du pasientskaden har skjedd på flere behandlingssteder, fyller du ut navn og adresse på disse stedene også. I tillegg må du merke av i boksen til høyre.

Behandlingssteder før og etter pasientskaden

Har du i tillegg vært til behandling andre steder i tilknytning til pasientskaden, skal du også fylle ut disse behandlingsstedene. Det kan for eksempel være behandling hos fastlegen din, andre sykehus, røntgeninstitutt, fysioterapeut eller lignende. Fordi pasientskaden ikke har skjedd her, skal du ikke merke av i boksen til høyre.

(Fortsett på eget ark dersom det er flere behandlingssteder)

Behandlingssted *	Merk av her hvis du mener skaden skjedde på dette behandlingsstedet.
Adresse	
Postnummer Poststed	<input type="checkbox"/>

Behandlingssted *	Merk av her hvis du mener skaden skjedde på dette behandlingsstedet.
Adresse	
Postnummer Poststed	<input type="checkbox"/>

Behandlingssted *	Merk av her hvis du mener skaden skjedde på dette behandlingsstedet.
Adresse	
Postnummer Poststed	<input type="checkbox"/>

4. Saken gjelder

Vi ber deg om å skrive så kort og presist som mulig. Da vil vi lettere forstå hva saken gjelder. Vi vil innhente all nødvendig dokumentasjon i saken, inkludert medisinske journaler.

Bruk også dette feltet dersom det gjelder manglende behandling/henvisning eller forsinket diagnostikk.

Hva ble du behandlet for da pasientskaden skjedde? * *Eksempel: Jeg ble operert for lårhalsbrudd.*
(Fortsett på eget ark dersom du trenger mer plass)

Hvilken skade har du fått og hvordan mener du den oppsto? * *Eksempel: Under operasjonen ble bruddet satt sammen på feil måte, og jeg fikk betydelige smerter.*
(Fortsett på eget ark dersom du trenger mer plass)

5. Hvilke konsekvenser har skaden fått

For å ha rett til erstatning må du ha fått et økonomisk tap på minst 10 000 kroner, eller du må ha blitt påført en varig og betydelig medisinsk invaliditet (minst 15 prosent).

Det er derfor viktig at du svarer på spørsmålene nedenfor, slik at vi lettere kan vurdere om du fyller disse kravene.

Ta vare på kvitteringer og dokumentasjon på økonomisk tap. Vi vil be deg om å sende oss dette, dersom du får medhold i erstatningskravet ditt.

	Ja	Nei	Vet ikke
Mener du at skaden vil medføre tap på minst 10 000 kroner? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mener du at du har fått en varig og betydelig skade? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mener du at du har hatt noen utgifter som følge av skaden? * Hvis ja, beskriv under.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har skaden fått konsekvenser for arbeidet ditt? * Hvis ja, beskriv under.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Beskrivelse av utgiftene (Fortsett på eget ark dersom du trenger mer plass)

Beskrivelse av skadens konsekvenser for arbeidet ditt. (Fortsett på eget ark dersom du trenger mer plass)

Vedlegg 3




Variabel	Forklaring	Kategorisering
Hovedgruppe	Skadesaker bestående av «Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98)». Pasientene med ICD-10-kode som startet med andre bokstaver enn S og T ble kategorisert som elektive pasienter og fikk en egen diagnosekode.	Skadesaker Elektive saker
ICD-10 kode	Diagnosekode	Se vedlegg 2
Saksid.	Saksnummer for erstatningssøker, anonymiserer søker.	
Årsak til medhold/ avslag	Koden angir årsaken det blir gitt medhold for.	Medhold – svikt i behandling Medhold – svikt i diagnostikk Medhold – smitte eller infeksjon Medhold – informasjonssvikt Medhold – unntaksbestemmelsen Avslag – ikke svikt i behandling Avslag – ikke svikt i diagnostikk Avslag – ikke årsakssammenheng
Vedtak	Vedtak om medhold eller avslag.	Medhold Avslag
Kjønn		Mann Kvinne
Skadealder	Alder på pasient som søker erstatning.	
Medisinske område	Inndeling av medisinsk områder.	For dette studiet er medisinsk område "håndlidelser" hentet fra statistikkdatabasen.
Behandling	Kort-tekst om behandling som ble gitt da skaden oppsto	
Skadetype	NPE koder erstatningskravet i skadetyper basert på søknad fra pasient. Skadetype viser altså til skaden som pasienten krever erstatning for.	Generell manifestasjon: 601 - Generell infeksjon (blodforgiftning/sepsis) 602 - Allergisk reaksjon 603 - Toksisk reaksjon 604 - Forstyrrelse av sirkulasjon 605 - Forstyrrelse av respirasjon 606 - Forstyrrelse av sentralnervesystem Lokal manifestasjon: 610 - Lokal infeksjon 620 - Lokal nerveskade 621 - Leiringsskade (nerveskade pga. leie på operasjonsbordet) 630 - Lokal vevsskade (perforasjon, nekrose, strålebeh., tannskader) 631 - Ikke forventet estetisk resultat 635 - Tap av kroppsdel/organ 640 - Blødning, blodpropp(trombose/emboli), blodansamling (hematom) 645 - Behandling ikke utført til riktig tid (unntatt medisinerings) 646 - Mangelfull behandling/oppfølging 650 - Funksjonsforstyrrelse

