



Noregs miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgåve 2023 30 stp

Fakultet for landskap og samfunn

Pasientskader i spesialisthelsetenesta - Førekomst og regionale skilnadar

Ein tverrsnittstudie basert på data frå Norsk Pasientskadeerstatning

Patient injuries in the specialist health care service

A cross-sectional study of regional differences and prevalence in compensation claims reported to the Norwegian System of Patient Injury Compensation

Anne Kristin Hoel

Master i folkehelsevitenskap

Forord

Denne masteroppgåva markerer avslutninga for mine to år som folkehelsestudent ved NMBU. Eg er glad for at eg turte å hoppe i den utfordringa det var å gå tilbake til studentlivet, og takksam for alt desse to åra har gitt meg.

Arbeidet med denne oppgåva har vore lærerikt, og det er mykje takka vere mine rettleiarar Ida Rashida Khan Bukholm og Geir Bukholm. Tusen takk for at dokke har bidratt med nyttige refleksjonar og førstehands kunnskap om faget. Vidare vil eg takke Norsk pasientskadeerstatning for datagrunnlaget i oppgåva. I den forbindelse fortener seniorrådgivar Sølvi Flåte ein særskild takk.

Elles vil eg takke vener og familie som har bidrege til denne oppgåva. Særleg min medstudent Silje, som eg har hatt uvurderlig gode diskusjonar med, og støtte i gjennom denne perioden. Utan deg hadde ikkje denne masteroppgåva blitt like bra. Det same gjeld mi venninne Ingvild, som har hjelpt meg med med skriveprosessen. Til slutt vil eg takke sambuaren min Olav for all oppmuntring, støtte, kaffikoking og påminningar om at dette går bra.

Eg håper denne oppgåva kan kome til nytte i arbeid med kvalitetsarbeid i helsetenesten. Jo meir eg har arbeidd med den, desto meir har eg innsett at pasientsikkerheit bør stå høgare på dagsorden. Alle pasientar fortener å føle seg trygg i møte med helsetenesten, uansett kvar i landet ein bur.

Anne Kristin Hoel

Oslo, mai 2023

Samandrag

Bakgrunn: I Noreg har befolkninga lovfesta rett til behandling av lik kvalitet uavhengig av kvar ein bur. Det er dei fire regionale helseføretaka som skal sørge for å levere spesialisthelsetenester til befolkninga i sin reigon. I desse tenestene er det funne geografiske skilnadar i kvalitet, men det er få studier som synleggjer skilnadar i førekomst og omfang av pasientskader mellom dei regionale helseføretaka. Pasientskader vert meldt eller rapportert til ulike aktørar, og det eksisterer ingen samla database der ein får samla innsikt i pasientskader. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandlar erstatningssaker knytta til pasientskader, og er ei av kjeldene til informasjon om pasientskader i Noreg.

Formål: Undersøkje førekomst og skilnadar i pasientskader i dei regionale helseføretaka, ved bruk av data frå NPE.

Metode: Deskriptiv retrospektiv tverrsnittstudie, med data frå NPE frå det ortopediske fagfeltet, nærare bestemt akutt ankeloperasjon og elektiv skulderoperasjon. Vedtaka var fatta i perioden 2013-2022. Faktorar som RHF, kjønn, alder, årsak til medhald og skadetype var oppgitt i NPE sitt datagrunnlag. Utrekningar for å finne prevalens per 100.000 innbyggjar var basert på innbyggartal.

Resultat: 311 erstatningssaker etter skulderoperasjon og 275 saker etter ankeloperasjon vart innhenta. Av desse fekk høvesvis 122 (39%) og 125 (45%) medhald. Generelt var medhaldsprosenten for begge operasjonsgrupper høgare enn snittet for NPE-saker. Vanlegaste årsak til medhald var svikt i behandling. Ankeloperasjon hadde høgare medhaldsprosent i tre av fire RHF, og skulderoperasjon hadde høgare andel medhald grunna infeksjon samanlikna med ankeloperasjon. Regionale skilnadar viste seg særleg per 100.000 innbyggjar, der ein fann flest medhaldssaker per 100.000 innbyggjar i Helse Nord. Det var skilnadar i medhaldsprosent, særleg etter ankeloperasjon der Helse Vest hadde over 50% medhald. Ein fann også skilnad i skadetype og i kjønnsfordeling mellom dei reigonale helseføretaka.

Konklusjon: Studiens funn viste at det førekjem regionale skilnadar i erstatningssaker meldt til NPE. Dette såg ein særleg ved andel medhaldssaker per 100.000 innbyggjar. Ein fann også regionale skilnadar i omfang av pasientskader og nokon skilnadar i erstatningssaker mellom akutt ankeloperasjon og elektiv skulderoperasjon. Studiens funn kan ikkje generaliserast då det berre er benytta NPE-tal, men dei gir ein dikasjon på behov for vidare kunnskap om førekomst av regionale skilndar i pasientskader. Dette er viktig for å sikre likeverdige helsetenster uavhengig av geografi, som ivaretar pasientsikkerheita i henhald til lovgivninga.

Abstract

Background: All citizens in Norway have by law a right to equal access to healthcare service quality regardless of geographical place of residence. In terms of specialist health care services, this right is provided by the four Norwegian health care authorities. Findings indicate that there are geographical differences in the quality of specialist health care, but few studies highlight the differences in terms of prevalence and magnitude in patient injuries. In Norway there are several agents who report or give information about patient injuries. One of these is the Norwegian System of Patient Injury Compensation, which handles compensation claims after patient injuries.

Purpose: To examine the prevalence of patient injuries in Norway using data from the Norwegian System of Patient Injury Compensation (NPE) and assess these complaints with regard to regional differences between the four Norwegian Health Care Authorities.

Methods: A descriptive cross-sectional study using data provided by the Norwegian System of Patient Injury Compensation. The data contained compensation claims from the period 2013-2022. The patients who filed claims underwent acute ankle surgery or elective shoulder surgery. Factors such as age, gender, regional health care authority and reason for granted compensation was included in the material. Frequency distribution was performed in the analysis.

Results: 311 patients filed compensation claims after shoulder surgery, of which 122 (39%) were granted. 275 patients filed claims after ankle surgery, out of these 125 (45%) were granted compensation. The most common reason for compensation was suboptimal treatment, which was the reason for compensation in 58% of the patient group for shoulder surgery, and 78% of the patients filing claims after ankle surgery. The percentage of patients receiving compensation due to containment/ infection were higher after shoulder surgery (38%) than ankle surgery (21%). Regional differences were particularly clear when analysing the prevalence per 100.000 capita, where the Northern Norway Regional Health Authority stood out as the one with the highest proportion of granted compensation.

Conclusions: Regional differences in patient injury complaints between regions in the Norwegian specialist health service were found with respect to prevalence and reasons for granted compensation. The findings can not be generalised since only data provided by NPE is evaluated. However, they indicate a need for further knowledge on the origins of regional differences such that equality in specialist health care in the future may be ensured.

Innhold

1.0 Introduksjon.....	10
2.0 Formål med studien	11
2.1 Problemstilling	11
3.0 Bakgrunn	12
3.1 Regionale helseføretak	12
3.2 Geografiske skilnadar i spesialisthelsetenesten.....	13
3.3 Pasientsikkerheit.....	14
3.4 Fagleg forsvarlegheit.....	14
3.5 Norsk pasientskadeerstatning	15
3.6 Melding og rapportering av pasientskader	17
3.7 Pasientsikkerhetskultur.....	19
3.8 Operasjon i skulder- og ankelleddet.....	20
3.8.1 Elektiv operasjon i skulderleddet	20
3.8.2 Akutt operasjon i ankelleddet.....	21
3.9 Kvalitet	22
4.0 Teoretisk rammeverk.....	24
4.1 Ulike tilnærmingar i pasientsikkerhetsarbeid.....	24
4.2 SEIPS modell	24
4.3 Aktive og latente forhold som fører til uønska hendingar	25
5.0 Metode og datamateriale	27
5.1 Val av forskningsmetode og studiedesign.....	27
5.2 Datamateriale og utval.....	27
5.2.1 Omkoding	28
5.3 Analyser.....	29
5.4 Ethiske omsyn	30
6.0 Resultat.....	31
6.1 Skulderoperasjonar	31
6.1.1 Regionale helseføretak	33
6.1.2 Justert per 100.000 innbygger	35
6.1.3 Justert for antal operasjonar per år	35
6.2 Ankeloperasjonar.....	36
6.2.1 Regionale helseføretak	38
6.2.2 Justert per 100.000 innbygger	39
6.2.3 Justert per operasjon.....	40
6.3 Skilnad i erstatningssaker mellom ankel- og skulderoperasjon.....	40

7.0 Diskusjon.....	42
7.1 Diskusjon av resultat	42
7.1.1 Oppsummering av resultat.....	42
7.1.2 Kven er erstatningssøkarane?	43
7.2 Uønska hendingar og potensielle årsakar til svikt i behandling	44
7.2.1 Faglig forsvarlighet	44
7.2.2 Kompetanse og kunnskap.....	45
7.3 Uønska hendingar og potensielle årsakar til smitte/ infeksjon	47
7.3.1 Kvalitetsforbetring og pasientsikkerhetskultur.....	47
7.3.2 Behandlingsprosessar	49
7.4 Skilnadar mellom dei regionale helseføretaka.....	50
7.4.1 Regionale helseføretak sitt sørge-for-ansvar	51
7.5 Disusjon av metode	53
7.5.1 Tverrsnittstudie.....	53
7.5.2 Studiens reliabilitet.....	53
7.5.3 Studiens validitet	54
7.5.4 Forskarens forforståing: bias	56
8.0 Avslutning	57
8.1 Implikasjonar for folkehelse.....	57
8.2 Konklusjon	57
Referansar.....	58
Vedlegg	63

Tabelloversikt

Tabell 1: Oversikt over regionale helseføretak med tilhørende helseføretak	12
Tabell 2: Erstatningssaker etter skulderoperasjon	31
Tabell 3: Årsaker til medhald etter skulderoperasjon.....	32
Tabell 4: Tre vanligaste skadetyper per kjønn etter skulderoperasjon.....	32
Tabell 5: Vedtak per RHF etter skulderoperasjon	33
Tabell 6: Årsaker til medhald etter skulderoperasjon.....	34
Tabell 7: Vanligaste skadetype per RHF etter skulderoperasjon.....	34
Tabell 8: Vanligaste skadetype per kjønn etter skulderoperasjon	35
Tabell 9: Saker etter skulderoperasjon justert per 100.000 innbyggjar	35
Tabell 10: Erstatningssaker etter ankeloperasjon	36
Tabell 11: Årsak til medhald etter ankeloperasjon.....	37
Tabell 12: Tre vanligaste skadetyper per kjønn etter ankeloperasjon.....	37
Tabell 13: Vedtak per RHF etter ankeloperasjon	38
Tabell 14: Årsak til medhald per RHF etter ankeloperasjon	38
Tabell 15: Vanligaste skadetype per RHF etter ankeloperasjon	39
Tabell 16: Vanligaste skadetype per kjønn i RHF.....	39
Tabell 17: Saker etter ankeloperasjon justert per 100.000 innbyggjar	40
Tabell 18: Samanlikning av medhaldsprosent.....	40
Tabell 19: Samanlikning av årsak til medhald	41

1.0 Introduksjon

Noreg er eit langstrakt land med relativt få innbyggjarar per kvadratkilometer. Den norske helsetenesta er blant dei beste i verda (Schneider et al., 2021, s.19), men det er store skilnadar i kor langt ein må reise for å nå desse helsetenestene (SSB, 2019). Innbyggarane har ein lovfesta rett til lik tilgang til helsetenester av god kvalitet, uavhengig av kven ein er eller kvar ein bur (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2001, §1). Utover dette er det ikkje noko som vidare sikrar denne lovgivinga, og det kan sjå ut som det finnast regionale skilnadar i behandlingsskvalitet i spesialisthelsetenesten (SKDE, 2021, s.90). Ansvaret for å ivareta denne retten i spesialisthelsetenesta ligg hjå dei fire regionale helseføretaka.

I Noreg har vi fire regionale helseføretak: Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Dei regionale helseføretaka har to lovpålagte hovudoppgåver, kalla eigaransvar og sørge-for-ansvar. Eigaransvar handlar om at dei eig helseføretaka, medan sørge-for-ansvar handlar om å tilby spesialisthelsetenester til befolkninga i regionen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.4). Å sikre likeverdige helsetenester og god kvalitet uavhengig av behandlingssstad har samanheng med pasientsikkerheit (Vincent, 2011, s.37).

Pasientsikkerheit handlar om førebygge pasientskader og uønska hendingar i helsetenesten. Pasientskader er del av ein større sjukdomsbyrde både nasjonalt og globalt, og kan føre til personlege konsekvensar som for eksempel forlenga sjukdomsforløp. I 2021 oppsto det ein pasientskade ved 12.8% av somatiske sjukehusopphald i Noreg (Helsedirektoratet, 2022). I tillegg til personlege konsekvensar utgjer også pasientskader ei økonomisk byrde for staten. Dette ser ein for eksempel gjennom utbetalingar frå Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), som i perioden 2013-2017 utbetalte 3,6 milliardar norske kroner i erstatningssaker (Helsedirektoratet, 2019b, s.7).

NPE er ein av aktørane som kan gi informasjon om førekomst og omfang av pasientskader i Noreg. Slik kunnskap er per i dag ikkje samla i Noreg, og det er ulike måtar å få innsikt i dette på (Helsedirektoratet, 2019b, s.5). NPE er eit statleg organ som behandlar saker der pasientar meiner dei har krav på erstatning etter ein skade skulda av helsetenester. Erstatningssaker kan gi nyttig informasjon om bakgrunn for skaden eller svikten som har skjedd, og om pasientane som er utsatt for den (NPE, 2019). NPE-sakene seier også kvar pasienten har blitt behandla, og kan slik vere nyttig i undersøkinga av regionale skilnadar.

2.0 Formål med studien

Studiens formål er å undersøke forekomst og omfang av erstatningssaker som omhandler spesialisthelsetenesten, meldt til NPE. I dette vil ein undersøke om det finnast skilnadar mellom dei regionale helseføretaka. Dette inneber vedtak på erstatningssaker som er fatta i perioden frå 2013 til 2022.

Då NPE får flest saker innan det ortopediske fagfeltet (NPE, 2022), vil studien ta utgangspunkt i erstatningssaker knytta til dette, nærare bestemt akutte ankeloperasjonar og elektive (planlagte) skulderoperasjonar. Det er då viktig å understreke at ein ikkje kan dra slutningar basert berre på operasjonar knytta til to ledd, sjølv om dei er relativt vanlege. Likevel er intensjonen å vise ulike aspekt ved pasientsikkerheitsarbeidet i Noreg med utgangspunkt i dei regionale helseføretaka. Dette kan bidra til kvalitetsforbetring og oppfylging av lovkravet om helsetenester som skal vere like for alle uavhengig av geografi.

Pasientsikkerheit og kvalitet i helsetenestene handlar om at innbyggerane skal ha lik tilgang til helsetenester, uavhengig av etnisitet, kjønn, sosioøkonomisk status og geografi (Vincent, 2011, s.4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1). Skilnadar i etnisitet og sosioøkonomisk status er vanskeleg å kartlegge innanfor helsetenester. Difor vil denne studien rette seg mot å regionale skilnadar, som då kan vise om det er skilnad i helsetenester basert på geografi. I tillegg får ein informasjon knytta til kjønn, alder og årsak til vedtak i erstatningssakene. Med bakgrunn i eksisterande empiri og kunnskap, og teoretiske rammeverk knytta til pasientsikkerheit, vil ein diskutere årsakar til dei eventuelle skilnadane, og korleis ein kan arbeide med kvalitetsforbetring i helsetenesten.

2.1 Problemstilling

Kva er førekomsten av erstatningssaker meldt til NPE etter skulder- og ankeloperasjonar i spesialisthelsetenesten i perioden 2013-2022, og finnast det skilnadar mellom dei regionale helseføretaka innanfor desse operasjonane?

Korleis kan desse skilnadane forklarast?

Er det skilnad mellom medhaldssaker i dei regionale helseføretaka med omsyn til akutt og planlagt operasjon?

3.0 Bakgrunn

3.1 Regionale helseføretak

I Noreg har vi fire regionale helseføretak (RHF). Helse Sør-Øst er det største, som sørger for helsetenester til ca 3,1 millionar innbyggjarar. Vidare følger Helse Vest med ca 1,1 millionar, Helse Midt-Noreg med 750 000 og Helse Nord 480 000 innbyggjarar (SSB, 2022). Dei fire regionale helseføretaka eig helseføretak (HF) i sin region, noko som kallast eigaransvar. Eit helseføretak er ei verksemd med formål om å yte gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi og etnisk bakgrunn, samt legge til rette for forskning og undervisning. Dei regionale helseføretaka har ansvar for å planlegge, organisere, styre og samordne verksemdene i helseføretaka som dei eig (Helseforetaksloven, 2001). Kwart RHF og HF har egne føretaksstyrer.

