

**Manglende dokumentasjon som viktig faktor for medhold hos
Norsk Pasientskadeerstatning**



Prosjektoppgave ved det medisinske fakultet

Solveig Andersen Styve

2016

Veileder: Ida Rashida Khan Bukholm

Innhold

Summary - s.3

Innledning - s.4

- Litt bakgrunnsinformasjon om Norsk Pasientskadeerstatning og datagrunnlag for studien - s 4
- Ti på topp - s.6
- Uønskede hendelser i helsetjenesten - s. 7
- Å anvende kunnskapen - s.8

Problemstilling - s.9

Metode - s.9

Resultater - s.10

Diskusjon - s.13

Konklusjon - s.15

Litteraturhenvisning - s.16

Summary

Studies from different countries implicate that inadequate documentation in patient journals result in patient injuries. The methods we use to register patient injuries in Norway today are

not suitable for registering patient injuries when they are caused by inadequate documentation. This is a problem because we need knowledge to be able to work preventive with this problem. We wanted to see if the data collected by the Norwegian System of Patient Injury Compensation (NPE) could give us some more information about this topic. In addition to looking at the extent of inadequate documentation as an underlying cause for patient injuries in cases that was met with approval, we have looked at the distribution among different special fields, and on the consequences this led to for the patients involved.

From our data we saw that patient injuries caused by inadequate documentation appears in the data from NPE. Over a four-year period 114 cases were given approval because of inadequate documentation. There were three special fields that occurred more often than others: Cosmetic- and plastic surgery, odontology and orthopedics. What outcome this had for the patients could vary from “cosmetic result not as expected” to death.

Our conclusion is that analysis of NPE’s databases can be an important supply for identifying areas that should have more focus in the preventive work regarding patient injuries today. We have seen that poor documentation and communication is a factor that leads to patient injuries. These results can contribute to increased awareness of high quality documentation.

Innledning

Mangelfulle journaler og journaldokumenter er et problem man støter på daglig innen helsetjenesten. Manglende journalføring kan i beste fall være grunnlag for irritasjon, i verste

fall kan det gå utover pasientbehandling og pasientsikkerhet. Klinikere har funnet måter å omgå problemet på, og “gjør så godt de kan”. Problemet med manglende dokumentasjon i journaldokumenter syns å være ekstra stort innen primærhelsetjenesten og legevaktsmedisin. Smith og kollegaer ved Colorado Health Sciences Center fant i en undersøkelse at det ved 13,6% av pasientkontaktene, både innen spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, i USA manglet informasjon i pasientens journal, og at denne mangelen førte til en eller annen form for pasientskade (1).

I Norge mangler man oversikt over skader og uønskede hendelser i primærhelsetjenesten, da det ikke er etablert noen form for meldesystem, slik det er for spesialisthelsetjenesten. Det er ikke grunn til å tro at tallene er annerledes i Norge enn i USA, og når man vet hvor mange som er i kontakt med primærhelsetjenesten i Norge hvert år, blir dette aktuelt for et stort antall pasienter.

Dovey og medarbeidere analyserte 344 meldinger om medisinske feil som forekom ved fastlegekontorene, og fant at 7.8% av disse var forårsaket av manglende informasjon i pasientjournal (2). I en Australsk studie viste Wilson og medarbeidere 1.8% av 2353 uønskede hendelser var forårsaket av at behandling ble gitt på manglende informasjon og av disse førte 26.4% til permanente skader for pasientene.

I en svensk studie hvor man hadde en gjennomgang av journaler skrevet av ernæringsfysiologier, fant man at journalnotater ofte var mangelfulle og forvirrende og det kunne ha betydning for pasientens behandling og oppfølging (3). I en fersk gjennomgang av ortopediske operasjonsbeskrivelser finner man at forhold som har konsekvenser for pasientsikkerhet er særlig mangelfullt dokumentert i operasjonsbeskrivelsene. Tatt i betraktning antall inngrep som utføres innen ortopedisk kirurgi i Norge hvert år, kan manglende og ufullstendige journaler ha stor betydning for pasientsikkerhet og pasientskader.

Som tidligere nevnt er det vanskelig å få oversikt over omfanget av mangelfull journaldokumentasjon i Norge generelt og i primærhelsetjenesten spesielt. Ut i fra internasjonal litteratur syns dette problemet å ha betydning for pasientsikkerhet. I Norge er en av de få kildene vi har til denne typen informasjon databasen i Norsk Pasientskadeerstatning.

Litt bakgrunnsinformasjon om Norsk Pasientskadeerstatning og datagrunnlag for studien

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er et statlig forvaltningsorgan under Helse- og omsorgsdepartementet. Ordningen ble etablert i 1988(4), og målet med ordningen er at pasienter som opplever feilbehandling ikke skal lide noe økonomisk tap som følge av dette(5).

Organets ansvarsområder og oppgaver finnes beskrevet i Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda(6). Ansvarsområdene kan deles i to hovedgrupper:

- NPE er ansvarlig for skader som omfattes av pasientskadelovens virkeområde og skal behandle krav og utbetale erstatning i disse sakene.
- NPE skal være en aktiv informerende virksomhet. Organet er ansvarlig for at det både utarbeides og formidles informasjon om erstatningsordningen til pasienter og

helsepersonell. Det skal også legges til rette for at opplysninger og oversikt over skader, skadeomfang og risiko gjøres tilgjengelig i det skadeforebyggende arbeidet i helsetjenesten.