		651 - Feilstilling 652 - Forsinket tilheling 660 - Smerter 670 - Feil diagnostikk 671 - Forsinket diagnostikk 672 - Feilmedisinering 673 - Bivirkninger 674 - Manglende/forsinket medisinering 680 - Psykiske plager 681 - Selvmord 682 - Selvmordsforsøk 690 - Annen eller ukjent form for skadetype 691 - Dekning av utgifter til behandling
Årsak til svikt i behandling/ diagnostikk	<p>Koden angir den bakenforliggende eller grunnleggende årsaken det blir gitt medhold for svikt i konservativ behandling, operativ behandling eller diagnostikk.</p> <p>Koding av årsak svikt i behandling/diagnostikk startet i 2012, altså har vi kun koder for pasientsaker fom 2012-2017. Dvs. 295 antall saker.</p> <p>Koder disse to medholdsårsakene pga. behov for å få fram den bakenforliggende årsaken til svikten i diagnostikk/behandling. Kan være mye forskjellig som ligger bak, i motsetning til «medhold - infeksjon» og «medhold - teknisk svikt» som er selvforklarende.</p> <p>Årsak svikt i behandling 810-829 Årsak svikt i diagnostikk 840-859</p>	810 – ikke indikasjon for operasjon/behandling 811 – burde vært operert/operert tidligere 812 – feil behandlingsteknikk/metode 813 – ikke behandlet på riktig sted på kroppen 814 – feil utstyr eller feilplassering av utstyr 815 – mangelfull kompetanse 816 – mangelfull/manglende kontroll etter behandling 817 – mangelfull sikring, overvåking, tilsyn 818 – mangelfull/manglende/feil medisinering 819 – ufullstendig/ikke igangsatt behandling 827 – mangelfull jorunalføring 828 – kommunikasjonssvikt/mangelfull informasjon 829 – annet 840 – forlagt/oversett prøvesvar/henvisning 842 – feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse 843 – feiltolkning av symptomer i akuttsituasjon 844 – funn ikke fulgt opp/mangelfull utredning 845 – feil/feil utført undersøkelse/prøve 847 – kommunikasjonssvikt 848 – ikke rekvirert prøve/undersøkelse 849 – burde vært henvist/henvist tidligere 859 - annet
Skade	Kort-tekst om skade, årsak til skade og følger av skaden.	
Skadedato	Dato da skaden oppsto	xx.xx.xxxx
Menerstatning utbetalt		Ja Nei
Skadevolder RHF		Helse Vest RHF Helse Sør-Øst RHF Helse Nord RHF Helse Midt-Norge RHF

<p>Skadevolder</p>	<p>Angir type helsetjenestested hvor skaden har skjedd.</p> <p>Skadevolder i en sak er behandlingsstedet der pasientskaden skjedde, uavhengig av hvor pasienten ble sluttbehandlet.</p> <p>Universitetssykehus uten avdeling for håndkirurg representeres av to universitetssykehus; Akershus Universitetssykehus og Stavanger Universitetssykehus.</p> <p>Kommunale legevakter blir registrert under skadevolderkategorien kommunal legevakt (primærhelsetjenesten), mens skadelegevaktene er registrert under somatiske sykehus.</p> <p>Annet; AMK sentral.</p>	<p>Lokalsykehus Universitetssykehus Universitetssykehus uten avd. For håndkirurgi Kommunal legevakt Offentlige kjøp av helsetjenester Privatpraktiserende spesialister Annet*</p>
--------------------	---	---