Tabell 1: Oversikt over regionale helseføretak med tilhøyrande helseføretak

Regionalt helseføretak (RHF)	Helseføretak (HF)
Helse Sør-Øst RHF	Oslo universitetssykehus HF
	Akershus universitetssykehus HF
	Sykehuset Innlandet HF
	Sykehuset i Vestfold HF
	Sykehuset Østfold HF
	Vestre Viken HF
	Sørlandet Sykehus HF
	Sykehuset Telemark HF
	Sunnaas sykehus HF
Helse Vest RHF	Helse Førde HF
	Helse Bergen HF
	Helse Fonna HF
	Helse Stavanger HF
Helse Midt-Noreg RHF	Helse Nord-Trøndelag HF
	St. Olavs Hospital HF
	Helse Møre og Romsdal HF
Helse Nord RHF	Helse Finnmark HF
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
	Nordlandssykehus HF
	Helgelandssykehuset HF

Regionale helseføretak er eigd av staten, ved Helse- og omsorgsdepartementet. At staten eig dei regionale helseføretaka gjer at moglegheita for styring vert forsterka ved statens andre roller med utarbeiding av politikk, finansiering, utøving av myndigheit og tilsyn. Dette skjer mellom anna gjennom styringsdokumenta som Helse- og omsorgsdepartementet åreleg gir ut til dei regionale helseføretaka, der det blir fremja styringskrav og midla frå statsbudjettet vert stilt til deira disposisjon (Helsedirektoratet, 2013, s.9). Rammene for drift og organisering av føretaka er forankra i Helseføretaksloven (2001). Vidare er dei regionale helseføretaka sine oppgåver lovfesta i Spesialisthelsetenesteloven §2-1 a, som seier at dei skal sørge for at personar innan helseregionen skal ha tilbod om spesialisthelseteneste, og sørge for at pasientane sin rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp vert oppfylt. Dette viser til sørge-for-ansvaret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.4).

3.2 Geografiske skilnadar i spesialisthelsetenesten

Geografiske skilnadar i spesialisthelsetenesten kan mellom anna handle om kor godt dei regionale helseføretaka ivaretar sitt sørge-for-ansvar. Slike skilnadar vert synleggjort med verktøyet Helseatlas, som er utarbeida av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Helseatlas analyserer variasjon i bruk av helsetenester, med formål om å bidra til eit likeverdig tilbod for heile befolkninga, uavhengig av geografi og sosiale grupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022a). Helseatlas for kvalitet undersøker om befolkninga i ulike regionar får likeverdig kvalitet i dei utvalgte helsetenestene, og viser slik kor godt dei regionale helseføretaka sitt sørge-for-ansvaret er ivareteke (SKDE, 2021, s.87). Resultata i Helseatlas for perioden 2017-2019 viste at det var tydeleg geografisk variasjon i måloppnåing for fleire av kvalitetsindikatorane. På regionalt nivå var det ulik måloppnåing for ni (38%) av dei 24 utvalde indikatorane. Alle regionar hadde tilfelle av lav måloppnåing der andre regionar hadde høgare (SKDE, 2021, s.90). Tala viste også at det var ulike fagområder der nokon RHF oppnår lav måloppnåing, medan andre RHF får høg måloppnåing. Helse Vest hadde flest indikatorar med høgast måloppnåing, men også flest med lavast måloppnåing (SKDE, 2021, s.89-90).

Tal frå det ortopediske fagfeltet vert i Helseatlas for kvalitet vist ved nasjonalt kvalitetsregister for hoftebrudd. Kvalitetsindikatorane her viser skilnadar både mellom regionale helseføretak, men også innad i dei enkelte helseføretaka. Desse tala viser altså at det er geografiske skilnadar i kvalitetsindikatorane. SKDE meiner dette kan skuldast fagleg

ueinighet, den enkeltes kirurg preferanser, eller ulike vektlegging av komplikasjonar knytta til operasjonsmetodane (SKDE, 2021, s.78-79). Desse tala er med på å syngleggjere og slå fast at det er geografiske skilnader i korleis ein gjennomfører ortopediske operasjonar, trass i kunnskap om prognose og kliniske retningslinjer.

3.3 Pasientsikkerheit

Pasientsikkerheit definerast av Helsedirektoratet som «vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstenestas ytingar eller mangel på ytingar». Vidare vert ein pasientskade definert som «ei utilsikta skade som har oppstått som eit resultat av behandling eller tenester eller som tenesta har bidratt til, som krevjer ytterlegare overvakning, behandling eller sjukehusinnlegging, eller som har dødeleg utgang» (Helsedirektoratet, 2019b, s.31).

Pasientsikkerheit handlar altså om arbeid for å unngå at pasientar vert skada i helsetenesten. Pasientskader vil ha meir eller mindre alvorlege konsekvensar for pasienten, til dømes i form av forlenga sjukehusopphald eller redusert livskvalitet. Eit anna omgrep som nyttast mykje likt med pasientskade, er uønska hending. Dette omgrepet forklarar uønska hendingar som er knytta til sjukdomsforløp og til helsetenester, og er definert som «ei hending som resulterer i skade på pasient. Hendinga er relatert til klinisk behandling og ikkje komplikasjonar ved eit sjukdomsforløp» (Aase, 2022, s.16-18).

Det kan vere utfordrande å definere kva som er ein pasientskade i helsetenesten. Dette har samband med at pasientar vanlegvis er sjuke i utgangspunktet, og det er difor vanskeleg å skilje årsak til skade frå årsak til sjukdom. I tillegg vil dei fleste nødvendige behandlingar alltid påføre ei eller annan form for skade, til dømes strålebehandling eller kirurgi. Difor er det eit poeng å vurdere risiko mot ønska effekt. Ei anna utfordring er at skade relatert til helsetenester ikkje nødvendigvis vert oppdaga eller er synlege umiddelbart (Vincent, 2011, s.98). Med bakgrunn i dette, ser ein gjerne på pasientsikkerheit i samband med krav om fagleg forsvarlegheit (Aase, 2022, s.17).

3.4 Fagleg forsvarlegheit

Fagleg forsvarlegheit er eit krav som skal sikre at helsetenestene innehar eit visst nivå. Forsvarlegheitskravet i spesialisthelsetenesten er forankra i helsepersonelloven (2001) og spesialisthelsetenesteloven (2001), som stiller krav både til den enkelte og til heile verksemda

i helsetensten. Slik er kravet om fagleg forsvarlegheit ein rettsleg standard, som skal sørge for best mogleg helsetenster til pasientane (Helsedirektoratet, 2018).

Helsepersonelloven (2001, §1) har som formål å bidra til sikkerheit for pasientar og kvalitet i helse- og omsorgstenesten, samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstenesten. §4 slår fast at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til fagleg forsvarlegheit.

Herunder skal dei innrette seg etter faglege kvalifikasjonar, og innhente bistand eller henwise vidare om nødvendig og mogleg (Helsepersonelloven, 2001). At helsepersonell handlar forsvarleg, vurderast utifrå helsepersonellets kvalifikasjonar, arbeidets karakter og situasjonen ein handlar i (Helsedirektoratet, 2018, s.10-11). Dette er også forankra og må sjåast i samanheng med spesialisthelsetenesteloven (2001), der forsvarlegheitsomgrepet har eit meir heilskapleg utgangspunkt og sett bestemningar for sjølve insitutsjonen og helsetenestene.

§2-2 i spesialisthelsetenesteloven (2001) slår fast at spesialisthelsetenesta skal tilrettelegge sine tenester slik at personell som utfører tenestene vert i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter. Dette inneber at standarden på helsetenestene skal inneha eit visst kvalitetsnivå (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Kravet om fagleg forsvarlegheit er forankra i anerkjent fagkunnskap, faglege retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Dette gjer det utfordrande å definere konkret, då det er ein rettsleg standard bestemt av normer utanfor loven, og innhaldet kan variere over tid i takt med utvikling av kunnskap og endring av verdiar. Det betyr at noko som var fagleg forsvarleg for 20 år sidan, ikkje nødvendigvis er det i dag. Med bakgrunn i dette er skjønn involvert i vurderinga av kva som er fagleg forsvarlig, og kor store avvik som er tilstades før helsetenestene er uforsvarlege. Fagleg forsvarlegheit skal både vere ein indikasjon for korleis tenestene og god praksis bør vere, men det skal også vise grensa mot kva som betegnast som uforsvarleg i helsetenestene (Helsedirektoratet, 2013, s.19). Om behandlinga har vore utanfor det som kvalifiserast som god praksis og ført til ein pasientskade, kan pasienten ha rett på pasientskadeerstatning.

3.5 Norsk pasientskadeerstatning

Ordninga med pasientskadeerstatning er forankra i pasientskadeloven (2003), der ansvaret for å handtere erstatningssaker vert lagt til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) (Pasientskadeloven, 2003, §6). NPE er ein statleg etat som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Dei behandlar erstatningssaker frå pasientar som meiner dei har blitt påført ein skade etter behandlingssvikt i helsetenesta. Målet er at den som har blitt påført ein

pasientskade ikkje skal lide økonomisk tap som følgje av dette (Aase, 2022, s.21).

Pasientskadeloven (2003) §7 lovfestar ulike offentlege instansar si plikt til å betale tilskot til NPE ved staten, dei regionale helseføretaka, helseføretaka, fylkeskommunane eller kommunane. For den offentlege spesialisthelsetenesten er det primært dei regionale helseføretaka som finansierer NPE. Erstatningssaker og utbetalingar frå NPE gir eit innblikk i kva pasientskader kostar den norske staten årleg. I perioden 2013-2017 vart 3,6 milliardar kroner utbetalt i pasientskadeerstatningar som gjaldt dei regionale helseføretaka (Helsedirektoratet, 2019b, s.7).

Helsepersonell skal opplyse om pasientane sin moglegheit til å søke pasientskadeerstatning, jamfør pasient- og brukerrettighetsloven (2001) §3-1. Pasientskadeloven (2003) §2 bestemmer korleis krav om erstatning regulerast. For å få medhald i søknad om erstatning frå NPE, må ein oppfylle tre krav (NPE, 2021a; Pasientskadeloven, 2003):

1. Pasientskada må ha oppstått i samband med behandling, undersøking, diagnostisering eller oppfølging. Dette inneber skaden ikkje kan skuldast sjukdomen du blei behandla for. Skaden kan vere forbigående eller varig.
2. Pasientskada må ha ført til økonomisk tap over 10.000 norske kroner. I nokre tilfeller kan ein få erstatning trass i at ein ikkje har opplevd økonomisk tap. Dette kallast menerstatning for ikkje-økonomisk tap, og er erstatning for ei pasientskade som varer i minst 10 år, og gir medisinsk invaliditet på minst 15%.
3. Pasientskaden kan ikkje vere for gammal. Foreldringsfristen for å søke pasientskadeerstatning er som hovudregel tre år. Denne fristen er frå og med du innser at du har fått ei skade som gir deg økonomisk tap og/ eller medisinsk invaliditet.

Altså har pasientar som har lidd tap grunna pasientskade krav på erstatning når skaden skuldast svikt ved yting av helsehjelp, teknisk svikt ved apparat reiskap eller anna utstyr, smitte eller infeksjon, vaksinasjon, eller forhold som medfører ansvar for helse- og omsorgsenesten eller helsepersonell etter almenne erstatningsreglar. Unntaksvis kan det ytast erstatning når det har skjedd ei pasientskade som er særleg stor eller uventa (Pasientskadeloven, 2003, §2). Om ein har rett på erstatning vert avgjort av sakkyndige spesialistar og saksbehandlar ved NPE. Desse greier ut og vurderer om det har vore svikt i diagnostikk og/eller behandling, og om behandlinga er innanfor god fagleg praksis. Den sakkyndige skal ha kompetanse og erfaring innan det aktuelle fagfeltet (NPE, 2022a).

I 2022 var gjennomsnittleg medhaldsprosent for alle innsendte saker til NPE på 29%. Denne prosentandelen varierer lite frå år til år. Det ortopediske fagfeltet er det medisinske området med høgst andel erstatningssaker. I perioden 2018-2022 gjaldt 25% av innmeldte erstatningssaker ortopedi. Blant regionale helseføretak har Helse Nord høgare medhaldsprosent samanlikna med dei andre, med 35% i perioden 2020-2022 (NPE, 2022).

NPE sitt mandat omhandlar altså pasientskadeerstatning grunna i økonomisk tap eller varige mèn. Dette gjer at NPE ikkje har sanksjonsmyndigheit overfor helsepersonell som er involvert i pasientskader. Målet med pasientskadeordning er at dei som opplever feilbehandling ikkje skal lide økonomisk som følge av pasientskaden, medan Statsforvaltaren kan vurdere ulike reaksjonar mot behandlar uavhengig av om skaden har ført til økonomisk tap eller ikkje (NPE, 2021b).

3.6 Melding og rapportering av pasientskader

I tillegg til NPE er det fleire måtar å få innsikt i omfanget av pasientskader og uønska hendingar. Det er ei utfordring at det ikkje er noko samla system for slik informasjon i Noreg, då kunnskap om uønska hendingar er viktig for læring slik at dei kan førebyggast i framtida (Aase, 2022, s.149). Under vil det presenterast ulike instansar dit pasientskadar meldast eller rapporterast i spesialisthelsetenesten.

Statens helsetilsyn og Statsforvalteren

Spesialisthelsetenesten har plikt til å rapportere uønska hendingar til Statens helsetilsyn, der også pasientar og pårørande kan melde inn alvorlege hendingar (dødsfall eller svær alvorleg skade på pasient) (Aase, 2022, s.20). Statens helsetilsyn er øvste tilsynsmyndigheit i Noreg og har det overordna faglege tilsynet med helse- og omsorgstenestene. Statsforvaltaren (helsetilsyn i fylket) fører tilsyn på oppdrag frå Statens Helsetilsyn. Tilsynsmyndigheitene skal mellom anna følge med på korleis verksemder og helsepersonell leverer helsetenester, og gripe inn overfor verksemder og helsepersonell som utøver verksemda i strid med lovgivinga (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Rapportering av pasientskader med Global Trigger Tool

Sidan 2010 har skader og uønska hendingar i somatiske sjukehus blitt kartlagt ved metoden Global Trigger Tool (GTT-undersøkelsen). Dette er strukturerte journalundersøkingar, der formålet er å kartlegge omfanget av pasientskader i norske sjukehus (Helsedirektoratet, 2022,

s.4-6). Ein kan slik få innsikt i omfang og konsekvensar av pasientskader, men ikkje om skaden kunne vore unngått eller ikkje. GTT-undersøkingane gir heller ikkje informasjon om kvifor skadene oppstår, og skader som oppstår som følge av fråvær av behandling utanfor sjukehus vert ikkje fanga opp (Helsedirektoratet, 2019b, s.7, s.20).

Medisinske kvalitetsregister og helseregister

Eit medisinsk kvalitetsregister gir innsikt i kvalitet og helsegevinst gjennom å dokumentere behandlingsprosess, -kvalitet og -resultat for den gitte pasientgruppa. Dataene frå registra kan bidra til kvalitetsforbetring og forskning. Slike register er vanlegvis etablert av fagmiljøa sjølv (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregister, u. å.). Altså kan medisinske kvalitetsregister gi innsikt og informasjon om kvalitet i helsetenesten for gitte pasientgrupper, der fagmiljøet har intitiert etableringa av eit slikt register. Likevel seier kvalitetsregistra ingenting om førekomst av pasientskader, og det er fleire fagområder der kvalitetsregister ikkje er oppretta.

Eit helseregister er ei fellesbeteikning på fleire ulike type datainnsamlingar om helseopplysningar. Formålet med helseregistera er å gi kunnskap som bidreg til at helsetenestene vert betre, og til utvikling av betre behandling, førebygging, helseovervaking og forskning. I Noreg har vi 18 sentrale helseregister, deriblant Norsk Pasientregister (NPR) (Folkehelseinstituttet, 2020). NPR inneheld helseopplysningar om alle som har fått behandling, eller ventar på behandling i offentleg finansierte spesialisthelsetenester (Helsedirektoratet, u. å.)

Pasient- og brukarombudet

Pasient- og brukarombudet skal ivareta pasienten og brukarens behov, interesser og rettsikkerheit i møte med helsetenesta, og skal arbeide for å betre kvalitet i desse tenestene (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2001, §8-1). Det er ingen formell klageinstans, men kan uttale seg og kome med forslag til konkrete tiltak for forbetring (Helsedirektoratet, 2015). I 2022 fekk Pasient- og brukarombudet rekordmange henvendingar, der fleste av forholda omhandla spesialisthelsetenesten. Vanlegaste årsak til kontakt i spesialisthelsetenesta var forhold knytta til sjølvbehandlingstiltaket. 38% av desse førespurnadane var i samband med kirurgi, og då hovudsakleg innan ortopedi (Bruvik, 2022, s.4-5). Desse tala er med på å synleggjere forbetringspotensialet i kvalitetsarbeid i ortopedisk kirurgi i spesialisthelsetenesten, og viktigheita av forskning innafor dette.