Ordnningen ble etablert i 1988, og skulle behandle erstatningskrav fra pasienter som mente de var påført skade ved de offentlige somatiske sykehus i Norge. I utgangspunktet var hensikten å fungere som en midlertidig løsning med et tre års perspektiv, i påvente av at den nye pasientskadeloven skulle tre i kraft. I dag eksisterer fortsatt ordningen, og siden 1988 har stadig flere pasientgrupper blitt inkludert. Da pasientskadeloven tredde i kraft i 2003 gjaldt den alle offentlige helsetjenester. I 2009 ble også private helsetjenester inkludert (4). Når det gjelder behandling i utlandet dekker pasientskadeloven skader der det offentlige på forhånd har inngått avtale med behandlingsstedet om kjøp av tjenester. Dette betyr at når pasienter sendes til utlandet som et resultat av ventelistegaranti eller på grunn av manglende kompetanse i Norge, dekkes behandlingen av pasientskadeloven(7). Skader skjedd før pasientskadeloven tredde i kraft eller før behandlende institusjon ble inkludert i ordningen dekkes av midlertidige regler (8).

Det har vært en jevn økning i saker til NPE de siste årene. I 2015 ble det mottatt 5742 saker(9). Medholdsandelen ligger stabilt på rundt 30%(10). De medisinske områdene som hadde flest medhold i 2015 var ortopedi (582 medhold), svulster og kreftsykdommer (218 medhold), odontologi (156 medhold) og gastroenterologisk kirurgi (95 medhold)(11).

Finansiering av NPE er fordelt mellom de aktørene som er involvert i ordningen(12). Tilskuddene skal bidra til å dekke NPEs erstatningsutbetalinger, utgifter til advokathjelp og driftsutgifter for NPE og Pasientskadenemda. Den største delen av finansieringen står de regionale helseforetakene for. De siste fem års erstatningsutbetalinger er grunnlaget for fordelingen mellom de fire helseforetakene. Utbetalinger i forbindelse med kommunelegetjenesten finansieres av kommunene. Her beregnes andelen ut fra kommunenes innbyggertall. Sakene i privat helsetjeneste finansieres gjennom tilskudd fra virksomhetene som sysselsetter helsepersonell. I tillegg må sykehusene i saker der det gis medhold betale en egenandel på 10.000 kroner pluss 10 % av det gjenstående beløp, maksimalt 100.000 kroner.

For å ha rett på erstatning må noen forhold ved skaden være tilstede(13). Skaden må være forårsaket av behandling, undersøkelse, diagnostikk eller oppfølging. Svikt i behandlingen eller andre deler av dette forløpet kan også gi rett på erstatning. Formålet med erstatningen er å dekke økte utgifter til legebehandling, medisiner, transport og lignende, derfor må skaden som hovedregel ha ført til et økonomisk tap. Dersom det økonomiske tapet er under 5000 kroner kan ikke pasienten kreve erstatning fra NPE, men må i stedet henvende seg direkte til behandlingsstedet. Hvis en pasient er påført en langvarig (minst ti år), betydelig skade (minst 15 % invaliditet), men ikke opplevd økonomisk tap som følge av dette, finnes det et unntak som gjør at pasienten likevel kan få erstatning fra NPE. Dette kalles menerstatning, og formålet med denne erstatningsformen er å kompensere for redusert livskvalitet ved slike langvarige og betydelige skader.

Det er pasientene som søker erstatning hos NPE. Som helsepersonell har man en lovpålagt plikt til å fortelle om NPE og muligheten for å søke erstatning når pasienten har fått en skade

eller en alvorlig komplikasjon(14). NPE er en nøytral part, og har ingen egeninteresse i sakene (15).

Avgjørelser i saken gjøres av en saksbehandler på bakgrunn av skademeldingsskjema, behandlingsstedets uttalelse, relevant dokumentasjon (journaler og lignende) og en spesialistvurdering av saken. I tillegg vil vedtak gjort tidligere i lignende saker ligge til grunn for vurderingen. Behandlingstiden hos NPE ligger på rundt 8 måneder. Klager på vedtak sendes først direkte til NPE. Dersom det ikke hos NPE finnes grunn til å gjøre om vedtaket sendes klagen videre til Pasientskadenemda, som behandler klagen (16).

Ti på topp

Norsk pasientskadeerstatning har laget en rapport med en gjennomgang av de ti vanligste årsakene til at skade har oppstått i norsk spesialisthelsetjeneste fra 2011 til 2015. Sakene som er inkludert har fått medhold hos Norsk Pasientskadeerstatning. Rapporten tar for seg hvorfor skadene oppstod, og er kilden for de neste avsnittene(17):

Totalt har 2418 saker fått medhold i denne perioden. Sakene kan grovt deles i tre hovedgrupper:

- Svikt i diagnostikk og behandling (73 %)
- Infeksjoner (13%)
- Annet (14%).

Gruppen «Svikt i diagnostikk og behandling» deles igjen i ni undergrupper, hvor de to største er «Funn som ikke følges opp/mangelfull utredning» og «Feil behandlingsteknikk/metode». De utgjør henholdsvis 18% og 14% av det totale antall medholdssaker. I begge disse gruppene er det de medisinske områdene ortopedi, svulster og kreftsykdommer og gastroenterologisk kirurgi som står for den største andelen saker. Innenfor de ulike gruppene kan årsakene til skadene være mange og varierende. Funnsom ikke følges opp kan for eksempel være pasienten som skulle vært utredet videre på et tidligere tidspunkt ut i fra symptomer og funn, eller røntgenbildet som ble vurdert for sent.