Sammendrag/GRADING artikler

Referanse: Rosberg HE, Carlsson KS, Dahlin LB. Prospective study of patients with injuries to the hand and forearm: costs, function, and general health. Scand J Plast Reconstr Hand Surg 2005; 39: 360-69.		Studiedesign: Prospektiv pasientserie	
Grade - kvalitet		3⊕⊕⊕	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Analysere utgifter og utfall for alvorlige hånd og armskader det første året etter et traume.</p> <p>Konklusjon</p> <p>Selv om arbeidsmiljø konstant har blitt forbedret over de siste tiårene fant de at håndskader på arbeidsplassen var de mest kostbare skadene, i form av både kostnader for helsejernerster og tap av produksjon, dette selv om alvorlighetsgraden i form av HISS-score ikke skilte seg fra skadene som skjedd i hjemmet eller på fritiden.</p> <p>Land</p> <p>Sverige</p> <p>År data innsamling</p> <p>28 januar 2002 og 27 januar 2003</p>	<p>Populasjon: 140 randomiserte pasienter 18-65år av de 2188 pasientene ved håndkirurgisk avdeling ved Malmö sykehus ble inkludert i studien. Inklusjonskriterier kunne lese spørsmålsskjemaet, skadet hånden eller armen den siste måneden. Eksklusjonskriterier infeksjon.</p> <p>Pasientene svarte på DASH(0 ingen funksjonsnedsettelse) – 100 full funksjonsnedsettelse) skjema og SF-36 (0-100, generell helse og livskvalitet) skjema ved første besøk på avdelingen og på mail etter 12 mnd. HISS ble brukt for å klassifisere alvorligheten av skaden.</p> <p>Kostnader innenfor helsesektoren, kostnader grunnnet tapte produksjon og totale kostnader ble evaluert.</p> <p>Statistiske metoder: All data presenteres med median. For å teste forskjeller mellom de fire alvorlighetsgruppene på de forskjellige tidspunkter, ble Kruskal-Wallis-testen brukt. En komplementær Bonferroni-korreksjon ble supplert. Sannsynligheten for mindre enn 0,05 ble vurdert som signifikant. Det ble brukt multipel regresjon og logaritmisk transformasjon for å vurdere faktorassosierte variasjoner i kostnader. Cox-regressionsanalyse stratifisering for mekanismer til skadene ble brukt for å analysere returnering til arbeid.</p>	<p>Hovedfunn: De fleste av de 45 inkluderte pasientene (median 42 år 16-64) var menn med alvorlig (n = 9) eller større (n = 36) skader med forskjellige type skader (amputasjoner n = 13; komplekse skader n = 18; store nerveskader n = 13; brann skade n = 1). Lilefingeren var den kroppsdelen som ble skadet oftest (26%). Mindre skader (52%) var vanligst, og hyppigste skadetype var fraktur (38%). De fleste pasientene ble skadet på fritiden (58%), på arbeid (31%), i hjemmet (11%). Kutt (28%) og fall (27%) var de vanligste skademekanismene. Skader påført av en maskin ga den høyeste mediane HISS verdien (40). DASH reduserte og økte, henholdsvis betydelig over tid i løpet av ett år. Totale kostnader (+ 34%) og kostnader for tapte produksjon var høyest for personer skadet på jobb. Faktorer assosiert med høyere helsejernerstekoster var alder > 50 år (+ 52%), skade på jobben (+ 40%) og delvis arbeidskraft markedsaktivitet (+ 66%). Kostnadene for tapte produksjon hadde en betydelig rolle i totale skadekostnader. Pasienter med store skader hadde lengre sykefravær, og høyere kostnader. Pasienter med alvorlige skader var mer sannsynlig å gå tilbake til jobb [(RR 3.76 (95% CI 1,38-10,22) fra Cox-regresjon, kontrollerer alder, kjønn og nærvær av nerveskade)].</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sjekkliste: • Er formålet klart formulert? Ja. • Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? Ja • Var inklusjonskriteriene klart definert? Ja • Var alle pasientene i samme stadium av sykdommen? Ja • Var responderaten høy nok? Ja • Ble det brukt objektive kriterier for å vurdere/validere endepunktene? Ja • Ved sammenligninger av pasienter, er seriene tilstrekkelig beskrevet? Ja • Er prognostiske/konfunderende faktorer beskrevet/tatt hensyn til i design? Uavklart. • Var registreringen prospektiv? Ja • Var oppfølgningen lang nok? Uavklart. • Var oppfølgningen tilstrekkelig for å nå endepunktene? Uavklart. • Stolte du på resultatene? Ja. • Kan resultatene overføres til praksis? Kan muligens sette inn forebyggende tiltak for å unngå skadene som fører til store kostnader. • Annen litteratur som støtter resultatene? <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke: Ikke diskutert. • Svakheter: Ikke diskutert. <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Usikkert.</p>