Lokale avvikssystem

Helseføretaka i Noreg er pålagt å ha rutiner og system for å rapportere uønska hendingar internt i organisasjonane, gjennom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2017). Denne forskrifta pålegg leiinga å etablere og ivareta eit styringssystem for å redusere risiko for uønska hendingar og pasientskade. Altså er sjukehusa pliktig å ha lokale avvikssystem, som leiar skal ha oversikt over slik at dei kan trekkjast inn i planlegging og arbeid med verksemdas pasientsikkerhetsarbeid. Ein kultur og eit system der ansatte melder frå om uønska hendingar er difor vestenleg for å avdekke og førebygge framtdige avvik (Helsedirektoratet, 2017). Dette har mellom anna samanheng med pasientsikkerheitskultur.

3.7 Pasientsikkerheitskultur

Pasientsikkerheitskultur, eller sikkerheitskultur, er eit vidt omgrep som famnar kultur for samarbeid, rapportering og leiarens betydning. I ein organisasjon er kultur eit grunnleggande mønster, der ein som gruppe utviklar og lærer kva som er rett oppfatting og forståing, og lærer dette vidare til nye medlemmar i gruppa. Kort sagt kan kulturen seiast å vere organisasjonens grunnleggande verdiar og haldningar (Aase, 2022, s.167). Dette inneber at det er fellesnemnaren for alle avdelingar. Pasientsikkerheitskultur er spesielt viktig for å oppretthalde pasientsikkerhetsarbeidet over tid. Det er også viktig i forbindelse med melding og rapportering av pasientskader. Ein kultur prega av openheit og forståing ser ofte læringspotensialet i pasientskader og uønska hendingar, framfor å henge ut enkeltpersonar. Difor vil ein organisasjon med ein slik kultur ofte ha lettare for å melde og rapportere pasientskader, noko som påvirkar pasientsikkerhetsarbeidet (Vincent, 2011, s.276-277).

Kultur i ein organisasjon er ein av dei faktorane som har tydelgast samanheng med korleis pasientsikkerhetsarbeid prioriterast (Aase, 2022, s.123). Dette inneber at leiinga tilrettelegg for ein organisasjonskultur der pasientsikkerheit er ein felles, grunnleggande verdi for klinisk arbeid og i alle aktivitetar. Leiinga har eit tydeleg ansvar for å betre sikkerheitskulturen, og prioritering, synlegheit og aktive handlingar er viktig i arbeidet med dette (Aase, 2022, s.132-133). Dette er også forankra i forskrift om leiing og kvalitetsarbeid (2017).

Pasientsikkerheitskultur kan målast gjennom eigne målingar i institusjonen, og kan nyttast i framlegg og arbeid med sikkerheitskultur (Aase, 2022, s.123).

3.8 Operasjon i skulder- og ankelleddet

Denne studien vil ta utgangspunkt i dei mest vanlege elektive (planlagt) skulderoperasjonane og akutte ankeloperasjonane for å illustrere førekomst av pasientskader meldt til Norsk pasientskadeerstaing. Operasjonskodane er vedlagt i vedlegg 1.

3.8.1 Elektiv operasjon i skulderleddet

Elektive operasjonar i skulderleddet er hovudsakleg knytta til lidingar i muskel/seneapparatet, eller sjølve skulderleddet. Skuldsmarter er ein av dei mest vanlegaste plagene i muskel/skjelett-apparatet. Den vanlegaste typen skuldsmarter (opptil 70%) er kalla subakromial smerte. Slik smerte kan påvirke daglege gjeremål, og føre til sjukemelding frå arbeid. Underlagt subakromialt smertesyndrom finn vi diagnosene rotator cuff syndrom og impingement syndrome (Vandevik et al., 2019). Tal frå NPR viser at i 2022 var 7930 pasientar i kontakt med spesialisthelsetenesten grunna rotatorcuff syndrom. Tilsvarende tal for impingement syndrome var 5662 pasientar (Helsedirektoratet, 2019a). Desse tala seier noko om omfanget av tilstandane relatert til spesialisthelsetenesten. Retningslinjene for behandling av subakromialt smertesyndrom har endra seg dei siste åra, og nokon behandlingsprosedyrer knytta til tilstanden er frå 2019 ikkje anbefalt (Vandvik et al., 2019). Studier viser også for andre prosedyrar at det er liten skilnad i funksjon eller smerter hjå pasientar som får kirurgi samanlikna med konservativ behandling (Evensen et al., 2023; Vandvik et al., 2019). Det har vore utfordrande å finne sosiodemografisk kunnskap om kva som kjenneteiknar denne pasientgruppa i Noreg.

Skulderleddet er i dag det leddet som blir tredje hyppigast bytta ut i Noreg, etter kne- og hoftleddet. Kvart år vert det gjennomført ca 1000 skulderoperasjonar i Noreg. Antall operasjonar er aukande, og har nesten blitt dobla dei siste ti åra (Furnes et al., 2021, s.175). Dette kan skuldast moderne protesedesign, utvida indikasjonar for insetjing av protese, og fleire pasientar som er aktive i alderdomen (Cheung et al., 2016). Det vanlegaste årsaka til operasjon er artrose, etterfulgt av brot i overarmsbeinet (proksimal humerusfraktur) og revmatiske lidingar (leddgikt) (Furnes et al., 2022, s.56). I 2021 var gjennomsnittsalderen for innsetjing av skulderproteser 73 år for kvinner og 68 år for menn, og 64% av operasjonane vart utført på kvinner (Furnes et al., 2022, s.47). Hovudmålet er å redusere smerter og å betre bevegeligheita i skuldra. Resultat er avhengig av pasientens alder, tilstand før operasjonen og årsak til behov for protese. Yngre pasientar med god knokkelkvalitet har best forutsetningar for høg grad av smertefriheit og god bevegeligheit (NEL, 2022b). Den stadige aukande

frekvensen i proteseoperasjonar krevjer at kirurgen har ei god forståing av indikasjon for operasjonen, kirurgisk teknikk og kunnskap om potensielle komplikasjonar som kan oppstå for at resultatet skal bli vellykka (Cheung et al., 2016)

Med ovanfor nemnte avsnitt som bakgrunn, har denne studien har vald å undersøkje førekomst av pasientskader etter elektiv skulderkirurgi. Viktigheita av dette kan sjåast i samanheng med endring av retningslinjer for kirurgi knytta skuldersmerter i muskel/seneapparatet, og det sterkt aukande talet av proteseoperasjonar i skuldra. Å ivareta kvalitet og pasientsikkerheita vil vere ekstra viktig i lys av dette. Dette handlar også om helsepersonell sitt krav til å handle fagleg forsvarleg som inneber å handle utifrå kompetanse, forskning og kliniske retningslinjer (Helsedirektoratet, 2013, s.19).

3.8.2 Akutt operasjon i ankelleddet

Akutte operasjonar i ankelleddet består primært av behandling av ankelfrakturar (ankelbrot). I Noreg er ankelfraktur ein av dei tre mest vanlege frakturane (Bale et al., 2019, s.67). Den vanlegaste årsaka til ankelfraktur er fall, etterfulgt av overtråkk og sportsskader.

Ankelfraktur har høg komplikasjonsrate, der ein tredjedel opplever smerter i etterkant. Difor har ankelfrakturar påvirknad på liva til dei som opplever det, og utgjør kostnader for samfunnet (Vanderkarr et al., 2022).

Gjennomsnittsalderen for å pådra seg ein ankelfraktur er 40-46 år, og for pasientar yngre enn 65 år oppstår skaden hyppigast for menn (Veltman & Poolman, 2022). Behandling av ankelfrakturar er ei kompleks oppgåve, som kan gjerast enten konservativt eller operativt, avhengig av bruddets kompleksitet. Ved operativ behandling skal pasienten helst opererast innan 6-8 timar. Om det har gått for lang tid og hevelsen er for stor må operasjonen utsetjast til hevelsen har gått ned, vanlegvis etter 4-6 dagar (NEL, 2022a). Dei siste tiåra har operativ behandling av ankelfraktur auka, mykje som følge av påvist samanheng mellom nøyaktig oppretting av feilstilling og betre ankelfunksjon (Bale et al., 2019, s.67)

Tal frå Norsk pasientregister viser at i 2021 vart 5937 ankeloperasjonar etter operasjonskodane (prosedurekodane) frå denne studien gjennomført (sjå vedlegg 1).

Ankelfrakturar utgjør ca 15% av alle ankelskader (NEL, 2022a). Ein stor epidemiologisk studie frå Danmark viste at gjennomsnittet av ankelfrakturar per år i perioden 2005-2014 var 168,7 per 100.000 innbyggjar (Elsoe et al., 2018). Dette stemmer overeins med ein svensk studie gjort i det nordlegaste fylket i Sverige, Nordbottn, som studerte ankelfrakturar i

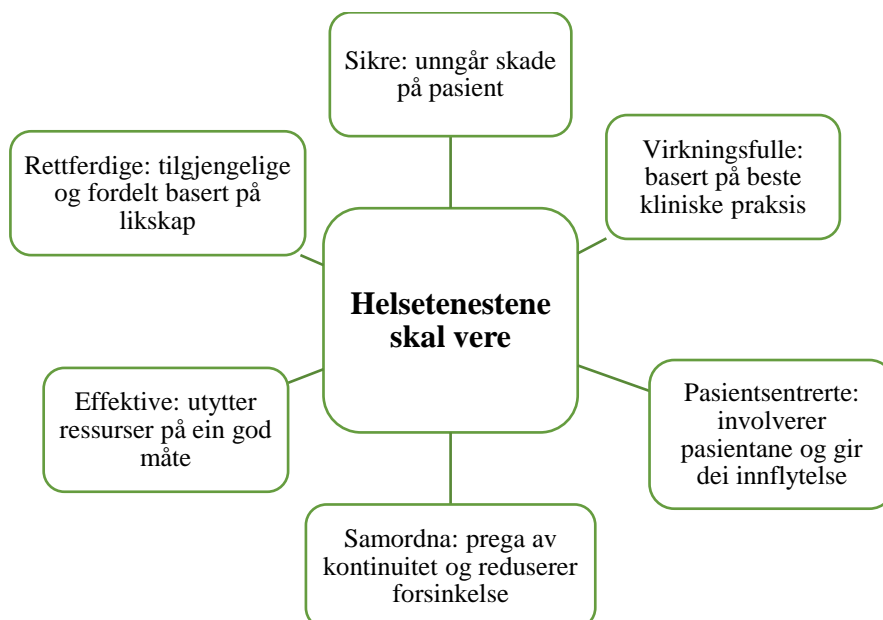
perioden 2009-2013. Dei viste at førekomsten av ankelfrakturar i fylket var 179 per 100.000 innbyggjar i den aktuelle perioden (Juto et al., 2018). Elsoe et al (2018) viste også at førekomsten av ankelfrakturar var høgare dei åra vinterane var kalde. Begge studia viste at førekomst av frakturar hjå menn var synkande med alder, medan det var motsett for kvinner der førekomsten var aukande med alder.

Med bakgrunn i at det er ei av dei vanlegaste brotskadene i Noreg, viktigheita av rask avklaring og behandling, og pasientgruppa sin relativt unge alder, har denne studien vald å undersøkje erstatningssaker etter akutt ankeloperasjon.

3.9 Kvalitet

Kvalitet handlar om pasientopplevingar, behandlingresultat og pasientsikkerheit, som er noko av det viktigaste spesialisthelsetenesten skal bidra med (SKDE, 2019, s.3). Vanlegvis snakkar ein om pasientsikkerheit som del av eller ein dimensjon av det breiare omgrepet kvalitet, og ein ikkje kan sjå på sikkerheit isolert frå kvalitet (Aase, 2022, s.25). Difor er dei to omgrepa vanleg å bruke saman i for eksempel stortingsmeldingar og i forskning.

Kvalitetsomgrepet i norske helsetenester baserer seg på definisjonen frå Institute of Medicine (2005), der seks dimensjonar av kvalitet i helsetenestene vert presentert:



Ved å møte og ivareta desse seks dimensjonane vil helsetenesta vere betre rusta for å ivareta pasientbehov. Pasientar og brukarar vil då oppleve ei helseteneste som er tryggare, meir pålitelig, responsiv, integrert og tilgjengelig. Det vil også vere gunstig for helsepersonell, som

leverer helsetenester som er meir tilpassa pasientane og betre koordinert (Insitute of Medicine, 2001, s.5-6). Ein dimensjon å merke seg er at tenestene skal vere rettferdige. Dette inneber at det ikkje skal skiljast på kjønn, etnisitet, sosioøkonomisk status eller geografi, noko som vil vere relevant i samband med denne studien. Arbeid med kvalitetsforbetring innan helsevesenet er forankra i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring (2017).

Leiging og kvalitetsforbetring i helsetenestene

Helsetenesten har ei lovfesta plikt til å arbeide systematisk med kvalitet og pasientsikkerheit, jamfør forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helsetenestene (2017). Forskriftas formål er å bidra til fagleg forsvalge helse- og omsorgstenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukersikkerheit, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivinga vert fulgt opp. Forskrifta rettar seg primært mot den som har det overordna ansvaret for verksemda, for å gi eit verktøy for systematisk styring og leiing, samt kontinuerlig forbetring. Slik bidreg den til å tydeleggjere ansvaret for kvalitetsforbetring i verksemdar i helsesektoren (Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring, 2017). Kvalitetsforbetring er ein kontinuerlig prosess, der ein først identifiserer svikt eller forbetringsområder, for deretter å iversette tiltak og justere til resultatet vert som ønska og forbetringa vedvarer (Helsedirektoratet, 2019b).

Denne studien håper å bidra til å styrke arbeidet med kvalitetsforbetring og pasientsikkerheit i den norske spesialisthelsetenesten ved å belyse utfordringar knytta til regionale skiladar i pasientsikkerheit og kvalitet. Dette kan gi betre grunnlag for å styrke pasientsikkerheiten i alle helseregionar, noko som også vil vere i tråd med pasientanes lovfesta rett til likeverdige helsetenster. Som vist i dette kapittelet er ivaretaking av pasientane sin sikkerheit ein viktig faktor i kvalitetsarbeidet. Vidare skal ein sjå på teoretiske rammeverk innan pasientsikkerheit. Desse viser korleis ei uønska hending kan oppstå, og områder ein dermed kan arbeide med kvalitetsforbetring.

4.0 Teoretisk rammeverk

Dette kapittelet vil presentere teoretiske rammeverk for arbeid med pasientsikkerheit og kvalitet i helsetenesten. Teorien sørger for eit viktig grunnlag for vidare drøfting.

4.1 Ulike tilnærmingar i pasientsikkerhetsarbeid

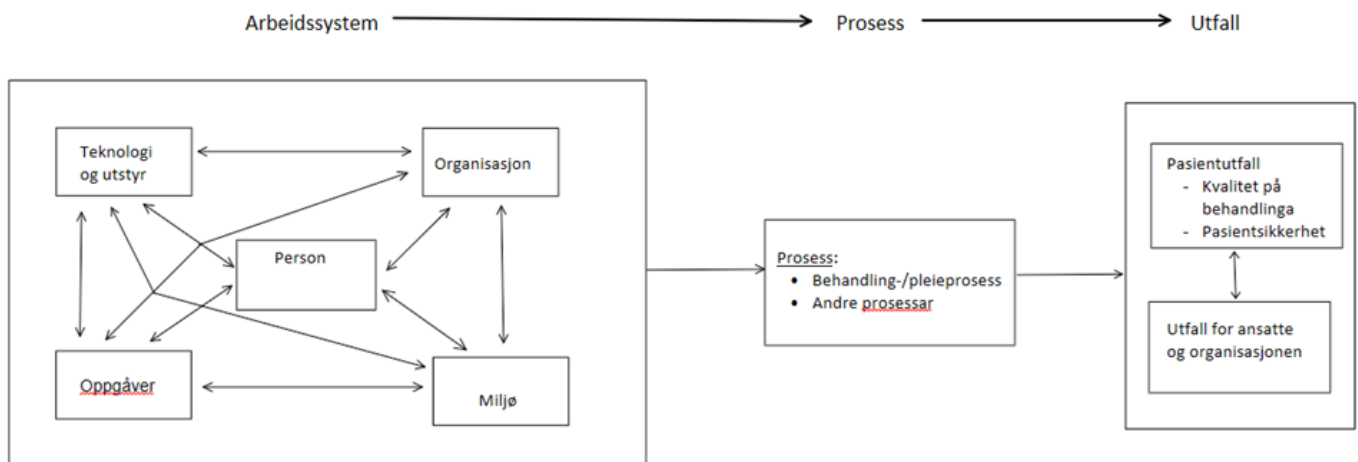
For å forstå korleis uønska hendingar eller pasientskader skjer, kan ein nytte ulike tilnærmingar. Når ein snakkar om modellar for sikkerheit er det vanleg å bruke systemperspektivet eller individperspektivet. Dei to ulike perspektiva forklarar korleis og kvifor uønska hendingar skjer, på individ- eller systemnivå. Individperspektivet framhevar individets, altså helsepersonellens, adferd og rolle, medan systemperspektivet ser på helsetenesta som eit system der det er dei ulike faktorane som har betydning for uønska hendingar. Når ein omtalar system, inkluderer dette alle organisasjonar, institusjonar og ressursar som utgjer helsetenesta (Aase, 2022, s.39). Det viktige i systemperspektivet er at uønska hendingar og menneskleg åtfærd ikkje kan bli forstått isolert sett, men berre i konteksten dei arbeider i. Det vil seie at helsepersonell er påverka av oppgåvene sine, teamet dei arbeider i, arbeidsmiljø, og dei organisatoriske rammene (Vincent, 2011, s.136). Denne studien vil ta utgangspunkt i systemperspektivet i tilnærminga til pasientsikkerheit.