De resterende sju undergruppene er «Burde vært operert/operert tidligere», «Ikke grunnlag for operasjon/behandling», «Mangelfull, manglende behandling/undersøkelse», «Mangelfull/manglende/feil medisinerings», «Feil utstyr eller feilplassering av utstyr», «Mangelfull sikring, overvåkning, tilsyn», «Feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse». Disse utgjør en mindre andel av skadesakene hver, og er et uttrykk for at årsaksforholdene er varierte og mange. Skader oppstår både fordi vi ikke opererer og fordi vi gjør det, på grunn av svikt i tolkning av prøvesvar, og på grunn av rutinesvikt i prosedyrer som utføres hver dag i ulike deler av spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder infeksjoner er disse sakene ikke begrunnet med svikt, men pasientene har likevel fått medhold fordi infeksjonen mest sannsynlig ikke skyldtes forhold ved pasienten selv. Ortopediske pasienter utgjør den største pasientgruppen blant disse sakene. Gruppen «Annet» inneholder sakene som ikke passer inn i noen av de overnevnte gruppene.

Uønskede hendelser i helsetjenesten

Studier viser at omkring ti prosent av alle sykehusinnleggelse ender med en uønsket hendelse i dagens helsevesen, definert som en skade som fører til forlenget sykehusopphold, uførhet eller død (18). Pasientskadene går ut over pasientene som rammes, helsepersonellet som er involvert, og samfunnet som helhet, gjennom økte helseutgifter knyttet til for eksempel flere liggedøgn og reoperasjoner.

En utfordring knyttet til de uønskede hendelsene har vært kulturen i helsevesenet, som har gitt lite rom og mulighet for å melde fra om og lære av feil. Risikerer helsepersonell sanksjoner av ulik art for å melde fra om feil og skader, er det et dårlig utgangspunkt for å bruke denne viktige kunnskapen i forebyggende arbeid. Arbeidet med å endre denne kulturen både i Norge og internasjonalt er i gang (19). Tiltak som Pasientsikkerhetsprogrammet og Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten jobber aktivt for et helsevesen med færre pasientskader. Dette er viktige tiltak, men det er en svakhet i at pasienten ikke er involvert i å melde skade selv, og de får da heller ikke være med å definere skaden selv. Når skadene defineres av helsepersonell vil skadeprofilen se annerledes ut enn den ville gjort dersom skadene ble definert av pasienten.

Pasientsikkerhetsprogrammet er et nasjonalt program som skal gjennomføres i alle landets helseforetak og kommuner. Formålet er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Å bedre helsetjenestens kompetanse på forbedringsarbeid og kartlegging av pasientskader er tiltak som faller inn under programmet. Kartlegging av pasientskader skal skape et grunnlag for forbedring over tid(20). Alle helseforetakene bruker strukturert journalundersøkelse med Global Trigger Tool (GGT) for å innhente denne kunnskapen. Metoden er retrospektiv, og går ut på regelmessig systematisk gjennomgang av et tilfeldig utvalg journaler. For å vurdere pasientskade brukes standardiserte kriterier. Resultatene gir oss mulighet til å følge forekomst av pasientskader i et helseforetak over tid, men er ikke så presise at de kan brukes til å sammenligne de ulike helseforetakene (21). Resultatene skiller ikke mellom skader som kan forebygges og dem som ikke er til å unngå, for eksempel skader etter behandling med høy risiko. Siden programmet ble satt i gang i 2011 er det observert en reduksjon av GTT-registrerte pasientskader. Om dette representerer en reell reduksjon i forekomst av pasientskader er usikkert, og om en eventuell reduksjon kan tilskrives programmet er også usikkert. Rapporten fra 2013 anslår at det ved 13,0% av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasientskade. Det er en signifikant reduksjon fra 16,1% i 2011. I denne sammenheng regnes pasientskade som en skade som førte til behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorlige konsekvenser (22). Som metode for å avdekke pasientskader som har inntruffet som følge av manglende journaldokumentasjon, kan GTT metoden være sub-optimal. Den baserer seg på det som faktisk er dokumentert i journalen, og hvis skaden eller hendelsen ikke er dokumentert vil det ikke være mulig å oppdage den ved hjelp av GTT metoden. Vi har fra internasjonal litteratur sett at omfanget av skader som skyldes mangelfull journaldokumentasjon og konsekvensene av dem for pasientsikkerheten er av betydning. Dette er en type skadeårsak som bør kartlegges regelmessig.

Når en pasient blir utsatt for betydelig personskade som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen, har spesialisthelsetjenesten plikt til å melde fra. Det skal

også meldes fra om hendelser som kunne ført til betydelig personskade, eller dersom en uønsket hendelse skjer på bakgrunn av manglende ytelse av helsetjeneste. Dette praktiseres gjennom Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, som siden 2012 har vært knyttet til Kunnskapscenteret, og fra 2016 til Helsedirektoratet. Hensikten med ordningen er å bedre pasientsikkerheten, både ved å avklare årsaker til hendelser og ved å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Ordningen gjennomgikk en stor omlegging i 2012. Fra å ha vært knyttet til Helsetilsynet med sanksjonsmyndighet, ble meldeordningen flyttet til Kunnskapscenteret for mer å rendyrke læring og forbedring. Siden har meldinger om uønskede hendelser blitt femdoblet, rapporteringen går raskere og det meldes inn flere «nesten-uhell». I 2014 mottok Meldeordningen 9536 meldinger. Kunnskapen vi kan hente ut fra Meldeordningen baserer seg på en metode med kontinuerlig innrapportering av hendelser etter hvert som de inntreffer. Antall innrapporterte hendelser varierer mellom ulike helseforetak. De gjenspeiler ikke nødvendigvis forekomsten av uønskede hendelser i foretaket, men foretakets systemer og verktøy til å oppdage og rapportere de uønskede hendelsene. Kvaliteten på virksomheten kan heller ikke vurderes basert på tallene fra meldeordningen, da antallet uønskede hendelser påvirkes av virksomhetens størrelse, type, pasientgrunnlag og behandlingsnivå(23).