Referanse: Clementsen S, Hammer OL, Engebretsen E, Jakobsen R, Randsborg PH. Compensation after Distal Radial Fractures. A Review of 800 claims to the Norwegian System of Patient Injury Compensation 2000-2013. The open orthopaedics journal October 2018; 12(1): 419-426.		Studiedesign: Retrospektiv pasientstudie	
Formål		Grade - kvalitet	
Materiale og metode		3   	
Resultater		Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Distale radius frakturer er de vanligste frakturere hos mennesker. Formålet med studien er å vurdere saken sendt til Norsk pasientskadeerstatning etter behandling av distale radiusfrakturer i perioden 2000 til juni 2013.	Populasjon: Data fra alle saker mottatt av NPE vedrørende distale radialfraktureer (International Classification of Diseases ICD-10 diagnosekode S52.5) fra 2000 til juni 2013 ble samlet og kategorisert i grupper avhengig av aksept eller avvising av klagen. I begge grupper ble sakene sortert i henhold til typen primærbehandling, enten operativ eller konservativ. Pasientdemografi ble registrert, sammen med pasientens grunn(ler) for erstatningskravet, registrerte komplikasjoner og NPE's grunn(ler) for aksept eller avvising av kravet.	Hovedfunn Åtte hundre erstatningskrav ble mottatt. 43% av klagen fikk medhold, hvorav 71% hadde blitt behandlet konservativt og 29% hadde fått kirurgisk behandling. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i prosentandelen av medhold i gruppene som mottok forskjellig behandling (p = 0,3). 74% av klagen var fra kvinner. Forsinket kirurgi var den hyppigste fulgt årsaken til medhold med 40%, fulgt av feil kirurgisk teknikk med 27%. Revisjon kirurgi ble gjort i 160 (47%) av de 343 medholdene. Av disse var 103 (64%) pasienter behandlet konservativt og 57 (36%) hadde blitt operert primært (= 0,01). Smerte var den vanligste årsaken til klage. 26% av disse fikk medhold i klagen sin. Det var et høyere antall klager med medhold på sykehus med et befolkningssområde på mindre enn 100 000 mennesker i motsetning til større sykehus.	<ul style="list-style-type: none"> Sjekkliste: Er formålet klart formulert? Ja. Var inklusjonskriteriene klart definert? Ja. Alle S52.5 erstatningssøknader 2000 til juni 2013. Ble det brukt objektive kriterier for å vurdere/validere endepunktene? Ja, medhold/avslag. Ved sammenligninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet? Ja. Er prognostiske/konfunderende faktorer beskrevet/tatt hensyn til i design? Ja, er valgt et beskrivende design. Var registreringen prospektiv? Nei. Stoler du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Ja, man kan se på faktorene som ga medhold i ettertid. Annen litteratur som støtter resultatene? Ja. Hva diskuterer forfatterne som: <ul style="list-style-type: none"> Styrke: Ikke diskutert. Svakhet: Dataene er bare samlet fra NPE. Vanskelig å sammenligne Norge med andre land pga forskjellige klagesystemer. <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer? Uavklart.</p>
Konklusjon	Den vanligste årsaken til kompensasjon var forsinket intervensjon med mislykket reduksjon ved konservativ behandling. De fleste av kompensasjonene etter operasjonen skyldtes feil teknikk. Bare 30 pasienter med godkjente krav mottok volarplating. Smerte er ikke en gyldig grunn til erstatning på egen hånd. Det er en høyere risiko for å ende opp med en komplikasjon som fører til kompensasjon dersom pasienten behandles på et lite sykehus.	Utfall: 43% medhold. Statistiske metoder: Beskrivende statistikk ble brukt til å analysere pasientdemografi. Means og standarddevik ble rapportert for kontinuerlige variabler, og kategoriske data ble rapportert i frekvenser. Gruppene ble sammenlignet med uavhengig t-test eller X2-test. Cochran-Armitage-testen ble brukt til trendanalyse. Sykehusene ble sammenlignet med ANOVA etter å ha forsikret at grupper hadde like standardavvik (Bartlettts og Brown-Forsythe test), andp-verdier ble justert for flere tester ved Tukeys sammenligningstest. Alle tester var tosidige, og resultater med wif-verdier under 0,05 ble ansett som statistisk signifikante.	
Norge	Land		
2000-2013	År data innsamling		