4.2 SEIPS modell

Fleire modellar er utarbeida for å forklare korleis og kvifor uønska hendingar skjer på systemnivå, og ein av dei som vil vere mest relevant i denne studiens samanheng er System Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS modell). SEIPS modell gir eit rammeverk for å forstå strukturane, prosessane og utfalla i helsetenesten og kringliggande forhold (Carayon et al., 2006).

I SEIPS modell tar ein utgangspunkt i at ulike komponentar samhandlar innanfor eitt system. Dette systemet innehar fem komponentar: person (som kan vere helsepersonell, anna ansatt i helseinstitusjonen, eller pasienten), oppgåver, verktøy og teknologi, fysisk miljø og organisatoriske forhold. Dei fem komponentane i systemet samhandlar med og påverkar kvarandre gjennom ein prosess. Denne prosessen kan vere sjølv behandlinga, men også andre prosessar relatert til helsetenesten. Vidare er prosessen avgjerande for kvaliteten og tryggleiken i tenestene, som igjen påvirkar utfallet. Utfallet er det resultatet som sytemet har

«produsert» gjennom prosessen. Dette kan vere pasientrelatert i form av kvalitet i behandlinga ein mottek, men det kan også vere relatert til dei ansatte i form av for eksempel arbeidsmiljø (Carayon et al., 2006).



Figur 1: SEIPS-modell (Carayon et al., 2006, s. 51)

4.3 Aktive og latente forhold som fører til uønska hendingar

Ein annan anerkjent og anvendt modell for sikkerheitsteori i systemperspektivet, er Reasons forsvar-i-dybden frå 1997, gjengitt i Aase (2022, s.46). Denne modellen viser samanhengen mellom farer, barrierer og tap, og illustrerer korleis brot på barrierer og sikkerheitsordningar skiljer ein fare frå å utvikle seg til tap. Tanken bak modellen er at det er aktive feil eller forhold som utløyser ei uønska hending, men det er bakanforliggende (latente) årsakar som gjer at dei aktive feila får utvikle seg. I Reasons modell må ein sjå dei latente forholda og dei aktive feila i samanheng. Denne modellen ser vekk frå individets/ helsepersonelle's ansvar, og rettar meir fokus mot systemet og dei organisatoriske forholda som utløyser menneskelege feil (Aase, 2022, s.46).

Vincent, Taylor-Adams og Stanhope (1998, gjengitt i Vincent, 2011, s.150) har vidareutvikla Reasons sin modell og tilpassa den til bruk i helsetenesten. Dei har slik skapa eit rammeverk for klinisk praksis. Dette rammeverket viser sju ulike typar faktorar som kan påvirke utviklinga av uønska hendingar i helsetenesten (Vincent, 2011, s.150; Aase, 2022, s.47-48). For kvar faktor kan ein beskrive aktive og latente feil.

Rammeverk for faktorar som påverkar klinisk praksis, gjengitt frå Vincent (2011), s.150:

Faktor type	Påvirkande faktor
Pasient	<i>Tilstand (kompleksitet, alvorligheit), språk, kommunikasjon, personlegdom, sosiale forhold.</i>
Oppgåve og teknologi	<i>Design og tydlegheit, tilgjengeligheit av kliniske retningslinjer og protokollar</i>
Individ	<i>Kunnskap og eigenskapar, kompetanse, fysisk og mental helse</i>
Team	<i>Muntleg og skriftleg kommunikasjon, vegleiing og støtte/ hjelp, teamstruktur</i>
Arbeidsmiljø	<i>Bemaningsnivå og -samansetjing arbeidsbelastning og turnus, utstyr, administrasjon, leiarstøtte</i>
Organisasjon og leiing	<i>Ressuser og begrensingar, struktur, mål og standarder, sikkerheitskultur, prioritering</i>
Institusjon	<i>Økonomiske rammer, tilsynspraksis, nasjonale retningslinjer</i>

5.0 Metode og datamateriale

I dette kapitlet vil det bli gjort greie for metoden som er nytta for å svare på studiens problemstilling. Vidare vil studiens utval beskrivast, og deretter vil det forklarast korleis datane er innhenta og omkoda der det har vore aktuelt. Ein vil beskrive kva statistiske analyser som er gjennomført, og til slutt etiske omsyn vedrørande studien.

5.1 Val av forskningsmetode og studiedesign

Denne studien nyttar kvantitative data frå NPE sin statistikkbank, og forskningsmetoden vil difor vere kvantitativ. Studiedesignet vil vere ein retrospektiv deskriptiv (eller beskrivande) tverrsnittstudie. Ein tverrsnittstudie ser på ei bestemt gruppe mennesker og eit visst utfall gjennom ein periode, såkalla prevalens. Prevalens seier noko om førekomsten av ein sjukdom eller eit fenomen i populasjonen på eit gitt punkt (Webb et al., 2022, s.388). Tverrsnitstudier vil gi eit augenblikksbilde av det fenomenet ein studerer, og er godt eigna til å undersøke fenomen der det finnst lite kunnskap frå tidlegare (Webb et al, 2020, s.111; Johannessen, 2017, s.70). At studien er deskriptiv inneber at den har som hensikt å underbygge og dokumentere eit fenomen (Johannessen, 2017, s.52). Deskriptiv statistikk er nyttig då den kartlegg førekomst og viser storleiken av helseutfordringar i befolkninga, og gir slik viktig kunnskap i arbeidet med å adressere dette (Webb et al., 2020, s.16). Fordi datamaterialet er henta frå tidsperioden 2013-2022, vil studien vere retrospektiv.

Fenomenet ein dokumenterer i denne studien er pasientskader vist ved erstatningssaker meldt til NPE etter ei gruppe akutte og ei gruppe elektive (planlagt) prosedyrer, i studien kalla operasjonar. Dette er akutte ankeloperasjonar og elektive skulderoperasjonar. Studien undersøker førekomst av pasientskader etter desse operasjonane, med vedtak fatta i den aktuelle perioden.

5.2 Datamateriale og utval

Datamaterialet i studien er innhenta frå Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) sin database, der dei er anonymisert. Datane er henta utifrå prosedyrekode, såkalla NCMP-NCSP-NCRP-kodar, der vedtak er gjort i tidsperioden 2013 til 2022. Sjå «Vedlegg 1» for dei kodane som er nytta i studien. NPE-materialet er anonymisert, og datane kan ikkje sporast tilbake til pasienten.

Datane er utlevert i Excel-format, der ein får kjennskap til følgjande faktorar om pasienten og

skaden: Kjønn, vedtak (medhald/avslag), behandlingsstad, regionalt helseføretak, diagnosekode ICD-10, prosedyrekode NCMP-NCSP-NCRP, behandling, skade, skadetype (600-kode), skadealdersgruppe (intervall på 10 år), skade medført død, og offentlig/ privat helseteneste. I nokon av sakene får ein oppgitt helseføretak, behandlingsstad og årsak til svikt i behandling/ diagnostikk (800-kode).

Studiens utval er erstatningssaker for dei utvalde operasjonskodane i NPE sitt datamateriale. Analysene er gjennomført med grunnlag i alle medhallsaker. Sakene må gjelde behandling som er gjennomført i den offentlege spesialisthelsetenesta i Noreg, og alle behandlingar gjennomført i primærhelsetenesten er dermed ekskludert frå analysen. Behandlingar gjennomført i privat helseteneste, der det offentlege har kjøpt helsetenester, er inkludert i studien. Der dette ikkje er tilfelle er private helsetenester ekskludert frå datamaterialet.

Utrekning av prevalens av pasientskade i befolkninga er basert på gjennomsnitt av befolkningstalet i dei ulike regionane i perioden 2013-2022 med tal henta frå Statistisk Sentralbyrå (SSB, 2022).

I 2020 vart kodane for skadetype (600-kode) endra. Desse kodane seier noko om årsak til skaden som har oppstått. Nokon av kodane vart beholdt, medan andre vart fjerna og nye lagt til. Sjå «vedlegg 2» for kva kodar som er i bruk per juni 2020. Utifrå vedlegget ser ein at nokon skadetypar som finnast i studiens datamateriale ikkje lenger er i bruk. Kodane som vart tatt ut av kategorien «Skadetype» vart ikkje erstatta med nye, då NPE ikkje ønska å ha kodar med sjølv skadeprosessen (til dømes funksjonsforstyrrelse og smerter) i dette kodefeltet. Hensikta var å ha sjølv skademekanismen som førte til kroppsskaden i feltet «Skadetype». Etter 2020 er sjølv skaden koda i feltet «skadekode» med ICD-10-kodar.

5.2.1 Omkoding

Skulderoperasjon

For dei aktuelle skulderoperasjonane vart det innhenta 329 erstatningssaker der det var gjort vedtak. 49 av sakene hadde ikkje oppgitt RHF. 16 av desse var kategorisert som privat helseteneste, og vart difor fjerna frå datasettet. Fire av sakene hadde oppgitt behandlingsstad i primærhelsetenesten, enten ved fastlege eller legevakt. Av desse var tre feilkoda, og dei vart difor endra til spesialisthelsetenesten og rett regionalt helseføretak. Den siste saken var rett koda og dermed sletta frå datasettet.

29 saker hadde ikkje oppgitt RHF. Her var behandlingsstad var ein privat aktør, men sakene var kategorisert under offentleg helseteneste. For å oppfylle sitt sørge-for-ansvar kan regionale helseføretak kjøpe tenester frå private sjukehus eller helseinstitusjonar (NOU 2019:24, s.23). I 2014 utgjorde private aktørar 12% av helsetenestene levert i somatiske sjukehus (Pedersen et al., 2016, s.14). Etter konsultasjon med statistisk rådgivar ved NPE konkluderte vi med at desse sakene var offentleg kjøp av private helsetenester, og dei vart difor kategorisert under det regionale helseføretaket dei tilhørte. Dette gjaldt 19 saker i Helse Sør-Øst, fire saker i Helse Midt-Noreg, og tre saker for både Helse Vest og Helse Nord. Ein sak omhandla skulderoperasjon etter fødselsskade, og vart fjerna frå datasettet då dette var behandling av spedbarn.

Etter gjennomgang og omkodning av datasettet, vart endeleg antal saker 311, derav 122 medhald og 189 avslag.

Ankeloperasjon

For ankeloperasjonar vart det innhenta 276 saker. Av desse hadde 125 fått medhald, og 151 fått avslag. I to av desse sakene var ikkje RHF oppgitt. Ei av desse sakene var koda under privat helseteneste, og vart difor fjerna frå datasettet. Den andre saken var kategorisert under offentleg helseteneste, men behandleren var privat. Med bakgrunn i at behandlinga hadde skjedd i eit fylke som tilhører Helse Sør-Øst, vart den koda under dette helseføretaket. Etter denne gjennomgangen vart totalt antal saker 275, derav 125 medhaldsaker.

5.3 Analyser

Datane med NPE-sakene vart utlevert i Microsoft Office-programmet Excel. Deretter vart dei kategorisert etter ulike variablar, og ein gjennomførte frekvensanalyser ved hjelp av PivotTabellar. Det vart gjennomført frekvensanalyser der ein stratifiserte utvalet etter kjønn, alder, medhaldsprosent, årsak til medhald og skadetype. Frekvensanalyser er ei statistisk analyse av variablar med verdiar som ikkje kan rangerast, som til dømes kjønn og bustad (Johannessen et al., 2016, s.280). Det vart også gjort analyser der ein undersøkte prevalens per 100.000 innbyggjar.

5.4 Etiske omsyn

Dataene i studien var allereie handtert internt i NPE sitt eige personvernregister før utlevering. NPE følger pasientskadeloven, personopplysningsloven, forvaltningsloven, arkivloven og offentlegloven. Dette inneber at personopplysingar vert behandla på ein forsvarleg og sikker måte. Når NPE skal bidra med statistiske data til skadeførebyggande arbeid og kvalitetsforbetring vert personopplysingar brukt i en form som ikkje gjer det mogleg å knytte dei til enkeltpersonar (NPE, 2022b). Dette var tilfellet i denne studien, der datane var anonymisert og kunne ikkje sporast tilbake til pasienten. Det var difor ikkje nødvendig å søkje regionale etisk komité eller NSD (norsk senter for datainnsamling), etter avklaring med personvernombud i NPE. Likevel vil variablar med verdiar mindre enn 5 ikkje bli presentert i oppgåva av personvernomsyn.

Studien søkjer å setje lys på regionale skilnadar i dei norske regionale helseføretaka. Hensikta er å kunne bidra til kvalitetsforbetring, med bakgrunn i den lovfesta retten til like helsetjenester i Noreg. Det er viktig å presisere at ein ikkje vil skape bekymring for befolkninga i regionar som eventuelt utpeikar seg. Studien søkjer å framstille alle funn reint objektivt, i tråd med at det er ein tverrsnittstudie. Drøftinga blir gjort i tråd med gjelande teori og rammeverk. Det er ingen intensjon om å setje eit helseføretak i dårleg lys, men å bidra til kvalitetsforbetring og betre pasientsikkerheit.

6.0 Resultat

I dette kapitlet vert resultata av datane og datanalysene presentert. Første delkapittel viser analyser for datamaterialet som omhandlar skulderoperasjonar, medan andre delkapittel viser tilsvarende resultat for ankeloperasjonar. Dataanlyser som belyser skilnadar mellom dei regionale helseføretaka vil bli presentert i underkapittel. Dei fire regionale helseføretaka dekkjer ulike storleikar av befolkninga, og tala i analysen vil kunne gjenspegle dette.

6.1 Skulderoperasjonar

Totalt var det gjort 311 vedtak på erstatningssaker i perioden 2012 til 2022. 122 av desse sakene (39%) fekk medhald. Av dei som søkte erstatning var det 207 (67%) menn, og 104 (33%) kvinner. Av alle medhaldssakene var det 87 (71%) menn og 35 (29%) kvinner. Den største aldergruppa for å søke erstatning var 50-59 år etterfulgt av 40-49, medan den største gruppa for medhaldssaker var 60-69 år, etterfulgt av 50-59 og 40-49 år. Gjennomsnittalder for dei som søkte erstatning var 50 år.

Tabell 2: Erstatningssaker etter skulderoperasjon¹

	Totalt	Medhaldssaker
	n = 311	n = 122
	n (%)	n (%)
Kjønn		
Kvinne	104 (33)	35 (29)
Mann	207 (67)	87 (71)
Alder (år)		
10-19	11 (4)	<5
20-29	24 (8)	<5
30-39	27 (9)	13 (11)
40-49	76 (24)	25 (20)
50-59	78 (25)	28 (23)
60-69	69 (22)	33 (27)
70-79	20 (6)	13 (11)
80 år og eldre	6 (2)	<5

¹ Verdiar lavare enn 5 vert ikkje oppgitt

Regionalt helseforetak		
Helse Sør-Øst	197 (63)	78 (64)
Helse Vest	36 (12)	13 (11)
Helse Midt-Noreg	34 (11)	14 (11)
Helse Nord	44 (14)	17 (14)

Årsak til medhald

Svikt i behandling var årsak til medhald for litt over halvparten av medhaldssakene. Antall saker som fekk medhald grunna smitte/infeksjon representerte 39% av totalt antal medhaldssaker, og av desse var 33% menn og 6% kvinner. Altså var det betydelig fleire menn enn kvinner som fekk medhald grunna smitte/infeksjon. I dei vanlegaste skadetypane per kjønn ser vi også at 37% av alle mannlege søkerar fekk erstatning grunna lokal infeksjon. Vanlegaste skadetype blant kvinner var behandling ikkje utført på rett måte, som representerte 1/5 medhaldssaker blant kvinner.

Tabell 3: Årsaker til medhald etter skulderoperasjon

	n=122
	n (%)
Svikt i behandling	71 (58)
Kvinne	27 (22)
Mann	44 (36)
Smitte/infeksjon	47 (39)
Kvinne	7 (6)
Mann	40 (33)
Unntaksbestemmelsen	<5

Tabell 4: Tre vanlegaste skadetyper per kjønn etter skulderoperasjon

	n (%)
Kvinne	n=35
647 - Behandling ikke utført på riktig måte	6 (20)
610 - Lokal infeksjon	6 (17)
650 - Funksjonsforstyrrelse	5 (14)
Mann	n=87
610 - Lokal infeksjon	37 (32)
660 - Smerter	13 (11)
647 - Behandling ikke utført på riktig måte	11 (10)

Vanlegaste prosedyre

Dei vanlegaste operasjonane i utvalet er presentert i tabellen under. Vi ser her at implantasjon av totalprotese i skulder representerte 10% (n=31) av totalt antall erstatningssaker, men 14% (n=17) av medhaldssakene. Altså fekk over halvparten av dei som søkte erstatning etter insetjing av totalprotese i skulderleddet medhald. Nøyaktig halvparten av dei som søkte erstatning etter den vanlegaste prosedyren i datamaterialet, NBL49, knytta til skulderoperasjon, fekk erstatning.