Å anvende kunnskapen:

Kunnskap om pasientskadene som oppstår i norsk helsevesen er helt vesentlig for å gjøre noe med problemet og bedre pasientsikkerheten. Ingen av metodene vi bruker til informasjonsinnhenting i dag er i seg selv optimale. Retrospektive studier og prospektive studier er to metoder for informasjonsinnhenting(18). Pasientsikkerhetsprogrammet anvender en retrospektiv metode, mens Meldeordningen anvender en prospektiv metode, i forhold til pasientskader. Gjennom meldeordningen melder man, i tillegg til pasientskader, uhell og nesten-uhell som kunne ført til pasientskade. Ved å se på tallene fra de to tiltakene kan vi se at de ulike metodene gir ulike resultater(22, 24). I materialet fra Pasientsikkerhetsprogrammet er urinveisinfeksjoner, legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner, annen kirurgisk komplikasjon, nedre luftveisinfeksjoner og annen infeksjon er de hyppigst forekommende skadene i populasjonen som undersøkes(22). Tallene fra Meldeordningen viser at hendelser relatert til kliniske prosesser og prosedyrer er vanligst, etterfulgt av kategoriene legemidler og pasientuhell(24). Det at disse to metodene ikke plukker opp de samme feilene kan tyde på at antallet pasientskader vi operer med basert på studier som disse kun er en liten del av det totale bildet (18).

Et viktig supplement til informasjonen vi får fra metodene beskrevet over, er informasjon fra Norsk Pasientskadeerstatning. Sakene som meldes inn her omfatter hele behandlingsskjeden, altså både primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, inklusiv private helsetjenester. Det er pasientene selv som rapporterer skadene de er påført i helsevesenet(25). Dette gir et helt annet seleksjonsgrunnlag enn metodene beskrevet over, som tar utgangspunkt i bare deler av helsevesenet, og der helsepersonell står for rapporteringen. Tallene fra NPE gir også andre funn. Her er det svikt i diagnostikk og behandling som er de vanligste årsakene til pasientskader. Denne typen feil kan få store konsekvenser. Dersom en kreftpasient kommer for sent til behandling på grunn av forsinket diagnostikk kan det føre til forverret sykdomsforløp, behov for mer omfattende behandling, og i verste fall død. Det at

kreftpasientene er blant de pasientgruppene som er mest utsatt for denne typen feil, gjør at disse alvorlige konsekvensene er høyst reelle (14).

For å skape et best mulig bilde av hva som går galt er vi avhengig av et samarbeid og integrering av informasjon fra de ulike kunnskapskildene. Det at informasjonen fra NPE skiller seg fra annen kunnskap på området, og det faktum at konsekvensene av feilene kan være alvorlige, understreker viktigheten av at denne informasjonen tas med i arbeidet (25). NPE-databasen er et av få steder hvor informasjon om manglende journalføring på tvers av helsetjenestens nivåer kan hentes ut. En svakhet i materialet fra NPE er at bare et fåtall av pasientene som opplever en skade eller en annen uønsket hendelse melder dette til NPE. Det er likevel viktig å bruke den kunnskapen og det forbedringspotensialet materialet vi har gir, spesielt er det viktig å fokusere på områder som fanges dårligere av andre meldeordninger. Manglende journaldokumentasjon er et slikt område, og vi ønsket derfor å se litt nøyere på saker hvor denne problemstillingen har vært avgjørende for at pasienten har fått medhold i sin klage.

De to hyppigste årsakene til medhold i NPE er svikt i behandling og svikt i diagnostikk. Disse utgjorde henholdsvis 55 og 27 prosent av alle medhold tilknyttet de regionale helseforetakene i femårsperioden 2010 til 2014 (26). I motsetning til andre, mer spesifikke medholdsårsaker som smitte/infeksjon, informasjonssvikt og teknisk svikt, skjuler det seg mange ulike årsaker bak svikt behandling og svikt i diagnostikk. De siste årene har helsetjenestene i større grad vist interesse for å bruke statistikk fra NPE i det skadeforebyggende arbeidet. På denne bakgrunn utviklet NPE koder som skal gi mer konkret informasjon om de bakenforliggende årsakene til at svikt i behandling og svikt i diagnostikk oppsto. Kodene ble tatt i bruk i vedtak fra og med september 2011.

Problemstilling

I hvilket omfang forekommer manglende dokumentasjon som viktig årsak til medhold hos Norsk Pasientskadeerstatning? Hvilke faggrupper er hyppigst representert og hvilke konsekvenser har dette hatt for pasientforløpene?

Metode

Som utgangspunkt for denne oppgaven har vi hentet ut sakene som fikk medhold fra kodegruppene 827 (Mangelfull journalføring) og 828 (Kommunikasjonssvikt/manglende informasjon) i perioden september 2011 til august 2015. Vi identifiserte 140 saker tilsammen i disse to kodegruppene, og av disse var det 134 saker vi kunne analysere videre. Fordeling av sakene mellom ulike fagområder, helsetjenestenivåer (skadevoldkategorier hos NPE) og skadetyper ble gjort ved gjennomgang av resymeene i de 134 sakene. Skadetyper er hvilken form for dokumentasjonssvikt som forekom, og sakene ble fordelt mellom "Dokumentasjonssvikt", "Kommunikasjonssvikt" og "Annet". Denne inndelingen stemmer ikke helt over ens med inndelingen av skadetyper som brukes av NPE. Flere av sakene som hører til gruppen «Kommunikasjonssvikt» hos NPE har dokumentasjonssvikt som grunnlag for kommunikasjonssvikten, og derfor også som årsak til medhold. Disse sakene har derfor havnet i gruppen «Dokumentasjonssvikt» her. Helsetjenestenivå og fagområde er inndelt i de samme undergruppene som brukes av NPE i sorteringen av saker.