Referanse: Larsen CF, Mulder S, Johansen AMT, Stam C: The epidemiology of hand injuries in the Netherlands and Denmark; European Journal of Epidemiology 19: 323–327, 2004.

Studiedesign: Tverrsnittstudie	
Grade - kvalitet	3 (😊😊😊)
Formål	Kvantifisere insidens og finne karakteristika ved håndskader som behandles ved akuttmottak i Nederland og Danmark.
Materiale og metode	Populasjon: Alle skader i hånd og håndledd som ble registrert av skaderegister i akuttmottak i Danmark og Nederland i 1997-1998 (Dutch injury surveillance system LIS og Danish accident register DAR). Sykehusene med LIS utgjorde 10% av sykehusene i Nederland, mens sykehusene med DAR dekker 14% av befolkningen i Danmark. Utfall – hoved utfall Håndskader er vanlig og utgjør ¼ av alle skader. Viktige konfunderende faktorer Ulykker i hjemmet og på fritiden var vanligste årsak til håndskader.
Resultater	Hovedfunn: Håndskader utgjør 29% av alle skader i Nederland (1800 per 100,000 innbyggere) og Danmark (3600 per 100,000 innbyggere). Majoriteten av pasientene var menn (62% i Nederland og 59% i Danmark). Det var flest skadde i alderen 10-14 år. 59% (Nederland) og 57% (Danmark) av skadene var grunnnet ulykker i hjemmet og på fritiden. 18% (Nederland) og 23% (Danmark) av skadene var arbeidsskader. Mange pasienter (53% i Nederland og 66% i Danmark) skadet seg grunnnet kontakt med et objekt som var i bevegelse eller et kuttende/penetrerende objekt. 33% i Nederland og 27% i Danmark skadet seg pga fall. Det vanligste skadestedet var fingre (52% i Nederland og 57% i Danmark). Resten av skadene var likt fordelt over skader i håndleddet og andre skader i hånden ekskludert fingrene. De vanligste skadetyperne var åpne sår og frakturer. 35% (Nederland) og 58% (Danmark) av pasientene i Nederland trengte ikke videre behandling, og 41% (Nederland) og 14% (Danmark) ble videre fulgt opp av poliklinikk. Men da både mindre alvorlige og alvorlige håndskader kan behandles på poliklinikk sier ikke dette noe om alvorligheten av skaden.
Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> • Var befolkningen utvalget er hentet fra, klart definert? Ja • Var utvalget representativt for befolkningsgruppen? Ja • Er det gjort rede for om (og evt. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? Ikke relevant. • Er svarprosenten høy nok? Ikke relevant. • Var datainnsamlingen standardisert? Ja. • Er objektive kriterer benyttet for vurdering av utfallsmålene? Ja. • Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? Ja. <p>GRADE-kriterer for kvalitetsvurdering: Bias: Sannsynlig seleksjonsbias. Inkonsistens: Nei. Indirekte: Nei. Upresise data: Nei. Publikasjonsskjøvet: Lite trolig. Assosiasjoner: Usikkert. Overall quality of evidence: Moderat</p>
Land	Nederland og Danmark
År data innsamling	1997-1998