Prosedyre	Medhald, n=122 n (%)	Totalt, n=311 n (%)
NBL49 Sutur eller reinsisering av sene i skulder eller overarm	39 (32)	98 (32)
NBB30 Implantasjon av primær totalprotese i humeroscapularledd med hybrid teknikk	17 (14)	31 (10)
NBA11 Artroskopi i skulder	15 (12)	52 (17)

6.1.1 Regionale helseføretak

Medhaldsprosenten var relativt lik mellom dei regionale helseføretaka etter elektiv skulderoperasjon. Helse Midt-Noreg hadde høgast medhaldsprosent på 41.2, medan Helse Vest hadde lavast med 36.1%. Samtidig var det noko skilnad i årsak til medhald. Helse Vest hadde høgare andel medhaldssaker grunna smitte/ infeksjon enn dei andre regionale helseføretaka, og det var også einaste RHF som hadde høgare prosentandel medhald grunna smitte/ infeksjon enn svikt i behandling. Helse Nord hadde høgast andel medhald grunna svikt i behandling. Alle dei regionale helseføretaka utenom Helse Vest hadde vedtak på unntaksbestemmelsen.

Tabell 5: Vedtak per RHF etter skulderoperasjon

RHF	Medhald % (n)	Avslag % (n)	Totalsum % (n)
Helse Sør-Øst	39.6 (78)	60.4 (119)	100 (197)
Helse Nord	38.6 (17)	61.4 (27)	100 (44)
Helse Vest	36.1 (13)	63.9 (23)	100 (36)
Helse Midt-Norge	41.2 (14)	58.8 (20)	100 (34)
Totalsum	39.4 (122)	60.6 (189)	100 (311)

Tabell 6: Årsakar til medhald etter skulderoperasjon

Årsak til medhald	Helse Midt-Norge n=14	Helse Nord n=17	Helse Sør-Øst n=78	Helse Vest n=13
Svikt i behandling	9	13	46	<5
Smitte/infeksjon	<5	<5	30	10
Unntaksbestemmelsen	<5	<5	<5	-

Skadetype

Skadetype beskriv kva type skade som har oppstått grunna den uønska hendinga. Vanlegaste skadetype var ulikt mellom dei regionale helseføretaka. To RHF hadde lokal infeksjon som vanlegaste skadetype, der dei to andre hadde behandling ikkje utført på rett måte og smerter. Helse Vest skilte seg ut med høg andel lokal infeksjon, som sto for halvparten medhaldssakene. Helse Sør-Øst hadde også høg andel lokal infeksjon.

Tabell 7: Vanlegaste skadetype per RHF etter skulderoperasjon

RHF	Vanlegaste skadetype	n	Totalt medhaldssaker
Helse Midt-Noreg	Smerter	<5	14
Helse Nord	Behandling ikkje utført på rett måte	<5	17
	Lokal infeksjon	<5	
Helse Sør-Øst	Lokal infeksjon	24	78
Helse Vest	Lokal infeksjon	7	13

Kjønnsfordeling

For erstatningssaker etter skulderoperasjonar hadde alle dei regionale helseføretaka størst andel medhald hjå mannlige erstatningssøkerar. Helse Midt-Noreg og Helse Sør-Øst skilte seg ut, der menn representerte over 3 av 4 medhaldssaker. Ein fann også skilnad mellom dei regionale helseføretaka i skadetype. For menn hadde Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest flest saker med lokal infeksjon. Av mannlige erstatningssøkerar som fekk medhald i Helse Vest, skuldast storparten lokal infeksjon. Liknande tendens fann ein for kvinner, der halvparten av medhaldssaker i Helse Vest skuldast lokal infeksjon. Alle dei regionale helseføretaka hadde høgare andel lokal infeksjon for menn samanlikna med kvinner.

Tabell 8: Vanlegaste skadetype per kjønn etter skulderoperasjon

	Helse Midt-Noreg n= 14	Helse Nord n=17	Helse Sør-Øst n=78	Helse Vest n=13
Kvinne	n= <5	n=7	n=19	n=6
	Ingen skadetype upeikar seg	Beh. ikkje utført på rett måte	Beh. ikkje utført på rett måte Funksjonsforstyrrelse	Lokal infeksjon
Menn	n=11	n=10	n=59	n=7
	Beh. ikkje utført på rett måte	Lokal infeksjon	Lokal infeksjon	Lokal infeksjon

6.1.2 Justert per 100.000 innbygger

Ved antal saker justert per 100.000 innbygger hadde Helse Nord høgst andel medhald med 3.536, etterfulgt av Helse Sør-Øst med 2.632 medhaldssaker for skulderoperasjoner per 100.000 innbygger. Helse Midt-Noreg hadde 1.942 medhaldssaker per innbygger, medan Helse Vest hadde færrest med 1.182.

Tabell 9: Saker etter skulderoperasjon justert per 100.000 innbygger²

RHF	Medhald		Totalt	
	<i>Antall saker</i>	<i>Per 100.000</i>	<i>Antall saker</i>	<i>Per 100.000</i>
Helse Sør-Øst	78	2.632	197	6.648
Helse Vest	13	1.182	36	3.273
Helse Midt-Norge	14	1.942	34	4.716
Helse Nord	17	3.526	44	9.126

6.1.3 Justert for antal operasjonar per år

Tal frå Norsk pasientregister (NPR) (vedlegg 1) viser at antall operasjonar med dei utvalde operasjonskodane for skulderkirurgi i 2021 var 7180. Av desse skulderopererte søkte 38 om pasientskaderstatning, der 17 fekk medhald og 21 avslag. Det vil seie at 0,5% av skulderopererte (for dei utvalde operasjonskodane) i 2021 søkte om pasientskadeerstatning frå NPE. 0,24% av desse fekk medhald. Det har ikkje lukkast å hente ut tal på regionalt nivå frå NPR, av økonomiske årsakar.

² Utrekna med gjennomsnitt av befolkingstal for perioden 2013-2022

6.2 Ankeloperasjonar

Totalt var det gjort 275 vedtak på erstatningssaker i perioden 2013 til 2022. 125 av desse sakene (45%) fekk medhald og vart dermed inkludert i det analytiske utvalet. 160 kvinner (58%) og 115 menn (42%) søkte erstatning. Av desse fekk 70 kvinner (56%) og 55 menn (44%) medhald. Gjennomsnittsalderen for dei som søkte erstatning var 46 år. 50-59 år var den aldersgruppa med både flest søkerar og flest medhaldssaker, etterfulgt av 30-39 år og 40-49år.

Tabell 10: Erstatningssaker etter ankeloperasjon³

	Studiepopulasjon	Medhaldssaker
	n = 275	n = 125
	n (%)	n (%)
Kjønn		
Kvinne	160 (58)	70 (56)
Mann	115 (42)	55 (44)
Alder (år)		
10-19	11 (4)	5 (4)
20-29	37 (13)	13 (10)
30-39	53 (19)	22 (18)
40-49	49 (18)	17 (14)
50-59	59 (21)	34 (27)
60-69	48 (17)	20 (16)
70-79	16 (6)	12 (10)
80 år og eldre	<5	<5
Regionalt helseføretak		
Helse Sør-Øst	154 (56)	70 (56)
Helse Vest	53 (19)	30 (24)
Helse Midt-Noreg	31 (11)	9 (7)
Helse Nord	37 (13)	16 (13)

Årsak til medhald

Vanlegaste årsak til medhald generelt var svikt i behandling, som representerte 78% (n=97) av sakene. Vanlegaste skadetype var mangelfull behandling (n=28), etterfulgt av lokal infeksjon (n=25) og behandling ikkje utført på rett måte (n=17). Vanlegaste skadetype hjå

³ Verdiar mindre enn 5 ikkje oppgitt

kvinne var mangelfull behandling/ oppfølging, lokal infeksjon, behandling ikke utført på riktig måte. Vanlegaste skadetype blant menn var mangelfull behandling/ oppfølging, lokal infeksjon, feilstilling.

Tabell 11: Årsak til medhald etter ankeloperasjon

	n=125 n (%)
Svikt i behandling	97 (78)
Kvinne	54 (43)
Mann	43 (34)
Smitte/infeksjon	26 (21)
Kvinne	14 (11)
Mann	12 (10)
Svikt i diagnostikk	<5

Tabell 12: Tre vanlegaste skadetyper per kjønn etter ankeloperasjon

	n (%)
Kvinne	n=70
646 - Mangelfull behandling/oppfølging	14 (11)
610 - Lokal infeksjon	12 (10)
647 - Behandling ikke utført på riktig måte	11 (9)
Mann	n=55
646 - Mangelfull behandling/oppfølging	14 (11)
610 - Lokal infeksjon	13 (10)
651 - Feilstilling	7 (6)

Vanlegaste prosedyre

Dei vanlegaste operasjonane var etter fraktur i laterale eller begge malleolar. For den vanlegaste operasjonen har over halvparten av erstatningssøkerane fått medhald i erstatningssaken.

	Medhald, n=125 n (%)	Totalt, n=275 n (%)
Prosedyrekode		
NHJ60 Osteosyntese av fraktur i laterale malleol med plate og skruer	29 (23)	57 (21)
NHJ62 Osteosyntese av fraktur i begge malleoler med plate og skruer	20 (16)	43 (16)
NHJ10 Åpen reposisjon av fraktur i laterale malleol	17 (14)	40 (15)

6.2.1 Regionale helseføretak

Blant dei regionale helseføretaka hadde Helse Vest høgst medhaldsprosent, der 56.6% av erstatningssakene etter akutt ankeloperasjon fekk medhald. I Helse Sør-Øst fekk 45.5% medhald, Helse Nord 43.2%, medan i Helse Midt-Noreg var medhaldsprosenten lavast med 29%.

Tabell 13: Vedtak per RHF etter ankeloperasjon

RHF	Medhold % (n)	Avslag % (n)	Totalt % (n)
Helse Vest	56.6 (30)	43.4 (23)	100 (53)
Helse Sør-Øst	45.5 (70)	54.5 (84)	100 (154)
Helse Nord	43.2 (16)	56.8 (21)	100 (37)
Helse Midt-Norge	29 (9)	71 (22)	100 (31)
Totalt	45.5 (125)	54.5 (150)	100 (275)

Alle dei regionale helseføretaka hadde svikt i behandling som vanlegaste årsak til medhald i erstatningssaker etter ankeloperasjon. Helse Midt-Noreg hadde færrest saker av alle dei regionale helseføretaka, med høgast andel medhald grunna svikt i behandling. Helse Vest og Helse Sør-Øst hadde høgare andel medhald grunna smitte/ infeksjon. Helse Vest og Helse Sør-Øst var einaste RHF som hadde vedtak på erstatningssak grunna «svikt i diagnostikk.

Tabell 14: Årsak til medhald per RHF etter ankeloperasjon

Årsak til medhald	Helse Midt-Noreg n=9	Helse Nord n=16	Helse Sør-Øst n=70	Helse Vest n=30
Svikt i behandling	8	14	53	22
Smitte/infeksjon	<5	<5	16	7
Svikt i diagnostikk	-	-	<5	<5

Skadetype

Behandling ikkje utført på rett måte var vanlegaste skadetype i Helse Vest og Helse Midt-Noreg, som også hadde mangelfull behandling/ oppfølging som vanleg årsak. Helse Nord hadde høgast antal skadetype smerter, medan Helse Sør-Øst hadde flest lokal infeksjon, tett etterfulgt av mangelfull behandling/ oppfølging.

Tabell 15: Vanlegaste skadetype per RHF etter ankeloperasjon

RHF	Vanlegaste skadetype	n	Antal medhaldssaker
Helse Midt-Noreg	Mangelfull behandling/ oppfølging	<5	9
	Behandling ikkje utført på rett måte	<5	
Helse Nord	Smerter	6	16
Helse Sør-Øst	Lokal infeksjon	17	70
	Mangelfull behandling/ oppfølging	16	
Helse Vest	Behandling ikkje utført på rett måte	6	30

Kjønnsfordeling

Helse Nord og Helse Vest hadde overvekt av kvinner som fekk medhald, medan det for Helse Midt-Noreg og Helse Sør-Øst var relativt likt. I Helse Nord hadde nær halvparten av kvinner i medhaldssaker fått medhald grunna smerter. Ein såg også at ein større andel menn i Helse Sør-Øst fekk medhald grunna lokal infeksjon. I Helse Vest hadde flest kvinner fått medhald for skade grunna behandlinga ikkje vart utført på rett måte. For Helse Midt-Noreg var det ingen skadetype med synleg fleiretal per kjønn, og det er difor ikkje oppgitt i tabellen under.

Tabell 16: Vanlegaste skadetype per kjønn i RHF

	Helse Midt-Noreg n= 9	Helse Nord n = 16	Helse Sør-Øst n = 70	Helse Vest n= 30
Kvinne	n=4	n=11	n=35	n=20
	-	Smerter	Mangelfull beh./ oppfølging Lokal infeksjon	Beh. ikkje utført på rett måte
Mann	n=5	n=5	n=35	n=10
	-	Mangelfull beh./ oppfølging	Lokal infeksjon	Ingen skadetype utepeikar seg

6.2.2 Justert per 100.000 innbygger

Når ein justerte vedtaka i forhold til innbyggertal, såg ein at Helse Nord hadde flest medhaldssaker per innbygger, med 3.32 medhaldssaker per 100.000 innbygger. Helse Vest fulgte deretter med 2.73, Helse Sør-Øst med 2.33 og Helse Midt-Noreg hadde færrest medhaldssaker per 100.000 innbygger med 1.25.

Tabell 17: Saker etter ankeloperasjon justert per 100.000 innbyggjar⁴

RHF	Medhald		Totalt	
	Antall saker	Per 100.000	Antall saker	Per 100.000
Helse Sør-Øst	69	2.328	153	5.163
Helse Vest	30	2.727	53	4.818
Helse Midt-Norge	9	1.248	31	4.230
Helse Nord	16	3.318	37	7.674

6.2.3 Justert per operasjon

Tal frå NPR i 2021 viser at det vart gjennomført 5937 operasjonar for dei operasjonskodane det er henta ut vedtak frå. Dette året var det gjort vedtak på totalt 31 NPE-saker, der 14 av desse fekk medhald. Det vil seie at av alle dei aktuelle ankeloperasjonane i 2021, sendte 0,53% inn søknad om pasientskadeerstatning. Av desse fekk 0,23% medhald og utbetalt pasientskadeerstatning.

6.3 Skilnad i erstatningssaker mellom ankel- og skulderoperasjon

Medhaldsprosent

Helse Midt-Noreg var einaste regionale helseføretak som hadde høgare medhaldsprosent for elektiv operasjon samanlika med akutt, med høvesvis 41.2% mot 29%. Helse Vest var det regionale helseføretaket med størst skilnad i medhaldsprosent mellom akutt og elektiv operasjon. Helse Nord hadde minst skilnad i medhaldsprosent for dei to operasjonsgruppene.

Tabell 18: Samanlikning av medhaldsprosent

RHF	Ankel (akutt)	Skulder (elektiv)
Helse Sør-Øst	45.5%	39.6%
Helse Vest	56.6%	37.8%
Helse Midt-Noreg	29%	41.2%
Helse Nord	43.2%	38.6%

Årsak til medhald

Tala frå analysen viste ein høgare andel medhald grunna svikt i behandling for ankeloperasjon, samanlikna med skulderoperasjon. Pasientskade som følge av smitte/

⁴ Utrekna med gjennomsnitt av befolkningstal for perioden 2013-2022

infeksjon var høgare etter skulderoperasjon ved alle dei regionale helseføretaka, når ein samanlikna med ankeloperasjon. Det var berre skulderoperasjon som hadde saker med vedtak på unntaksbestemmelsen, medan det berre var ankeloperasjon som har saker med vedtak på svikt i diagnostikk.

Tabell 19: Samanlikning av årsak til medhald

RHF		ANKELOPERASJON	SKULDEROPERASJON
		(AKUTT)	(ELEKTIV)
HELSE SØR-ØST	Svikt i behandling	75.7%	59%
	Smitte/ infeksjon	22.9%	38.5%
	Unntaksbestemmelsen	-	2.6%
	Svikt i diagnostikk	1.4%	
HELSE VEST	Svikt i behandling	73.3%	28.6%
	Smitte/ infeksjon	23.3%	71.4%
	Unntaksbestemmelsen	-	-
	Svikt i diagnostikk	3.3%	-
HELSE MIDT-NOREG	Svikt i behandling	88.9%	64.3%
	Smitte/ infeksjon	11.1%	28.6%
	Unntaksbestemmelsen	-	7.1%
	Svikt i diagnostikk	-	-
HELSE NORD	Svikt i behandling	87.5%	76.5%
	Smitte/ infeksjon	12.5%	28.6%
	Unntaksbestemmelsen	-	5.9%
	Svikt i diagnostikk	-	-

7.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil først studiens resultat diskuteres, deretter studiens metode.