De sakene som inngikk i kategoriene “Kommunikasjonssvikt” og “Annet” hadde ikke direkte relevans for problemstillingen, og ble ikke tatt med videre i arbeidet. Etter denne seleksjonen endte vi opp med 114 saker.

Undergruppene til skadetypen «Dokumentasjonssvikt» ble til etterhvert som arbeidet skred frem, slik at alle sakene havnet i en gruppe som beskrev saken godt. Det endte til slutt opp med ti undergrupper, som hver beskrev en form for dokumentasjonssvikt. Noen eksempler på slike undergrupper er “Prosedyre ikke dokumentert”, “Manglende journalføring” og “Mangelfull oppfølging etter behandling”. Hver sak hører til en skadevoldkategori og ett fagområde, men antall skadetyper en sak er klassifisert som varierer fra en til fire.

Resultater

Fordelingen av medholdssaker mellom offentlig og privat helsetjeneste er vist i tabell 1. I perioden september 2011 til august 2015 ble det gitt medhold i 5342 saker i den offentlige helsetjenesten. 61 av sakene hadde manglende dokumentasjon som grunnlag for skade/medhold, og dette utgjorde 1,1% av sakene. For den private helsetjenesten var det gitt medhold i 633 saker, og 53 av disse hadde dokumentasjonssvikt som årsak til medhold. Dette utgjorde 8,4% av sakene. At andelen medhold er lavere i det offentlig helsevesenet er ikke et uttrykk for at problemet er mindre her. Det er store forskjeller i antall behandlinger som utføres i offentlig og privat helsevesen, og tar man dette med i beregningen er tallet og problemet i offentlig helsevesen langt større enn andelen kan antyde. I tillegg må man ta med i betrakningen at tallene vi opererer med her sannsynligvis bare representerer en liten del av de reelle tallene.

Tabell 1: Fordeling av saker med medhold mellom offentlig og privat helsetjeneste – september 2011-august 2015			
	Offentlig	Privat	Totalt
Antall saker med medhold	5342	633	5975
Antall saker med medhold pga manglende dokumentasjon	61	53	114
Andel i %	1,1	8,4	

Når vi ser på fordeling av medhold mellom de ulike fagområdene er det 3 fagområder som skiller seg særlig ut: plastisk og kosmetisk kirurgi, odontologi og ortopedi. Nesten 60% av medholdene som er gitt på grunn av manglende dokumentasjon i journal finner vi innen disse tre faggruppene. Innen plastisk og kosmetisk kirurgi utgjør saker som får medhold på grunn av manglende dokumentasjon 26% av medholdssakene, sammenlignet med en andel på 5% innen odontologi og 1% innen ortopedi. Ser vi på andelsfordelingen mellom fagområdene får vi samme problemstilling som når vi sammenligner privat og offentlig helsevesen. Ortopedi har betydelig flere medholdssaker enn de andre to fagområdene, og dette problemet utgjør et betydelig antall saker innenfor dette området, selv om det bare er 1% av medholdene. Med denne fordelingen av saker er det potensielt store muligheter for forbedring på området, da

man ved å ta tak i problemet innenfor disse tre fagområdene vil kunne få redusert antallet medhold på grunn av manglende dokumentasjon betydelig.

Tabell 2: Fordeling av medholdssaker mellom fagområder			
Fagområder	Medhold pga manglende dokumentasjon	Medhold totalt for dette fagområdet	Andelen medhold forårsaket av dokumentasjonsmangel (i%)
Plastisk og kosmetisk kirurgi	26	101	26
Odontologi	21	460	5
Ortopedi	19	2110	1
Øye	11	154	7
Svulster og kreftsykdommer	8	1004	1
Psykatri	0	154	0
Fagområder med 7 eller færre saker	29		
	114		

Ulik forekomst av medhold mellom privat og offentlig sektor ser ut til å være et uttrykk for fordelingen av fagområder mellom de to sektorene. Både innen plastisk og kosmetisk kirurgi og odontologi er majoriteten av sakene fra den private helsetjenesten. Bare 1 av sakene innen odontologi og 7 av sakene innen plastisk og kosmetisk kirurgi er fra den offentlige helsetjenesten. Innenfor ortopedi ser det annerledes ut, der utgjør private aktører bare 2 av de 19 sakene. Innen fagområdet svulster og kreftsykdommer er alle sakene knyttet til det offentlig helsevesnet. Å skille mellom de ulike fagområdene vil være det som er hensiktsmessig i videre forebyggende arbeid, men med den fordelingen vi ser her kan man spørre seg om det at et fagområde domineres av privat sektor er en medvirkende faktor for at manglende journalføring blir et problem innen noen fagområder?

Vi har også sett på hvilke type dokumenter som oftest går igjen som mangelfulle eller kan mangle helt. Med 45 saker er mangelfulle operasjonsbeskrivelser og mangelfull dokumentasjon om behandlingsprosedyrer den formen for journalsvikt som forekommer hyppigst i vårt tallmateriale. Ser vi på fagområder forekommer denne svikten hyppigst innen kosmetisk- og plastisk kirurgi og odontologi. Den nest hyppigste dokumentasjonssvikten er at informasjon som er gitt om behandling, behandlingsalternativer og komplikasjoner ikke er dokumentert i journal, og at pasienten dermed har samtykket til behandlingen på feil

grunnlag. Denne mangelen går igjen i 42 av sakene, der kosmetisk og plastisk kirurgi, ortopedi og øye er de fagområdene der mangelen er hyppigst. Her ser vi også en skjevfordeling mellom det offentlige og det private, der de private står for 60% av sakene.