Referanse: D. P. Clark, R. N. Scott, and I. W. R. Anderson. Hand Problems in an Accident and Emergency Department. From the Western Infirmary, Glasgow. VOL. 10-B No. 3 October 1985		Studiedesign: Pasientserie	
		Dokumentasjonsnivå	3,  
		Grade - kvalitet	
Formål	Materiale og metode	Hovedfunn	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Beskrive en pasientserie med håndskader ved akuttmottak, med tanke på kjønn, alder, tidspunkt for skade, skadetype og håndtering av skaden</p>	<p>Studien er en prospektiv pasientserie med 1074 deltakere. Studiepopulasjonen er alle pasienter som kom til akuttmottaket med en form for håndskade over en periode på 8 uker. Pasienter under 12 år ble ekskludert, og alle pasientene var enten henvist fra fastlege eller oppsøkte akuttmottaket selv.</p>	<p>1/5 av alle pasientene som kom til akuttmottaket i denne perioden hadde håndskader. 753 menn, 321 kvinner. 54% var i aldersgruppen 12-29 år. 48% av pasientene kom til akuttmottaket innen 2 timer etter skadedebut. Av disse hadde 91% bløtdelsskader, og 67% hadde laserasjonskade.</p> <p>26% ble skadet på jobb, 16% ble skadet i hjemmet og 39% under fritidsaktivitet. 121 (11,2%) av 779 som svarte, hadde drukket alkohol før skaden skjedde. 60% av 721 pasienter hadde skadet sin dominante hånd.</p> <p>Totalt sett hadde 82% bløtdelsskader. 1/6 hadde skade på benstrukturer, oftest skader på metakarp. 153 pasienter hadde fraktur, hvorav 126 var lukket. 95 pasienter hadde infeksjon i hånda, 57 av disse var lokalisert. 423 pasienter ble sendt til røntgen.</p> <p>1057 pasienter ble behandlet på akuttmottaket. 56 pasienter ble kategorisert som øyeblikkelig hjelp, der 55 ble operert av en håndkirurg innen 24 timer. 23 av pasientene med fraktur trengte intern fiksasjon. Antibiotika ble forskrevet til 73 pasienter (7%).</p> <p>70% av pasientene ble behandlet i akuttmottaket og sendt hjem for oppfølging hos fastlege. 1/5 ble henvist til håndspesialist. Det var i gjennomsnitt 1 innleggelse per dag, hvor alle bortsett fra ett tilfelle krevde en form for kirurgisk inngrep.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er formålet klart formulert? Nei Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? Nei Var inklusjonskriteriene klart definert? Ja Var alle pasientene i samme stadium av sykdommen?* Nei Var responderaten høy nok?* Ja Ble det brukt objektive kriterier for å vurdere/validere endepunktene? Nei Ved sammenligninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet?* Ja Er prognostiske/konfunderende faktorer beskrevet? Ja Var registreringen prospektiv? Ja Var oppfølgningen lang nok? Usikkert Var oppfølgningen tilstrekkelig for å nå endepunktene? Ja Stoler du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Ja
Konklusjon	<p>Håndskader er vanlige skader som kan behandles enkelt med adekvat opplæring av nyutdannede leger</p>		
Land	Viktige konfunderende faktorer		
Skottland	Nedslagsfeltet for studien dekker en populasjon som kommer fra et industriområde. Dette kan ha innvirkning på hvor mange håndskader som ble observert i løpet av de 8 ukene på akuttmottaket.		
År data innsamling			
Mars-mai 1983			