7.1 Diskusjon av resultat

I det følgende kapitlet vil resultatene fra de gjennomførte analysene bli drøftet. Drøftinga vil forankrast i dei teoretiske rammene og bakgrunnen for studien, og knyttast til eksisterande empiri. Det vil bli nytta eksempel frå studiens utval med utdrag frå sakkyndige sine fråsegn, for å illustrere ulike skadetypar som årsak til medhald. Desse eksempla kan også gi eit innblikk i konsekvensar pasientskader kan ha for pasientar.

7.1.1 Oppsummering av resultat

Blant erstatningssaker etter elektiv skulderoperasjon i perioden 2013 til 2022 fekk 39% (n=122) av sakene medhald. Menn representerte 71% av medhaldssakene, og snittalder for å søke erstatning var 50 år. Det var ingen store variasjonar i medhaldsprosent mellom dei regionale helseføretaka. Helse Vest skilte seg ut med høg andel medhaldssaker grunna smitte/infeksjon. Helse Nord hadde høg andel medhaldssaker grunna svikt i behandling. Justert per innbygger hadde Helse Nord flest og Helse Vest færrest medhaldssaker.

I erstatningssaker til NPE etter akutt ankeloperasjon i den aktuelle perioden fekk 45% (n=125) av erstatningssøkerane vedtak om medhald. Litt over halvparten av desse var kvinner. Snittalder for dei som søkte erstatning var 46 år. Helse Vest hadde høgst andel medhald, med 56.6% (n=30). Svikt i behandling var vanlegaste årsak til medhald i alle dei regionale helseføretaka, og var årsak til medhald for nesten alle sakene i Helse Midt-Noreg og Helse Nord. Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde noko høgare andel medhaldssaker grunna smitte/infeksjon samanlikna med dei andre. Justert per innbygger hadde Helse Nord flest saker, medan Helse Midt-Noreg hadde færrest.

Generelt hadde erstatningssaker både etter ankel- og skulderoperasjon høgare medhaldsprosent enn gjennomsnittet for saker meldt til NPE, der 29% av alle innmeldte erstatningssaker fekk medhald i 2022 (NPE, 2022c). Trenden for NPE generelt der Helse Nord skiljer seg ut med høgast medhaldsprosent med eit snitt på 35% (NPE, 2022), såg ikkje ut til å gjelde for dei utvalde ankel- og skulderoperasjonane i denne studien. Samtidig hadde Helse Nord flest saker per 100.000 innbygger etter både ankel- og skulderoperasjon.

7.1.2 Kven er erstatningssøkarane?

Denne studien viser at det er skilnadar i førekomst av pasientskader både i kjønn, årsak til medhald og skadetype mellom dei fire regionale helseføretaka, og dette er noko ulikt for dei to utvalde pasientgruppene. Det er verdt å merke seg at dette gjeld innemeldte saker til NPE for dei aktuelle operasjonane, og ikkje representerer den reelle førekomsten av pasientskader totalt i Noreg eller for alle typar operasjonar i ankel- og skulderleddet. At studien har relativt lite talgrunnlag kan skape tilfeldige skilnadar, men samtidig kan ein ikkje utelukke andre forklaringar til skilnadane. Ein ser for eksempel at i begge pasientgruppene er gjennomsnittsalderen for å søke erstatning innanfor arbeidsfør alder. Pasientskader forlengar sjukdomsforløp og kan føre til varig endring av funksjon (Aase, 2022, s.16). Når erstatningssøkerane er relativt unge, kan ein sjå føre seg at det har store samfunnsøkonomiske konsekvensar når innbyggerar i arbeidsfør alder vert ramma av ein pasientskade. Samtidig kan det også tenkjast at snittalderen for å søke pasientskadeerstatning er påverka av at eldre pasientar som blir utsett for ei skade i møte med helsetenesten ikkje har same kunnskap, motivasjon og resurssar til å søke NPE. Noko som kan underbygge dette er at største aldersgruppa for totalt antall erstatningssøkerar (50-59 år) etter skulderoperasjonar er lavare enn største gruppa med medhaldssaker (60-69 år).

I talmaterialet for skulderoperasjon var 71% av erstatningssøkerane som fekk medhald menn. Tala frå analysen viste også at vanlegaste skadetype for menn var «lokal infeksjon», medan det for kvinner var «behandling ikkje utført på rett måte». Ei forklaring på dette kan vere at menn har større sannsynlegheit for infeksjon etter elektiv skulderoperasjon, mellom anna grunna hårvekst (Eck et al., 2018). Samtidig varierer kjønnsfordelinga mellom dei regionale helseføretaka, der Helse Sør-Øst og Helse Midt-Noreg skiljer seg ut medan Helse Vest og Helse Nord ikkje har like utprega skilnadar mellom kjønn. Ei forklaring på regionale skilnadar kan vere ulik bruk av prosedyrer. I ein nyleg publisert rapport viste Helsedirektoratet til geografisk variasjon i bruk av det som var den vanlegaste prosedyren i datamaterialet for skulderoperasjonar (NBL49: sutur eller reinseriering av sene i skulder eller overarm) (Evensen et al., 2023, s.18). Denne rapporten viste ikkje statistikk angående kjønn, og det kan difor ikkje forklare det store antalet erstatningssaker blant menn.

7.2 Uønska hendingar og potensielle årsakar til svikt i behandling

Med eit systemperspetiv på pasientsikkerheit kan ein drøfte korleis ulike faktorar kan føre til utfall som påvirkar yting i helsetenesten. I denne studien utpeikar svikt i behandling seg som overordna årsak til pasientskader i dei regionale helseføretaka. Dette underkapittelet vil difor rette seg mot å drøfte ulike årsakar som kan føre til eller som kan forklare kvifor svikt i behandling skjer.

7.2.1 Faglig forsvarlighet

«Svikt i behandlingen - godt grunnlag for operasjonen, men den ble ikke utført riktig - en normalvariant av et skulderledd ble oppfattet som en skade – forsinket reoperasjon på ca. 2 år - svikten har medført forlenget sykdomsforløp»

Pasient skulderoperert i helseføretak i Helse Nord RHF. Svikt i behandling.

Skadetype: behandling ikkje utført på rett måte. Skadekode ICD-10: Forlenga sjukdomsforløp.

Fagleg forsvarlegheit er eit vidt omgrep som kan hevdast å vere minstekrav i yting av helsetenester (Helsedirektoratet, 2013, s.19). Som helsepersonell inneber fagleg forsvarlegheit å handle utifrå eigne kvalifikasjonar, arbeidets karakter og situasjonen ein handlar i (Helsedirektoratet, 2018), noko som er lovfesta i helsepersonelloven (2001) §4. Relatert til eksempelet over kan ein seie at sjølv om behandlinga ikkje er utført på rett måte og det har skjedd ein svikt, er ikkje det nødvendigvis einsbetydande med at det har blitt handla uforsvarleg. Samtidig kan ein hevde at ein kvar pasientskade eller uønska hending vil skuldast ein form for uforsvarlegheit. Desse argumenta illustrerer utfordringane med vurdering av forsvarlegheitskravet.

At behandlinga ikkje har blitt utført på rett måte kan altså hevdast å vise til fagleg forsvarlegheit. I eit individperspektiv inntil pasientsikkerheit ville ein lagt ansvaret på den som opererte og gjorde vurderinga som førte til at operasjonen ikkje vart utført på rett måte. I eit systemperspektiv er det derimot fleire faktorar rundt som spelar inn. Verksemda sin plikt til å overhalde fagleg forsvarlegheit er forankra i spesialisthelsetenesteloven (2001) §2-2. Helse Nord er det regionale helseføretaket med høgast andel svikt i behandling, med vanlegaste skadetype at behandling ikkje har blitt utført på rett måte, eller smerter. Fleire tilfeller av at behandling ikkje har blitt utført på rett måte, kan på systemnivå relatert til SEIPS-modell mellom anna handle om verksemda sitt fokus på kompetanseutvikling,

kvalitetsstyring, god leiing, rutiner og tekniske løysingar. Dette kan spele inn på kor godt ein overheldt forsvarlegheitskravet. Vidare kan det også diskuterast om helseføretaket utfører oppgåver dei ikkje er kvalifiserte eller har kompetanse og kapasitet til, som dermed står i strid med §2-2 i Spesialisthelsetenesteloven (2001). Jamfør forskrift om leiing og kvalitetsforbetring (2017) §6-d er det verksemda sin leiar, i dette tilfellet leiar av HF eller RHF, å ha oversikt over områder med behov for forbetring av kvalitet og pasientsikkerheit. Samtidig kan ein ikkje påstå at Helse Nord handlar i strid med forsvarlegheitskravet berre basert på tala frå denne studien.

7.2.2 Kompetanse og kunnskap

«Unødig operasjon - behov for nye operasjon/infeksjon og forverrede plager i ankelen – opr. heller ikke utført i tråd med praksis - forskyvning av ankelknoke/innsetting syndesmoseskruer for kort»

Pasient ankeloperert i helseføretak i Helse Nord. Svikt i behandling. Skadetype 660: smerter. Årsak til svikt 810: Ikkje indikasjon for behandling/ operasjon.

Over halvparten av sakene etter ankeloperasjon i Helse Nord omhandla kvinner, der vanlegaste skadetype var smerter. Samanlikna med dei andre regionale helseføretaka har Helse Nord høgare andel både kvinner og skadetype smerter etter ankeloperasjon. Smerter etter operasjon er åleine ikkje god nok årsak til å få medhald i erstatningssaker. Om pasienten opplever smerter, men NPE vurderer at behandlinga har vore i tråd med god praksis, kan ein ikkje hevde at smertene skuldast noko anna enn årsaken til behandling (Clements et al., 2018). Vedtak om medhald skjer altså dersom smertene skuldast årsaker som gjer at pasienten oppfyller krava til å få utbetalt erstatning frå NPE. Det er difor utfordrande å påstå kvifor fleire kvinner i Helse Nord har fått vedtak grunna smerter. Ei forklaring kan vere studier som viser at kvinner er meir utsett for smerter postoperativt. I tillegg har psykiskososiale faktorar ved pasienten, samt forhold rundt operasjonen betydning for å utvikle kroniske smerter etter operasjon. Dette gjelder for eksempel dersom operasjonen tar lang tid (Schug & Bruce, 2017; VanDenKerhof et al., 2013). Uansett årsak, er det konstatert at om desse smertene vert langvarige vil det påvirke pasientens livkvalitet og funksjon, samtidig som det påfører samfunnet og helsesystemet store kostnader (Schug & Bruce, 2017). Helsepersonellet si rolle

i å samtale og informere pasienten for å hindre engstelse er eit viktig tiltak som kan påvirke risiko for langvarige smerter (Breivik & Ljoså, 2021).

Vidare kan ein forsøke å sjå potensielle årsakar til den høge andelen av skadetyper smerter i Helse Nord ved forhold i systemkomponenten i SEIPS-modell, og då særleg organisatoriske forhold. Sjølv om risikofaktorar som kjønn ikkje kan endrast, er tiltak knytta mot helsepersonellens kompetanse og kunnskap viktig for å hindre risiko for utvikling av langvarige postoperative smerter. Dette kan for eksempel handle om kor lang tid ein brukar i operasjonssalen (Breivik & Ljoså, 2021; Schug & Bruce, 2017). Kunnskaputvikling er eit leiaransvar, jamfør forskrift om leiing og kvalitetsforbetring (2017). Samtidig kan det vere individuelle faktorar ved pasienten som spelar inn, og vi veit for eksempel ikkje om førekomsten av psykososiale plager som angst, stress og katastrofetankar er høgare i Helse Nord samanlikna med i andre regionar. Det er også eit poeng at andel smerter etter skulderoperasjon ikkje er mykje høgare i Helse Nord samanlikna med dei andre regionale helseføretaka. Dette illustrerer at fleire faktorar påvirkar utvikling av smerter, og kan underbygge at type operasjon med kompleksitet og tidsbruk spelar inn. Samtidig kan det vere fleire årsakar, for eksempel kan feiloperasjon av ankelfraktur føre til utvikling av artrose i leddet, som vil føre til smerter. Denne studien har ikkje vidare grunnlag for å seie noko om kva som kan vere årsak til variasjonane i medhaldssaker med skadetype «smerter», men det kan hevdast å vere eit interessant funn i analysedataet.

Faktorar knytta til kompetanse og kunnskap kan også forklare kvifor ein finn ulikheiter i saker innad i same RHF. Helse Vest har størst skilnad mellom dei to utvalde operasjonane når det gjeld saker per innbyggjar. Her er andel personar per 100.000 innbyggjar som har fått medhald i at det er skjedd ei pasientskade 50% høgare etter ankeloperasjon, samanlikna med skulder. Dette er interessant då ein kan anta at alle operasjonane har skjedd på same type avdeling (ortopedisk) eller blitt gjennomført av ortopedar. Relatert til SEIPS-modell skulle ein difor tru at systema og strukturane rundt operasjonane er lik, trass i skilnad mellom akutt og elektiv. Det tenkjast at fagkompetanse og fokus på kompetanseutvikling er ulikt for dei to områda. Sett i lys av dei sju nivåa av sikkerheit skissert i Vincent (2011, s.150), kan ein sjå føre seg at faktorar på pasient, oppgåve og teknologi, personell og arbeidsmiljønivå kan påvirke slike skilnadar som vi ser i helse Vest. Pasientane er avhengig av kort tid før operasjon etter ein ankelfraktur, for å unngå hevelse og komplikasjonar (NEL, 2022a). Å operere eit ankelledd samanlikna med eit skulderledd vil krevje andre typar teknikkar og kunnskap, og det er ulike retningslinjer og prosedyrer. I tillegg kan faktorar om arbeidsmiljø, for eksempel

bemanningsmansetjing, spele inn. Ved elektiv skulderkirurgi er det som oftast bestemt kven som opererer, medan det ved meir akutte tilfeller kanskje er den som har vakt som gjennomfører operasjonen. Difor kan bemanningssmansetjing vere ein latent feil, som fører til ei pasientskade. Desse faktorane kan alle forklare kvifor det er skilnadar i antal saker per innbyggjar, samt kvifor medhaldsprosenten er høgare for dei utvalde akutte ankeloperasjonane samanlikna med dei elektive skulderoperasjonane.

Ein annan faktor som omhandlar kompetanse og kunnskap ved eit sjukehus eller den aktuelle kirurgen, er operasjonsvolum. Studier der ein har undersøkt samanheng mellom operasjonsvolum og medhaldssaker i NPE, har vist at sjukehus med lave operasjonsvolum hadde statistisk signifikant høgare sannsyn for medhald i erstatningssak meldt til NPE (Randsborg et al., 2021; Aae et al., 2021). Weinheimer et al (2017) gjennomførte ein stor systematisk oversiktsanalyse der dei gjekk gjennom studier som omhandla skulderoperasjonar med artorplastikk (innsetjing av leddprotese) og rotator cuff-kirurgi. Denne studien viste at pasientar operert av kirurgar med lave operasjonsvolum hadde større sjanse for komplikasjonar, lenger opphald på sjukehuset, lenger tidsbruk på operasjonssalen og auka kostnader (Weinheimer et al., 2017). Denne studien har ikkje fått innsikt i operasjonstal per RHF av økonomiske årsakar. Dette er utgifter knytta til databehandling og saksbehandling for å hente ut data frå NPR. Difor er det vanskeleg å uttale seg om operasjonsvolum. Likevel kan dei nemnte studiane underbygge at det er samanheng mellom operasjonsvolum og risiko for pasientskader, noko som kan forklare skilnad i medhaldssaker mellom RHF. Samtidig kan ein hevde at RHF er for store områder til å fastslå ei slik forklaring, og at ein heller må gjere slike undersøkingar på helseføretaksnivå.

7.3 Uønska hendingar og potensielle årsakar til smitte/ infeksjon

Smitte/ lokal infeksjon er den nest mest vanlege årsaken til medhald i erstatningssakene i denne studien. Dette underkapittelet vil rette seg mot å undersøkje kvifor smitte/ infeksjon oppstår, og kva som kan vere årsakar til skilnadane i førekomst.

7.3.1 Kvalitetsforbetring og pasientsikkerhetskultur

«Infeksjon med hvite stafylokokker etter opr. av avrivningskader i skulder (rotator cuff) - behov for ny opr. - langvarig antibiotikabehandl./reduert bevegelighet og smerter»

Pasient skulderoperert ved helseføretak i Helse Vest. Medhald grunna lokal infeksjon/ smitte.