Tabell 3: Antall saker fordelt på type dokument hvor dokumentasjonssvikten forekommer

		Mangelfulle operasjons-beskrivelser og mangelfulle beskrivelser av prosedyrer	Informasjon om behandling, behandlings-alternativer og komplikasjoner er ikke dokumentert i journal	Manglende journalføring	Prosedyre ikke dokumentert/ journal mangler	Annet
Helsetjeneste-nivå	Offentlig helsetjeneste	20	17	6	7	19
	Privat helsetjeneste	25	25	19	8	15
Fagområde	Plastisk og kosmetisk kirurgi	16	15	6	1	3
	Odontologi	11	4	11	2	10
	Ortopedi	4	6	2	1	8

Diskusjon

Jeg har i denne oppgaven analysert saker ved Norsk pasientskadeerstatning hvor manglende dokumentasjon på en eller annen måte har hatt betydning for at pasienten har fått medhold i sin klage. Mangelfull kommunikasjon mellom helsepersonell og mellom ulike deler av

helsetjenestens nivåer spiller en vesentlig rolle i forhold til uønskede hendelser (27). Muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell og mellom pasient og helsepersonell kan være utfordrende, og derfor er den skriftlige dokumentasjonen og informasjonen desto viktigere.

Mye av oppfølgingen etter behandling i spesialisthelsetjenesten foregår i regi av fastlegen. I en studie fra 2011 analyserte Burnett og medarbeidere over 39000 rapporter som har gått fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. De fant at det i 15% av tilfellene manglet vesentlig informasjon, med betydning for videre oppfølging og behandling (28). Det var forskjellige typer informasjon som manglet, for eksempel radiologiske undersøkelser, blodprøvesvar, utskrivningsnotater og epikriser. Disse manglene hadde konsekvenser for den videre pasientbehandlingen, blant annet ved at operasjoner ble utsatt, kliniske beslutninger ble tatt uten godt nok grunnlag, og i mer enn 50% av tilfellene ble det besluttet behandling ut fra informasjon fra pasienten selv.

I en studie har Jylhã vist at 1 av 4 uønskede hendelser som ble meldt på et stort sykehus hadde med manglende dokumentasjon eller kommunikasjon å gjøre. Størstedelen av sakene var relatert til medikamenthendelser (27). Dette er store tall, og tar man i betraktning det store antallet pasienter som er i kontakt med helsetjenesten daglig, vil det at vi mangler slik informasjon være av stor betydning for pasientens sikkerhet. Tallene fra NPE representerer nok bare en veldig liten andel av antall hendelser hvor manglende kommunikasjon/dokumentasjon har hatt stor betydning.

Vi har ikke god oversikt over dette problemet i Norge, men det er sannsynlig at situasjonen ikke er bedre her. Vi har sett at antallet medhold på grunn av manglende journaldokumentasjon er størst i den offentlige helsetjenesten, og det stemmer godt med at det er her det utføres flest behandlinger. Ser man derimot på hvor stor andel av de totale medholdene som er forårsaket av manglende journaldokumentasjon er denne høyest i det private helsevesenet. Den private helsetjenesten har nesten 5 ganger så mange saker med medhold på grunn av manglende dokumentasjon. Tallene våre kan tyde på at forskjellene mellom de offentlige og private aktørene skyldes ulik fordeling av fagområder mellom det offentlige og det private. To av de største fagområdene i vårt materiale, plastisk og kosmetisk kirurgi og odontologi, er områder som i stor grad er preget av det private helsevesenet. En kan stille spørsmål ved om det er disse fagområdenes natur som gjør at antall medhold er høyt akkurat her, eller om det at faget i stor grad utdøves av private aktører er med på å påvirke antall medhold i negativ retning. Det er mulig å tenke seg at dokumentasjon ikke blir prioritert i en hektisk hverdag, eller når det å skrive en god journal kommer i konflikt med muligheter for ytterligere inntjening.

At forekomsten av medhold er så høy blant private aktører er bekymringsfullt. I dag ser vi en stadig økende bruk av private helsetjenester. Det vil føre til at oppfølging i større grad enn tidligere vil foregå i primærhelsetjenesten, og det vil derfor være enda viktigere enn tidligere med nøyaktig, god og riktig informasjon.

Hvis man skal fokusere på forbedringsarbeid, er det i tillegg til fagområder viktig å indentifisere hvilke type dokumenter som trenger spesielt fokus. Dette har jeg også sett på i denne oppgaven, og en av de formene for dokumentasjonssvikt som forekom hyppigst var manglende dokumentasjon av informasjon om behandling og komplikasjoner som ble gitt til

pasienter. Ser vi på resyméene fra flere av disse sakene kommer det frem at det sannsynligvis har vært gitt tilstrekkelig informasjon til pasienten, men fordi det ikke er dokumentert i journalen kommer tvilen pasienten til gode. I disse sakene er det gode muligheter for forbedring, kanskje ville bevisstgjøring hos legen som skriver journalnotatet være nok?

Dette gjelder derimot ikke for en annen stor del av sakene i denne gruppen, der informasjonssvikten handler om å bevisst gi pasienten en overdreven forventning av behandlingseffekt, mens komplikasjoner og bivirkninger bagatelliseres. I vårt materiale forekom det helt konkret saker der informasjonsmateriell som var levert til pasienten var så feilbalansert i forhold til fordeler og risiko ved behandling at det ble vurdert som klar informasjonssvikt. I tillegg til disse sakene forekom det flere saker der det sannsynligvis ikke var gitt tilstrekkelig informasjon om risiko og bivirkninger, da basert på at informasjon om risiko og bivirkninger ikke var dokumentert i journal. Dette forekommer når det er i behandlerens interesse at behandlingen gjennomføres. Motivasjonen for dette kan være at behandler har feiltolket pasientens ønske for behandling, å spare tid i en hektisk hverdag eller økonomisk vinning. Dette utgangspunktet er et vanskeligere utgangspunkt for forbedring, da det kan være i behandlerens interesse å fortsette med praksisen slik den er i dag.

