

Klager, avviksmeldinger og pasientskadesaker kan gi kunnskap om hvordan helsetjenesten kan bli bedre

Klager og kvalitet i nevrokirurgi

Ved å studere klager, avviksmeldinger og pasientskadesaker kan man identifisere svakheter i praksis og metoder. Den faglige ledelse og medarbeidere må vise vilje til å lære av tilfeller som pasienter, pårørende og helsepersonell har funnet grunn til å ta opp. I dette nummer av Tidsskriftet presenterer kolleger fra Nevrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge en analyse av nevrokirurgiske klagesaker (1).

Klager som fremsettes overfor en klinisk avdeling, blir i noen tilfeller avgjort ved direkte kontakt, ofte på en uformell måte. Påklagbare forhold blir av og til ikke påklaget, bl.a. fordi pasienten ikke har ressurser til det. En del saker dreier seg om det pasienten opplever som utilfredsstillende oppførsel og kommunikasjon hos helsepersonell. Mangelfull medvirkning fra pasienten kan stundom ha bidratt til et ugunstig resultat. Enkelte klager er direkte urimelige. Pasientrettighetslovens bestemmelser om klageadgang forutsetter at helsepersonell informerer om rettigheter og er behjelpelig med å formidle klager. Spesialisthelsetjenesteloven fastsetter at komplikasjoner og uhell skal meldes av helsepersonell til sykehusledelse og fylkeslege (2); bare noen av disse blir av pasient og/eller pårørende meldt til Norsk Pasientskadeerstatning. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 omhandler helseinstitusjons meldeplikt til Fylkeslegen ved betydelig personskade som følge av helsetjeneste. Lovens § 3-4 pålegger enhver helseinstitusjon å ha kvalitetsutvalg som ledd i internkontroll. Helsepersonelloven § 36 pålegger leger å melde dødsfall, herunder unaturlige dødsfall (3).

Den første ordning for pasientskadeerstatning for offentlige somatiske sykehus trådte i kraft i 1988 (4). I 1992 kom midlertidige ordninger som omfattet psykiatriske sykehus og poliklinikker og kommunal legetjeneste. Den nye loven om pasientskadeerstatning (pasientskadeloven) trådte i kraft 1.1. 2003 for den offentlige helse-tjenesten og vil tre i kraft for privat helsetjeneste 1.1. 2004 (5, 6). Det har vært en forutsetning at helsepersonell informerer pasient og pårørende om de rettigheter ordningen gir. En klage kan være faglig berettiget selv om den ikke gir grunnlag for pasientskadeerstatning. Bare i en del av de meldte sakene får klageren medhold. De saker som er meldt til Norsk Pasientskadeerstatning gjennom et visst tidsrom for et bestemt sykehus, et definert spesialområde eller en enkelt klinisk avdeling er viktige kilder til klinisk kunnskap, til forbedringer og til forståelse av kvalitet.

I artikkelen fra Nevrokirurgisk avdeling i Tromsø redegjøres det for pasientskadesaker fra samme avdeling i perioden 1994–2000 (1). 1,3 % av dem som ble operert, fremsatte klage til Norsk Pasientskadeerstatning; 0,5 % av dem med intrakranielle inngrep, 2,3 % av dem med ryggoperasjoner for degenerativ sykdom (bl.a. prolaps og stenose) og 3,1 % av dem med inngrep for skade etter ulykke. Klager fikk medhold i 37 % av sakene. Forfatterne peker bl.a. på at den preoperative informasjonen for rygginngrep kan bli bedre. Dette er en prisverdig og opplysende gjennomgang av nevrokirurgiske pasientskadesaker. Kirurgiens minst gunstige forhold gjøres til basis for ny innsikt. Antakelig har bare en del av hendelsene i Tromsø ført til sak i Norsk Pasientskadeerstatning, kanskje de som berørte pasientene mest. Kvalitetsspørsmål knyttet til ryggkirurgi har for øvrig vært analysert i Tidsskriftet tidligere (7, 8).

Melding av hendelser og klagesaksbehandling er en kilde til korreksjon og forbedring. Klager vil uvegerlig i noen tilfeller rettes mot den enkelte ansatte der det egentlig er eier og ledelse som burde ta et klarere ansvar, for eksempel for ugunstige arbeidsforhold eller sviktende driftsforhold. Blir meldings- og klagebehandlingen omfattende, vil det kunne forstyrre konsentrasjonen i det kliniske arbeidet og ikke virke så kvalitetsfremmende.

I kvalitetsarbeidet i nevrokirurgi har standardisering av spesialistutdanningen fått mye oppmerksomhet. Nye diagnostiske metoder, bedre muligheter til presis indikasjonsstilling, ny teknologi for sikker behandling og mindre invasiv behandling har bidratt til å høyne kvaliteten. I en ellers rikholdig nevrokirurgisk litteratur finnes det svært få publikasjoner om systematisk helhetlig kvalitetsarbeid. En av de få kommer fra nevrokirurgisk avdeling i Heidelberg, som har etablert rutiner for systematisk registrering og gjennomgang av komplikasjoner og hendelser (9).

Helsedepartementet har nylig innført nasjonale kvalitetsindikatorer for det enkelte sykehus (10). Av mange indikatorer vil pasientrapportert standard, pasienterfaring med personalet, pasientrapportert organisering, pasientrapportert informasjon, epikrisetid, korridorpasienter og sykehusinfeksjoner være relevante for nevrokirurgiske avdelinger. De nasjonale kvalitetsindikatorene vil ikke kunne erstatte, men kan komplettere de kunnskaper som fremkommer gjennom klager, komplikasjonsregistrering og skadeerstatningsaker.

Klagesaksbehandling er bare ett av mange ledd i kvalitetsarbeid. Det er fortsatt kunnskap, ferdighet, grundighet og omtanke for pasienten som bestemmer det meste av kvaliteten.

Rolf Hanao

Nevrokirurgisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Rolf Hanao (f. 1944) er spesialist i generell kirurgi og karkirurgi, tidligere professor i sosialmedisin i Tromsø og professor i helseadministrasjon i Bergen.

Litteratur

- Wikstrøm H, Hansen TE, Ingebrigtsen T. Klager til Norsk Pasientskadeerstatning etter nevrokirurgisk behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 444–6.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Rundskriv I-59/2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
- Befring AK, Ohnstad B. Helsepersonelloven – med kommentarer. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.
- Herredsvela PK. Pasientskadeerstatning. Regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1995.
- Ot.prp. nr. 31 (1998–99). Om lov om erstatning ved pasientskader.
- Pasientskadeloven. Forsikring av helsepersonell. Brev av 20. desember 2002 til helsepersonellforeningene. Oslo: Helsedepartementet, 2002.
- Magnæs B. Kvalitetssikring av ryggkirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2135.
- Bjerkreim I, Steen H. Klager på behandling av lumbale skiveprolaps meldt til Norsk Pasientskadeerstatning. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1804–6.
- Bonsanto MM, Hamer J, Tronnier V, Kunze S. A complication conference for internal quality control at the Neurosurgical Department of the University of Heidelberg. Acta Neurochir Suppl 2001; 78: 139–45.
- Styringsdokument for Helse Øst RHF2003. Oslo: Helsedepartementet, 2003.