Tal frå analysen viser at det er høgare infeksjonstal for skulderoperasjon samanlikna med ankeloperasjon. Samtidig er det skilnadar mellom dei regionale helseføretaka, der Helse Vest skiljer seg ut med høge prosentvis infeksjonstal etter både skulder- og ankeloperasjon. Sjølv om Helse Vest har relativt få medhaldssaker etter skulderoperasjon, skuldast dei aller fleste av desse lokal infeksjon. Samanlikna med dei andre har Helse Vest nesten dobbel så stor andel medhaldssaker grunna smitte/infeksjon. Infeksjonar i sjukehus, såkalla helsetenesteassosierte infeksjonar (HAI), er infeksjonar som følger sjukehusinnleggingar. Slike infeksjonar påfører pasienten ekstra lidning og har betydning for sjukehusets ressursar. Ifølge Vincent (2011, s.60) forbindast helsetenesteassosierte infeksjonar med eit kvalitetsproblem som kan betrast med kvalitetsforbetringsarbeid. Dette handlar mykje om smittevern.

Godt smittevern henger saman med god pasientsikkerheit, og for å ivareta dette påpeikar Helsedirektoratet (2019) at sjukehusa må vurdere eigne infeksjonsførekomstar og behov for kvalitetsforbetringsarbeid (Helsedirektoratet, 2019c). Smittevern kan sjåast i samanheng med både system og prosess i SEIPS modell. På systemnivå handlar det om tekniske, ressursmessige og økonomiske forhold knytta til insititusjonsbygg og utstyr. Vidare handlar ressursar om smittevern på individnivå. Dette kan for eksempel vere basale smittevernsrutiner og vaksinasjon av helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.5). Dette belyser at faktorar på både system- og prosessnivå kan forklare dei ulike infeksjonstala ein finn i denne studien. I tråd med Forskrift for leiing og kvalitetsforbetring (2017) er det leiars ansvar å avdekke utfordringar knytta til høg førekomst av HAI. Dette arbeidet må forankrast på tvers av nivå og avdelingar (Helsedirektoratet, 2017).

I tillegg til dei nemnte faktorane på system- og prosessnivå, kan også pasientsikkerheitskultur påvirke høge førekomstar av infeksjon. Ein faktor innan sikkerheitskultur som kan vere relatert til smittevern, er det som kallast informert kultur. Dette handlar om at organisasjonen har kunnskap om menneskelege, tekniske og situasjonsmessige forhold som påvirkar sikkerheita i systemet (Aase, 2022, s.169). Eit konkret eksempel kan vere bruk av basale smittevernsrutiner, som til dømes handvask (Vincent, 2011, s.60). Funn i analysen viser at Helse Vest har høgast infeksjonstal for både ankel- og skulderoperasjon, og ei mogleg forklaring kan vere knytta til utfordringar med pasientsikkerhetskultur knytta til smittevern på ortopediske avdelingar. Samtidig kan pasientsikkerhetskultur også handle om at dei som arbeidar innanfor systema er villig til å rapportere uønska hendingar, og å lære av dei (Aase, 2022, s.169). Difor kan ein annan årsak til høge infeksjonstal i Helse Vest vere at dei

samanlikna med andre RHF er betre på å rapportere infeksjonstal, eller har betre kultur for å informere pasientar om at dei kan søke erstatning etter infeksjon.

Relatert til kvalitetsforbetring, ser vi frå SKDE sitt Helseatlas for kvalitet (2019, s.90) at Helse Vest har flest indikatorar med både høgast og lavast score. Dette kan indikere at Helse Vest har nokon områder der dei leverer god kvalitet, medan andre områder er motsett. Ser ein dette i samaneng med resultata frå denne studien, kan ein diskutere om Helse Vest er gode på behandlingsteknikk og behandlingsmetode, men ikkje leverer same kvalitet når det gjeld smittevernsrutiner og -prosedyrer innanfor skulderoperasjonar. Dette kan i så fall forklare kvifor Helse Vest har fleire saker som omhandlar infeksjon og færre saker grunna svikt i behandling, og skiljer seg med det ut frå dei andre regionale helseføretaka. På ei anna side er ikkje denne skilnaden like stor etter ankeloperasjonar, som den er for skulder. I tillegg er talgrunnlaget i denne studien for lite til å seie noko om dei reelle tala for førekomst av infeksjonar i Helse Vest, men likevel er det høge antalet medhaldssaker grunna infeksjon oppsiktsvekkande.

7.3.2 Behandlingsprosessar

«Infeksjon etter skulderoperasjon - forlenget sykdomsforløp og nyresvikt pga antibiotikabehandling - forlenget opr. på 40 min. pga mangelfull planlegging av utstyr/inngrep økte risiko for forurensing av operasjonsfeltet - skyldes ikke egen tilstand»

Pasient skulderoperert i helseføretak i Helse Sør-Øst. Svikt i behandling, skadetype lokal infeksjon/ smitte.

Eksempelet over viser ei av fleire saker som omhandlar infeksjon etter skulderoperasjon i Helse Sør-Øst. Uønska hendingar som fører til infeksjon kan oppstå både før, under og etter det operative inngrepet. Sett i lys av SEIPS modell kan tenkje seg at sjølve pasientskaden har skjedd i prosess-delen, men det skuldast faktorar som har oppstått i systema rundt (Carayon et al., 2006). Ein kan også sjå føre seg at latente feil har ført til utvikling av ei uønska hending (Vincent, 2011, s.150). Dette kan for eksempel vere organisatorisk eller oppgåverelatert i form av tidspress og stor arbeidsbelastning, som har ført til at helsepersonellet ikkje har hatt tid til å planlegge inngrepet tilstrekkelig. Vidare kan det handle om bemanning. Studier har vist samanheng mellom tilstrekkelig bemanning med sjukepleierar og infeksjonar i operasjonssåret etter elektiv ortopedisk operasjon (Tvedt et al., 2017). Dette kan vere ei av forklaringene på skilnadane ein ser i infeksjonstal i denne studien.

SEIPS modell illustrer viktigheita av samhandling mellom ulike komponentar innan systemet, for å vidare sikre ein gode prosess i yting av helsetenester, som igjen gir trygge og sikre helsetenester. I Noreg vart det i 2010 innført bruk av kirurgisk sjekklister for trygg kirurgi, utarbeida av WHO. Slike lister plasserast i ressurs-komponenten i SEIPS modell. Haugen et al. (2019) har vist at innføring og bruk av dette mellom anna har redusert førekomst av post-operative infeksjonar på norske sjukehus (Haugen et al., 2019). Bruk av slike sjekklister reduserer risikoen for menneskelege feil, og det er eit enkelt prosessmål som kan indikere kvalitet i helsetenestene. Tiltak på prosessnivå er enklare å implimentere og måle enn tiltak på systemnivå. Funna i denne studien illustrerer korleis ein infeksjon fører til økonomisk tap eller varige men, og kan difor understreke viktigheita av å førebygge post-operative infeksjonar ved iversetjing eller vidare implimentering av tiltak som for eksempel kirurgiske sjekklister.

7.4 Skilnadar mellom dei regionale helseføretaka

Som beskrive i kapitella ovanfor viser tal frå analysen tendensar som kan tyde på at det er regionale skilnadar i førekomst og type pasientskader mellom dei regionale helseføretaka i Noreg. Eksempel på dette er Helse Vest sin høge medhaldsprosent etter ankeloperasjon, der Helse Midt-Noreg til samanlikning har få medhaldssaker. Ein ser også skilnadar i antal saker per innbyggjar, der Helse Nord skiljer seg ut som einaste RHF med fleire enn 3 medhaldssaker per 100.000 innbyggjar. Vidare er det som tidlegare nemnt skilnadar mellom kjønn etter skulderoperasjon, der Helse Sør-Øst og Helse Midt-Noreg har høg andel medhaldssaker for menn, noko som ikkje er tilfelle i dei to andre regionale helseføretaka. Kvifor dette er tilfelle er utfordrande å konkludere med, då det er mange faktorar som spelar inn på tala i analysen. Samanlikna med andre meldeordningar viste for eksempel Pasient- og brukarombodet ingen skilnad i innmeldte saker mellom RHF i 2022 (Bruvik, 2022, s.8). Samtidig viser tal frå NPE sin statistikkbank at det er skilnadar i medhaldsprosent mellom dei regionale helseføretaka (NPE, 2022). Om ein ser funna relatert til organisatoriske forhold i system-komponenten i SEIPS modell, kan kultur for å informere pasienten om moglegheita til å søke pasientskadeerstatning spele inn. I tillegg kan personlege faktorar som motivasjon og ressursar til å sende inn sak til NPE påvirke tala.

Helse Midt-Noreg har samla sett færrest saker per 100.000 innbyggjar, med mindre enn to saker både for ankel- og skulderoperasjon. I erstatningssaker etter ankeloperasjon har Helse

Midt-Noreg desidert færrest saker, og skiljer seg stort frå dei tre andre RHF. Det er utfordrande å hevde at Helse Midt-Noreg har betre kvalitet i sine helsetenester samanlikna med dei andre regionale helseføretaka berre basert på tala i denne studien. I helseatlas for kvalitet skiljer ikkje Helse Midt-Noreg seg ut samanlikna med dei andre regionale helseføretaka (SKDE, 2021, s.90). Ein årsak til det lave antalet saker kan vere at det ikkje er kultur for å informere pasientar eller pårørande om moglegheita for å søke pasientskadeerstaning. Ei anna forklaring kan relatert til SEIPS-modell vere at Helse Midt-Noreg har eit velfungerande system med god organisering, godt læringsmiljø, tilstrekkelig kompetanse og gode rammer for å levere trygge og gode helsetenester til innbyggerane i regionen.

Når ein i denne studien justerer antal medhaldssaker til innbyggartal, har Helse Nord eit tydeleg høgare antal saker samanlikna med dei andre regionale helseføretaka. Då Nord-Noreg er den landsdelen med lengst avstandar til akuttavdeling på sjukehus (SSB, 2019), kan det tenkjast at dette har samband med den høge førekomsten av medhaldssaker etter ankelfraktur. Etter ein ankelfraktur er det viktig å operere før det vert for mykje hevelse i leddet, altså er der eit tidsperspektiv som er viktig i behandlinga (NEL, 2022a). Samtidig vil ikkje dette forklare tilsvarende tal etter skulderoperasjon, der antal medhald per innbyggjar også er høgare enn andre RHF. Helse Nord er det regionale helseføretaket som leverer tenester til færrest innbyggerar (SSB, 2022), og ei forklaring kan difor vere samband mellom operasjonsvolum og pasientutfall (Randsborg et al., 2021; Aae et al., 2021). Tal frå NPE sin statistikkbank viser at Helse Nord har høgare medhaldsprosent i pasientskadeerstatningssaker samanlikna med andre RHF (NPE, 2022). I denne studien er ikkje det tilfellet, men funna frå analysen viser likevel at Helse Nord skiljer seg ut i antal erstatningssaker per innbyggjar.

7.4.1 Regionale helseføretak sitt sørge-for-ansvar

Helse Sør-Øst er det desidert største regionale helseføretaket i Noreg, og har ansvar for å levere spesialisthelsetenester til om lag 3/5 av den norske befolkninga. Resultata frå analysen viser at Helse Sør-Øst har over 2.5 saker per 100.000 innbyggjar for begge dei aktuelle pasientgruppene. Tala som viser antall saker per innbyggjar kan vere påverka av Helse Sør-Øst er eit stort regionalt helseføretak. I regionen finn ein både store og små helseføretak, herunder store sentralsjukehus og små lokalsjukehus. Ein kan difor ikkje hevde at det er redusert kvalitet i helsetenestene for heile regionen. Dette illustrerer ein metodologisk svakheit ved

denne studien, der ein kan diskutere om tal frå RHF er for store til å seie noko konkret om kvar ein bør arbeide med pasientsikkerheit og kvalitetsforbetring. Samtidig er det viktig å hugse at dei regionale helseføretaka har sørge-for-ansvar i heile regionen. Dette inneber at dei skal sørge for eit likeverdige helsetilbod til innbyggerane uavhengig av kvar dei bur. Helse Sør-Øst uttaler sjølv at dei skal sørge for like god behandling når ein har behov for det, uansett om ein bur ved eit lite lokalsjukehus eller stort universitetssjukehus, eller om ein har lang avstand til sjukehuset (Helse Sør-Øst, 2023).

I oppdragsdokumenta frå Helse- og omsorgsdepartementet for 2022 får alle dei regionale helseføretaka i oppgåve å arbeide for å redusere og førebygge omfanget av pasientskader i sjukehusa. I tråd med dette skal det nasjonale arbeidet med pasientskader og kvalitet styrkast (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022b, s.6). I tillegg står det at regjeringa vil skape eit helsefremjande samfunn, og deriblant sørge for ei desentralisert helseteneste som yter gode og likeverdige helsetenester i heile landet. Vidare skriv dei:

«norske pasientar skal ha eit offentleg helsetilbod i verdsklasse, uavhengig av adresse og økonomi» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022b, s.2)

Funna i denne studien viser at det finnast skilndar mellom dei regionale helseføretaka, illustrert ved dei utvalde operasjonane. Dette gjeld både innanfor antall pasientskader meldt til NPE, men det er også skilnadar i årsakane til at pasientane har fått medhald, noko som kan antyde skilnadar i kvalitet på helsetenestene. Då ein berre nyttar tal frå NPE kan det ikkje hevdast at dette representerer det reelle antalet av pasientskader og eventuelle kvalitetsutfordringar i dei regionale helseføretaka. Likevel viser funna frå analysedataleitet tendensar som synleggjer behov for målretta arbeid dersom regjeringa skal nå målet om eit offentleg helsetilbod i verdsklasse uavhengig av adresse. I tillegg er dette viktig for at dei regionale helseføretaka skal overhalde sitt sørge-for-ansvar i tråd med lovverket.

7.5 Disusjon av metode

Studiens val av metode handlar om å velje best mogleg studiedesign for å svare på problemstillinga. I dette kapittelet vil studiens styrker og svakheiter bli drøfta. I den samanheng vil det reflekterast rundt kva metodologiske utfordringar som kan påvirke resultatata.

7.5.1 Tverrsnittstudie

Ein tverrsnittstudie ser på førekomst av eit fenomen i ein bestemt populasjon på eit visst tidspunkt, det er altså eit tverrsnitt av ei befolkning. Ein slik type studie har eit relativt enkelt design, og er difor passande å benytte ein slik type studie der ein har avgrensa kunnskap frå tidlegare. Det er også ein styrke at studiedesignet er eigna til å innhente informasjon som kan vere gunstig i planlegging og forbetring av helsetenester (Webb et al, 2020, s.111). Det er nettopp forbetring i helsetenesten denne studien søker å bidra til. Vidare vert studien styrka ved å innhente data frå ein tiårsperiode. Sjølv om ein tverrsnittstudie berre gir eit augenblinksbilde, kan den lengre tidsperioden sørge for at det er mindre variasjon i datane. Baksida ved å nytte dette designet, er at ein ikkje kan slå fast kausale årsakssamanhengar eller identifisere andre faktorar som har spela inn på utfallet ein undersøker (Webb et al, 2020, s.112). Samtidig har ikkje denne studien som intensjon å fastslå årsakarssamanhengar.

7.5.2 Studiens reliabilitet

Reliabilitet handlar om kor pålitelige forskningas data er. Dette inneber kor nøyaktige datane er, kva data som brukast, måten dei samlast inn på, og korleis dei bearbeidast. Høg reliabilitet inneber at fleire forskarar kan gjennomføre den same studien, og kome fram til same forskningsresultat (Johannessen et al., 2016, s.37). I denne studien er det nytta data frå NPE sin statistikkbank, og ein kan difor anta at forskarar som hentar ut data med same operasjonskodar for same tidsperiode vil kome fram til same resultat. I arbeidet med gjennomgang av materialet var fleire saker feilkoda og måtte omkodast eller fjernast frå datamaterialet. Dette arbeidet vart gjort i samarbeid med statistikkrådgiver i NPE. Omkoding av feilkoda data styrkar studiens reliabilitet. Likevel kan det ikkje garanterast at nokon av desse datane har blitt feilkoda, eller at det framleis finnast feilkoda data i det analytiske utvaleg som ikke har blitt fanga opp, trass i fleire gjennomlesingar.

At NPE endra 600-kodane for skadetype frå og med juni 2020, som vist i «vedlegg 2», kan også påvirke studiens reliabilitet. Dette inneber at om ein skal samanlikne denne studien med NPE-data henta ut etter 2020, vil ein mangle fleire kategoriar på skadetype. I tillegg kan dette påvirke kva skadetypar som utpeikar seg i analysen, og gi eit skeivt inntrykk av førekomst av dei skadekodane som vart endra eller fjerna i 2020.

7.5.3 Studiens validitet

Validitet handlar om kor godt datane representerer fenomenet ein undersøker. Data vil aldri vere anten valide eller ikkje, då validitet ikkje er noko som er absolutt, men heller eit kvalitetskrav som kan vere tilnærma oppfylt (Johannessen et al., 2017, s.66-67).