De tre største fagområdene var som tidligere vist kosmetisk- og plastisk kirurgi, odontologi og ortopedi, og fordelingen av former for dokumentasjonssvikt mellom de tre gruppene kan ses i tabell 3. Spesielt for odontologi var at generell manglende journalføring gikk igjen i flere av sakene. Journalføringen var i noen av sakene så mangelfull at det var umulig å få innsyn i behandlingsforløpet. Den manglende dokumentasjonen kunne strekke seg over flere år, og kunne i tillegg til behandlingsdokumentasjon dreie seg om manglende vurderinger, oppfølging og manglende journalnotater. Med andre ord var dokumentasjonsmangelen for noen av sakene innenfor dette fagområdet svært omfattende. Selv om tallene våre gir et bilde av forekomst får de ikke frem slike forhold, og problemet innen odontologien kan være større enn tallene i seg selv gir uttrykk for.

Spesielt for ortopedien var kategorien “Ikke dokumentert at informasjon om forhåndsregler etter behandling er gitt pasient, med forlenget sykdomsforløp eller nedsatt funksjon som konsekvens”. Ortopedien utgjør halvparten av sakene som inngår i denne typen journalsvikt. I mange av sakene fremkommer det som sannsynlig at informasjonen er gitt, det eneste som mangler er dokumentasjonen. Igjen har vi et eksempel på en form for svikt som burde være overkommelig å gjøre noe med.

Når det gjelder utfall av sakene er skadeomfanget svært varierende. Fire av sakene endte opp med dødsfall. Alle disse fire sakene var knyttet til den offentlige helsetjenesten, to av dem til sykehus og to av dem til kommunehelsetjenesten/fastlegen. Den private sektoren står for 46% av sakene i denne gjennomgangen, men har ingen av dødsfallene. Når vi ser på kosmetisk- og plastisk kirurgi (23% av sakene) har nesten 80% av sakene fått medhold på bakgrunn av «uønsket kosmetisk resultat». Denne faggruppen kan vi sammenligne med “Svulster og kreftsykdommer”, som utgjør 7% av sakene. Utfallene til sakene i denne gruppen varierer fra impotens og vannlatingsforstyrrelser, til kroniske smerter og død. To av de fire dødsfallene i vårt tallmateriale inngår i denne gruppen. Mange vil karakterisere disse følgene som mer alvorlig enn utfallene innenfor kosmetisk- og plastisk kirurgi, men selv om utfallene kan

karakteriseres som mindre alvorlig har de stor betydning for pasienters livskvalitet og koster helsevesenet store summer hvert år. Forbedring på områdene med mindre alvorlige effekter må også prioriteres.

Psykisk helsevesen er ikke representert med ett eneste medhold i vårt materiale. Er dette fordi pasientene innenfor denne delen av helsetjenesten ikke klager, eller er det fordi helsepersonellet gjør en god jobb med å dokumentere slik at det ikke blir gitt medhold på dette grunnlaget?

Det ble i perioden gitt medhold i totalt 154 saker innenfor psykiatri (tabell 2). Dette utgjør 2,6 % av de totale medholdene i perioden. Selv om dette betyr at det i utgangspunktet er relativt få medhold innen psykiatrien, kan vi likevel se at det innenfor dette fagområdet gjøres en god jobb med dokumentasjon når vi sammenligner med øye, et fag som fikk omtrent like mange medhold i perioden. 154 saker fikk medhold, og av disse var 11 saker (7%) knyttet til dokumentasjonssvikt. En alternativ forklaring kan man finne i fagenes natur. Øye er et typisk prosedyrefag, og man kan tenke seg at mangelfull dokumentasjon her er lettere å plukke opp.

Som nevnt i innledningen er en svakhet ved tallene fra NPE at bare en liten del av de pasientene som faktisk opplever å bli påført skade i helsevesenet melder denne til NPE. Selv om tallene ikke gir oss hele bildet er de et viktig supplement til andre metoder som brukes for å kartlegge pasientskader.

Konklusjon

Vår gjennomgang viser at det i løpet av en 4 års periode er gitt medhold i 114 saker hvor manglende dokumentasjon i journalene har hatt betydning. Det utgjør mer enn 20 saker per år. Dette er saker som er av stor betydning for erstatningssøkernes og deres pårørendes livskvalitet, og det er grunn til å fokusere på dette problemet. Problemet er kjent i litteraturen, men det har vært lite fokus på dette i skadeforebyggende arbeid i den norske helsetjenesten. Det er definert flere satsningsområder innen pasientsikkerhetsarbeidet, men denne typen svikt egner seg ikke for dagens metoder for kartlegging, og faller derfor bort. Gjennomgang av nasjonale databaser over pasientskader meldt av pasienten og pårørende kan være et bidrag i å identifisere fokusområder. Det kan også være med på å sette fokus på høy kvalitet når det gjelder informasjonsoverføring, både skriftlig og muntlig, som er viktig i forebyggende arbeid.