<p>Referanse: P Angermann, M. Lohmann: Injuries to the hand and wrist. A study of 50,272 injuries. From the Danish European Home and Leisure Accident Surveillance System (EHLASS) Project, National Board of Health and National Consumer Agency, and the Department of Orthopaedic Surgery, Hand Unit, Gentofte University Hospital, Copenhagen, Denmark. Journal of Hand Surgery (British and European Volume, 1993) 18B: 642-644</p>		<p>Studiedesign: Pasientserie</p>																															
<p>Formål</p> <p>Undersøke årsak, karakter og behandling av håndskader ved fem akuttinntak over 2 år.</p>		<p>Dokumentasjonsnivå og GRADE 3, @, @, @</p>																															
<p>Materiale og metode</p> <p>Studien er en retrospektiv pasientserie med materiale hentet fra dataarkiv fra Danish part of the European Home, Leisure Accident Surveillance System (EHLASS) og overvåkingssystemen for arbeids- og trafikulykker. Data ble samlet fra 1990-1991 fra akuttmottaket ved fem sykehus med nedslagsfelt på 677 570 innbyggere.</p>		<p>Diskusjon/kommentarer/sjekkliste</p> <p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er formålet klart formulert? Ja Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? Nei Var inklusjonskriteriene klart definert? Ja Var alle pasientene i samme stadium av sykdommen? Usikkert Var responsraten høy nok? Ja Ble det brukt objektive kriterier for å vurdere/validere endepunktene? Nei Ved sammenligninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet? Ja Er prognostiske/konfunderende faktorer beskrevet? Ja Var registreringen prospektiv? Nei Var oppfølgingen lang nok? Ja Var oppfølgingen tilstrekkelig for å nå endepunktene? Ja Stoler du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til praksis? Ja Annem litteratur som støtter resultatene? Både og. For resultatet om at hånd- og håndleddsskader skjer på jobb i 26% av tilfellene. Hva diskuterer forfatterne som styrker og svakheter: Ikke diskutert 																															
<p>Land</p> <p>Danmark</p>		<p>Resultater</p> <p>50 272 håndskader ble observert i studieperioden. 34% av skadene skjedde i hjemmet, 26% som en yrkesskade, 35% skjedde under fritidsaktivitet, og 5% i trafikulykker.</p> <p>38% var kvinner og 62% var menn. Gjennomsnittsalderen var 29 år. Gjennomsnittsalderen var høy ved skader som skjedde i hjemmet og på jobb, men lavere for skader som skjedde under fritidsaktivitet.</p> <p>Table 1—Median age and sex distribution (%) in the activity groups</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Home</th> <th>Leisure</th> <th>Work</th> <th>Tydfic</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Median age</td> <td>32.19</td> <td>23.82</td> <td>32.51</td> <td>27.16</td> <td>29.05</td> </tr> <tr> <td>Male</td> <td>9503 (56)</td> <td>9888 (55)</td> <td>9978 (77)</td> <td>1549 (61)</td> <td>30918 (62)</td> </tr> <tr> <td>Female</td> <td>7439 (44)</td> <td>7935 (45)</td> <td>2972 (23)</td> <td>1008 (39)</td> <td>19354 (38)</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>16942 (34)</td> <td>17823 (35)</td> <td>12950 (26)</td> <td>2557 (5)</td> <td>50272 (100)</td> </tr> </tbody> </table>			Home	Leisure	Work	Tydfic	Total	Median age	32.19	23.82	32.51	27.16	29.05	Male	9503 (56)	9888 (55)	9978 (77)	1549 (61)	30918 (62)	Female	7439 (44)	7935 (45)	2972 (23)	1008 (39)	19354 (38)	Total	16942 (34)	17823 (35)	12950 (26)	2557 (5)	50272 (100)
	Home	Leisure	Work	Tydfic	Total																												
Median age	32.19	23.82	32.51	27.16	29.05																												
Male	9503 (56)	9888 (55)	9978 (77)	1549 (61)	30918 (62)																												
Female	7439 (44)	7935 (45)	2972 (23)	1008 (39)	19354 (38)																												
Total	16942 (34)	17823 (35)	12950 (26)	2557 (5)	50272 (100)																												
<p>Ar data innsamling</p> <p>1990-1991</p>		<p>Kun antall skader som skjedde under fritidsaktivitet økte fra 1990 til 1991, mens de resterende stedene for skade holdt seg jevn. Skader som oppsto under sport sto for 15% av alle håndskadene. 73% av trafikkskadene var relatert til sykler og 11% til moped. Blant yrkesskader skjedde 58% i produksjonsanlegg.</p> <p>62% av skadene var på fingrene, men håndleddsskader og metakarp-skader var høy ved trafikulykker.</p> <p>Table 3—The regional distribution (%) of the injuries in the activity groups</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Home</th> <th>Leisure</th> <th>Work</th> <th>Tydfic</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fingers</td> <td>10491 (62)</td> <td>10537 (59)</td> <td>9342 (72)</td> <td>829 (32)</td> <td>31199 (62)</td> </tr> <tr> <td>Hand</td> <td>4298 (25)</td> <td>3968 (22)</td> <td>2784 (21)</td> <td>942 (37)</td> <td>11992 (24)</td> </tr> <tr> <td>Wrist</td> <td>2153 (13)</td> <td>3318 (19)</td> <td>824 (6)</td> <td>786 (31)</td> <td>7081 (14)</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>16942</td> <td>17823</td> <td>12950</td> <td>2557</td> <td>50272</td> </tr> </tbody> </table> <p>Skademekanismen var i 96% av tilfellene enten kutt, bitt, slag og fall sto for 96% av håndskadene. Den vanligste skaden på fingre og metakarpene var sår, etterfulgt av kontusjonsskader og fraktur. For håndledd var fraktur vanligst. Sår var vanligste skade som skjedde i hjemmet og som yrkesskade, mens fraktur var vanligst under fritidsaktivitet og trafikkskader. Nerveskader ble påvist i 0,1% av tilfellene totalt.</p> <p>54% av pasientene ble ferdigbehandlet i akuttmottaket og ikke henvist videre. 30% ble rådet til oppfølging hos fastlege, 13% ble henvist til sykehus for poliklinisk behandling, mens 2% ble innlagt for videre behandling og observasjon. Den vanligste årsaken til innleggelse var fraktur fulgt av seneskader og sår. Gjennomsnittlig tid for innleggelse var 3,4 dager.</p>			Home	Leisure	Work	Tydfic	Total	Fingers	10491 (62)	10537 (59)	9342 (72)	829 (32)	31199 (62)	Hand	4298 (25)	3968 (22)	2784 (21)	942 (37)	11992 (24)	Wrist	2153 (13)	3318 (19)	824 (6)	786 (31)	7081 (14)	Total	16942	17823	12950	2557	50272
	Home	Leisure	Work	Tydfic	Total																												
Fingers	10491 (62)	10537 (59)	9342 (72)	829 (32)	31199 (62)																												
Hand	4298 (25)	3968 (22)	2784 (21)	942 (37)	11992 (24)																												
Wrist	2153 (13)	3318 (19)	824 (6)	786 (31)	7081 (14)																												
Total	16942	17823	12950	2557	50272																												
<p>Viktige konfunderende faktorer</p> <p>Resultatene baser seg utelukkende på pasienter tatt i mot og behandlet i akuttmottak. Polikliniske pasienter er ikke tatt med i studien, og oversikten over sekundære henvisninger og innleggelse etter poliklinisk behandling er ikke registrert. Andelen sykehusinnleggelse er derfor underestimert.</p>																																	