Litteraturhenvisninger:

1. Smith PC, Araya-Guerra R, Bublitz C, Parnes B, Dickinson LM, Van Vorst R, et al. Missing clinical information during primary care visits. *Jama-J Am Med Assoc.* 2005;293(5):565-71.
2. Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Jr., Green LA, Fryer GE, Galliher JM, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Quality & safety in health care.* 2002;11(3):233-8.
3. Lovestam E, Orrevall Y, Koochek A, Karlstrom B, Andersson A. Evaluating documentation of dietetic care in Swedish medical records. *Studies in health technology and informatics.* 2013;192:1078.
4. Norsk Pasientskadeerstatning. Historia til pasientskadeerstatninga [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning; [updated 05.12.2011; cited 2015 12.01.15]. Available from: <http://npe.no/no/Om-NPE/Organisasjonen-NPE/Pasientskadeordningens-historie/>.
5. Norsk pasientskadeerstatning. Melde til NPE eller Fylkesmannen? [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning; 2015 [cited 2015 13.01.15]. Available from: <http://npe.no/no/Pasient/Kreveerstatning/Melde-til-NPE-eller-Helsetilsynet/>.
6. Forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda, (2004).
7. Norsk pasientskadeerstatning. Behandling i utlandet [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning; 2014 [cited 2015 13.01.15]. Available from: <http://npe.no/no/Pasient/Kreveerstatning/Kan-jeg-soke-erstatning-i-NPE-om-jeg-har-blitt-behandlet-i-utlandet1/>.
8. Norsk pasientskadeerstatning. Midlertidige regler [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning 2012 [cited 2015 13.01.15]. Available from: <http://npe.no/no/Om-NPE/Brosjyrer/Midlertidige-regler/>.
9. Norsk Pasientskadeerstatning. Mottatte saker [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning; 2015 [cited 2015 21.02.15]. Available from: <http://www.npe.no/no/statistikk/Statistikk/Antall-mottatte-saker-pr-ar/>.
10. Pasientskadeerstatning N. Vedtak [Nettside]. npe.no: Norsk Pasientskadeerstatning; 2015 [cited 2016 21.02.16]. Available from: <http://www.npe.no/no/statistikk/Statistikk/Medholdavslag-per-ar/>.
11. Norsk pasientskadeerstatning. Vedtak - medisinsk område [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning; 2015 [cited 2016 21.02.16]. Available from: <http://www.npe.no/no/statistikk/Statistikk/Medholdavslag-fordelt-pa-medisinsks-omrade/>.
12. Norsk pasientskadeerstatning. Finansiering av ordningen [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning; 2011 [cited 2015 13.01.15]. Available from: <http://npe.no/no/Om-NPE/Organisasjonen-NPE/Finansiering-av-ordningen/>.
13. Norsk Pasientskadeerstatning. Hva skal til for å få erstatning? [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning; 2014 [cited 2015 12.01]. Available from: <http://npe.no/no/Pasient/Kreveerstatning/Hva-skal-til-for-a-fa-pasientskadeerstatning/>.
14. Norsk pasientskadeerstatning. Kommunikasjon med pasienten [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning 2014 [cited 2015 13.01.15]. Available from: <http://npe.no/no/Helsepersonell/Kommunikasjon-med-pasienten-/>.
15. Norsk pasientskadeerstatning. Bruk av advokat [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning; 2014 [cited 2015 13.01]. Available from: <http://npe.no/no/Pasient/Trenger-jeg-advokat-og-dekkes-utgiftene/>.
16. Norsk Pasientskadeerstatning. Saksbehandlingen skritt for skritt,, [Nettside]. npe.no: Norsk pasientskadeerstatning; 2014 [cited 2015 13.01.15]. Available from: <http://npe.no/no/Pasient/Saksbehandling1/Saksbehandling/>.
17. Norsk Pasientskadeerstatning. Ti vanligste årsaker til skader i spesialisthelsetjenesten – saker behandlet i NPE.

18. Rafter N, Hickey A, Condell S, Conroy R, O'Connor P, Vaughan D, et al. Adverse events in healthcare: learning from mistakes. QJM : monthly journal of the Association of Physicians. 2014.
19. Tinnå M. Hva er pasientsikkerhet [Nettside]. Helsebiblioteket.no: Helsebiblioteket; 2009 [Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/forsideartikkel-pasientsikkerhet/hva-er-pasientsikkerhet>].
20. Pasientsikkerhetsprogrammet. Pasientsikkerhetsprogrammets arbeidsområder, målsetting, målinger, organisering. [Nettside]. pasientsikkerhetsprogrammet.no: Pasientsikkerhetsprogrammet; 2010 [updated 27.01.2015; cited 2015 28.01.15]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/I+trygge+hender+24-7.51.cms>.
21. Pasientsikkerhetsprogrammet. Slik kartlegges pasientskader i Norge [Nettside]. pasientsikkerhetsprogrammet.no: Pasientsikkerhetsprogrammet; 2011 [updated 02.12.2014; cited 2015 21.02.15]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/GTT/Artikler/Slik+kartlegges+pasientskader+i+Norge.72.cms>.
22. Pasientsikkerhetsprogrammet. Rapport fra Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2013. pasientsikkerhetsprogrammet.no: Pasientsikkerhetsprogrammet; 2014.
23. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Årsrapport 2014 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. 2015:62.
24. Meldeordningen. Årsrapport 2013 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. www.melde.no: Kunnskapssenteret, 2013.
25. Ida Rashida Kahn Bukholm, Jørstad RG. Ulike svar på hva som går galt 2014 [cited 2015 16.01]; 21. Available from: <http://www.dagensmedisin.no/debatt/ulike-svar-pa-hva-som-gar-galt/>.
26. Norsk Pasientskadeerstatning. Statistikk for regionale helseforetak 2014. npe.no: 2015.
27. Jylha V, Bates DW, Saranto K. Adverse events and near misses relating to information management in a hospital. The HIM journal. 2016.
28. Burnett SJ, Deelchand V, Franklin BD, Moorthy K, Vincent C. Missing clinical information in NHS hospital outpatient clinics: prevalence, causes and effects on patient care. BMC health services research. 2011;11:114.