<p>Referanse: Klager etter nerveblokkade til Norsk pasientskadeerstatning 2001-14. Tidsskr Nor Legerforen nr. 23-24, 2016; 136</p>		<p>Studiedesiggn: Pasientserie</p>
<p>Formål</p>		<p>Dokumentasjonsnivå og GRADE</p> <p>3. 🟡 😊 😊</p>
<p>Materiale og metode</p>	<p>Resultater</p>	<p>Diskusjon/kommentarer/sjekkliste</p>
<p>Undersøke hva som kjennetegnet sentrale og perifere nerveblokkader i forbindelse med anestesi som ledet til erstatningskrav</p>	<p>Materialet består av anonymiserte data fra Norsk pasientskadeerstatnings database med saker fra 2001 til 2014 innenfor fagområdet anestesiologi med kode for sentrale og perifere blokkader. Sakene ble bedømt ut fra variabler som type anestesi, kjønn, alder, diagnose, skadetype, skadelokaliserig, erstatningsbeløp og tekster som beskriver behandling og skade.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet klart formulert? Ja • Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? Nei • Var inklusjonskriteriene klart definert? Ja • Var alle pasientene i samme stadium av sykdommen? Usikkert • Var responderaten høy nok? Ja <p>Ble det brukt objektive kriterier for å vurdere/validere endepunktene? Usikkert</p> <p>Ved sammenligninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet? Ja</p> <p>Er prognostiske/konfunderende faktorer beskrevet tatt hensyn til i design? Nei</p> <p>Var registreringen prospektiv? Nei</p> <p>Var oppfølgningen lang nok? Ja</p> <p>Var oppfølgningen tilstrekkelig for å nå endepunktene? Ja</p> <p>Stoler du på resultatene? Ja</p> <p>Kan resultatene overføres til praksis? Ja</p> <p>Annem litteratur som støtter resultatene? Ja</p>
<p>Konklusjon</p>	<p>Informasjon om medhold og avslag, samt utbetalingsbeløp ble også hentet ut fra NPE's register.</p>	<p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke <ul style="list-style-type: none"> • Studien gir komplett bilde av hvilke anestesi-relaterte saker Norsk Pasientskadeerstatning har behandlet over en lang tidsperiode. • Svakhet <ul style="list-style-type: none"> • Mangler i den standardiserte informasjonen.
<p>Land</p>	<p>Norge</p>	
<p>År data innsamling</p>	<p>2001-2014</p>	