Intern validitet

Intern, eller indre, validitet handlar om ein kan påvise samanheng mellom to variablar, og slik seie at studiens resultat reflekterer det generelle fenomenet (Webb et al, 2020, s.212).

Tverrsnittstudier vil ofte ha lav intern validitet, då ein ikkje kan påvise samanheng mellom to variablar (Johannessen et al., 2017, s.311). Dette handlar om selskjonsskjeivheit.

Seleksjonssjevheit inneber at utvalet som er inkludert i studien skiljer seg frå dei som ikkje er inkludert (Webb et al., 2020, s.390). I denne studien kan det førekomme seleksjonsskjeivheit i form av kven som har meldt inn erstatningssak til NPE, noko som inneber at datane i studien ikkje er representativt for den reelle førekomsten av pasientskader i Noreg. NPE sin database er påverka av fleire faktorar. Å søke om pasientskadeerstatning er avhengig av at den som har blitt utsatt for ein pasientskade er kjent med ordninga, noko som inneber at anten pasienten sjølv eller pårørande er informert om moglegheita for å søke NPE. I tillegg kan ressursar og motivasjon for å gjennomføre ein klagesak vere sentralt for kven som søker. Vidare må visse kriterier vere oppfylt for å få utbetalt pasientskadeerstatning. Ein kan difor ikkje hevde at det ikkje har skjedd ei uønska hending, sjølv om pasienten ikkje har fått medhald i erstatningssaken.

NPE-tal vil altså gi eit ufullstendig bilete av omfanget av pasientskader i Noreg. Difor vil det vere usikkerheit knytta til resultatata i denne studien, og ein må tolke dei med varsemd. Det er som tidlegare nemnt ei utfordring at informasjon om pasientskader og uønska hendingar i Noreg er fragmentert og ligg hjå ulike aktørar (Helsedirektoratet, 2019b, s.5). Då denne studien omhandlar spesialisthelsetenesten kan ein tenkje at lokale avviksmeldingar vil fange

opp områder for kvalitetsforbetring og omfang av antall uønska hendingar. Tvert imot viser NPE sine egne undersøkingar at berre av 39% av saker der pasientar har motatt erstatning frå NPE, er mogleg å finne i sjukehusa sine egne avvikssystem. Ortopedi er det området med lavast samsvar (NPE, 2023, s.8). Ein kan også hevde at det ville vore aktuelt med bruk av kvalitetsregister då berre desse og NPE-data kan seie noko om resultatmål og resultatindikatorar. Samtidig har vi sett at kvalitetsregister ikkje er komplette og ikkje gir informasjon om konsekvensar uønska hendingar har for pasienten. Bruk av GTT-tal vil som nemnt ikkje fange opp pasientskader som har komt til syne etter utskriving frå sjukehus. Altså kan ein argumentere for at vi ikkje har nokon betre kjelde som både gir innsikt i årsak til svikt og uønska hendingar, og om konsekvensar for pasienten. Difor er bruk av NPE-tal verdifullt i arbeid med pasientsikkerheit og kvalitetsforbetring. Dette er med på å forsvare bruk av NPE sin database i kartlegging av pasientskader og i kvalitetsforbetningsarbeid.

Ein annan faktor som kan føre til seleksjonsskjeivheit er at studiens utval er høvesvis lite, med 122 saker for skulderoperasjonar og 125 for ankeloperasjonar. I tillegg er det stor skilnad i antall saker per RHF då det er ulikt kor mange innbyggerar dei leverer helsetenester til, der Helse Sør-Øst er det desidert størst. Små utval er utsatt for tilfeldige feil (Webb et al., 2020, s.161). Likevel er det ei styrke å undersøkje regionale helseføretak når ein skal undersøkje regionale skilnadar, sett i lys av deira sørge-for-ansvar. Ved å gjere utrekningar der ein justerer saker per innbyggartal kjem dei regionale skilnadane tydelegare fram.

Ekstern validitet

Ekstern, eller ytre, validitet handlar om to punkt: om ein kan generalisere frå utval til populasjon, og om studiens overføringsverdi, altså om resultata kan overførast til andre områder og situasjonar (Johannessen et al., 2016, s. 433).

I studien er det vald å illustrere regionale skilnadar ved akutte ankeloperasjonar og elektive skulderoperasjonar. Det er difor utfordrande å generalisere resultata frå desse to operasjonane til å gjelde heile spesialisthelsetenesten eller alle andre ortopediske operasjonar. Ein kan heller ikkje generalisere funna til pasientskader etter alle ankel- og skulderoparsjonar. Dette er ein svakheit ved studien. Samtidig er operasjonskodane (vedlegg 1) det er henta data frå basert på uttaling frå ortoped med god kjennskap til feltet, i samarbeid med fagansvarleg ved NPE. Dette for at sikre at operasjonane skal vere relativt vanlige og verte utført ved dei aller fleste sjukehus, og dermed hindre at operasjonar som vert utført berre ved utvalde og spesialiserte

sjukehus vart inkludert i studien. Slik kan ein hevde at sjølv om studiens utval ikkje kan generaliserast, gir det likevel ein indikasjon om førekomst av pasientskader innan det ortopediske fagfeltet og dei aktuelle operasjonane.

7.5.4 Forskarens forforståing: bias

I all forskning vil forskarens forforståing kunne påvirke kva ein observerer, og korleis desse observasjonane vektleggast og tolkast. Denne forforståinga er ofte prega av ei oppfattning av det ein skal undersøkje eller kva resultat ein forventar. Dette påvirkar også kva data ein veljer ut og presenterer, og korleis ein tolkar og vektlegg ulik informasjon (Johannessen et al., 2017, s.35). I denne oppgåva har eg forsøkt å vere bevisst min yrkesfaglege bakgrunn som fysioterapeut i dei ulike fasane av arbeidet med studien. Eg har streba etter å framstille og drøfte resultata med bakgrunn i eksisterande teori og empiri, og ikkje trekt fram områder som kan knyttast berre til fysioterapifaget. Det kan likevel ikkje utelukkast at resultatdiskusjonen er påverka av selektivitet, der mi forforståing har ført til at utvalde punkt har blitt trekt fram som områder for forbetring.

8.0 Avslutning

8.1 Implikasjonar for folkehelse

Folkehelse vert av Fokehelseloven (2012) §3 definert som «befolkningas helsetilstand og korleis helse fordelar seg i ei befolkning». Vidare definerast folkehelsearbeid som «samfunnets innsats for å påvirke faktorar som direkte eller indirekte fremjar befolkningas helse og trivsel, førebyggjer psykisk og somatisk sjukdom, skade eller lidelse» (Folkehelseloven, 2012). I denne studien vil folkehelse vere relatert til nettopp det å førebyggje skade og lidelse. Dette er ein del av dei regionale helseføretaka sitt sørge for-ansvar, forankra i Spesialisthelsetenesteloven (2001) §2.1-a. Det vil difor vere av interesse for folkehelsa å avdekke om det er skilnadar i førekomst av pasientskader mellom dei regionale helseføretaka. Folkehelse handlar også om livskvalitet, noko pasientskader kan redusere (Aase, 2022, s.18). Å rette fokus pasientsikkerheit og helsetenester av god kvalitet for Noregs innbyggerar, uavehengig av geografi, vil ha relevant betydning for befolkningas folkehelse.

8.2 Konklusjon

Denne deskriptive tverrsnittstudien har undersøkt førekomst og regionale skilnadar i pasientskader i spesialisthelsetenesten, meldt til NPE i perioden 2013-2022. Pasientskader er ei sjukdomsbyrde for samfunnet og påvirkar folkehelsa. Skilnadar i kvalitet og pasientsikkerhet i helsetenestene skal i prinsippet ikkje førekomme, i tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven og dei regionale helseføretaka sitt sørge for-ansvar. Studien har vist at det førekjem skilnadar i erstatningssaker. Dette viser seg både i antall medhaldssaker per innbygger, medhaldsprosent og årsak til medhald. Ein ser også skilnadar i førkomst mellom kjønn. Det har blitt drøfta om årsakane til dette for eksempel skuldast organisatoriske strukturar som sjukehusstørrelse og sjukehusvolum, eller organistatoriske prosessar som pasientsikkerheitskultur og arbeidsbelastning.

Gjennom sitt sørge for-ansvar er dei regionale helseføretaka pålagt å ta tak i kvalitetsutfordringar. Arbeid med kvalitetsforbetring og pasientsikkerheit er eit uttalt mål frå styresmaktene, og leiarar er plikta å legge til rette for og implimentere dette. Funna i studien må tolkast i lys av at studiens utval berre består av erstatningssaker meldt til NPE. Sjølv om studien ikkje kan hevde å presentere reelle og generaliserbare tal for førekomst av pasientskader, indikerer den viktige funn som synleggjer behov for vidare forskning på området i ein norsk kontekst. Forhåpentligvis kan dette bidra i arbeid med kvalitetsforbetring i helsetenestene, og slik bidra til å sørge for god pasientsikkerheit i alle regionar i Noreg.

Referansar

- Bale, M., Aksnes, J. V., Holsen, M., Oslvoll, K. I. & Bedane, H. K. (2019). *Helseatlas i ortopedi for Noreg*. Helse Førde HF.
https://www.skde.no/helseatlas/files/rapport_ortopedi.pdf?fbclid=IwAR2FRT8_FjYN-fezYw3YYXCHDPaoJdYaipym7_4L2NWriwTSb2X0kGs8Tf4
- Breivik, H. & Ljoså, T. M. (2021). *Kan vi redusere risiko for langvarige smerter etter kirurgi? Ja! Men ikke alltid*. Regionalt kompetansesenter for smerte. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/kan-vi-reducere-risiko-for-langvarige-smerter-etter-kirurgi-ja-men-ikke-alltid>
- Bruvik, J. (2022). *Årsmelding*. Pasient- og brukarombudet.
https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/felles-arsmeldinger/Aarsmelding%202022_nynorsk.pdf
- Carayon, P., Schoofs-Hundt, A., Karsh, B.-T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M. & Flatley-Brennan, P. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality & Safety in Health Care*, (Dec; 15), 50-58.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Cheung, E. V., Diaz, R., Athwal, G. S. & Sanchez-Sotelo, J. (2016). Shoulder Arthroplasty: Key Steps to Improve Outcomes and Minimize Complications. *Instr Course Lect.* , 65:109-26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27049185/>
- Clements, S. H., Hammer, O. L., Engebretsen, E., Jakobsen, R. & Randsborg, P. H. (2018). Compensation after Distal Radial Fractures. A Review of 800 claims to the Norwegian System of Patient Injury Compensation 2000-2013. *The Open Orthopaedics Journal* 12, 419-426. <https://doi.org/10.2174/1874325001812010419>
- Eck, C. F., Neumann, J. A., Orr, L. & Adams, C. R. (2018). Lack of level 1 evidence on how to prevent infection after elective shoulder surgery. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, Aug;26(8), 2465-2480. <https://doi.org/10.1007/s00167-018-4832-7>
- Elsoe, R., Ostgaard, S. E. & Larsen, P. (2018). Population-based epidemiology of 9767 ankle fractures. *Foot Ankle Surg.*, Feb;24(1). <https://doi.org/10.1016/j.fas.2016.11.002>
- Evensen, L. H., Kleven, L., Dham, K. T., Holtem, H. H., Robberstad, B. & Rissstad, H. (2023). *Fullstendig metodevurdering: sutur av degenerative rotatorcuff-rupturer*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/contentassets/b330d59b7b384d9c8b3a702b7829d7bf/sutur-av-degenerative-rotatorcuff-rupturer-rapport-2023-v2.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 06.05.2020). *Oversikt over sentrale helseregistre*. Henta 06.03.2023 frå <https://www.fhi.no/div/datatilgang/om-sentrale-helseregistre/>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om leing og kvalitetsforbetring. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Furnes, O., Gjertsen, J.-E., Hallan, G., Visnes, H., Gundersen, T., Kvinnesland, I. A., Fenstad, A. M., Dybvik, E. & Kroken, G. (2021). *Rapport 2021, Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd*. Helse Bergen HF. https://helse-bergen.no/seksjon/Nasjonale_kompetansetjeneste_leddproteser_hoftebrudd/Share%20point%20Documents/Rapport/Rapport%202021.pdf
- Furnes, O., Hallan, G., Hole, R., Dybvik, E., Stenvik, S. & Fenstad, A. M. (2022). *Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak*. Nasjonalt Register for Leddproteser. H.-B. H. Haukeland universitetssjukehus.

- <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-09/%C3%85rsrapport%202021%20Nasjonalt%20Leddproteseregister%202021.pdf>
- Haugen, A. S., Wæhle, H. V., Almeland, S. K., Harthug, S., Sevdalis, N., Eide, G. E., Nortvedt, M. W., Smith, I. & Søfteland, E. (2019). Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Process and Patient Outcomes. *Ann Surg.*, Feb; 269(2), 283-290.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002584>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Handlingsplan for et bedre smittevern*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/714aa1437e2545f7bb4914a3474cd691/handlingsplan-for-et-bedre-smittevern.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022a). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Regjeringen. Henta 02.02.23 frå <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022b). *Oppdragsdokument 2022, Helse Sør-Øst RHF*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2022-hso-endelig-10jan.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Statens helsetilsyn*. Regjeringen. Henta 09.03.23 frå <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/etater-og-virksomheter-under-helse--og-omsorgsdepartementet/underliggende-etater/statens-helsetilsyn/id279747/>
- Helse Sør-Øst. (2023). *Hva gjør vi?* Henta 27.04.2023 frå <https://helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi#oppdrag-og-bestilling>
- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer (1/2013)*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf/> /attachment/inline/1d186908-1abd-4a5d-933f-74d6c87c06af:aaf7b8b49a38f5dac238997d3ce6ccd36881821f/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf
- Helsedirektoratet. (2015, 11.01.2023). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Henta 18.01.23 frå <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser#formal>
- Helsedirektoratet. (2017, 29.08.2018). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Henta 17.01.23 frå <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer*. Henta 16.01.2023 frå <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Aktivitet i somatiske sykehus, spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Henta 17.03.23 frå <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/aktivitet-somatiske-sykehus>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhets og kvalitetsforbedring*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/> /attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
- Helsedirektoratet. (2019c). *Sykehus - forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner*. Helsedirektoratet. Henta 17.04.2023 frå

- <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/infeksjoner/forekomst-av-helsetjenesteassosierte-infeksjoner-i-sykehus>
- Helsedirektoratet. (2022). *Pasientskader i Norge i 2021*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge>
- Helsedirektoratet. (u. å.). *Norsk pasientregister*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System of the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag.
- Juto, H., Nilsson, H. & Morberg, P. (2018). Epidemiology of Adult Ankle Fractures: 1756 cases identified in Nordbotten County during 2009-2013 and classified according to AO/OTA. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *Des13;19*(1).
<https://doi.org/10.1186/s12891-018-2326-x>
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (u. å.). *Om medisinske kvalitetsregistre*. Henta 04.03.23 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/om-medisinske-kvalitetsregistre>
- NEL. (2022a, 1.juli 2022). *Brudd i ankel*. Norsk Elektronisk Legehåndbok. Henta 08.03.23 fra <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/ortopedi/tilstander-og-sykdommer/beinbrudd/ankelbrudd>
- NEL. (2022b, 27.juni, 2022). *Skulderartroplastikk*. Norsk Elektronisk Legehåndbok. Henta 08.03.23 fra <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/ortopedi/tilstander-og-sykdommer/skulder-og-overarm/skulderartroplastikk>
- NOU 2019:24. (2019) *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/?ch=4>
- NPE. (2021a). *Hva skal til for å få erstatning for en pasientskade*. Norsk pasientskadeerstatning. Henta 03.03.23 fra <https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/Soke-erstatning/Hva-skal-til-for-aa-faa-erstatning-pasientskade/>
- NPE. (2021b). *Melde til NPE eller statsforvalteren?* Norsk pasientskadeerstatning. Henta 26.02.23 fra <https://www.npe.no/no/Erstatningssoker/Soke-erstatning/Melde-til-NPE-eller-statsforvalteren/>
- NPE. (2022a). *Arbeid som sakkyndig*. Norsk pasientskadeerstatning. Henta 29.04.23 fra <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/sakkyndig-spesialist/Arbeid-som-sakkyndig/>
- NPE. (2022b). *Personvernerklæring*. Norsk pasientskadeerstatning. Henta 25.04.23 fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/Organisasjon/personvernerklaering/>
- NPE. (2022c). *Samlet statistikkoversikt*. Norsk pasientskadeerstatning.
<https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/statistikk/>
- NPE. (2023). *Samsvar mellom pasientskader og saker som er meldt i avvikssystemer på sykehus*. Norsk pasientskadeerstatning.
<https://www.npe.no/globalassets/dokumenter/pdf-publikasjoner-fra-npe/rapporter/avviksrapporter/2023/avviksrapport-2023.pdf>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet>
- Pasientskadeloven. (2003). *Lov om erstatning ved pasientskader*. (LOV-2001-06-15-53). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>
- Pedersen, M., Kalseth, B., Lilleeng, S. E., Mehus, K. H., Pedersen, P. B. & Sitter, M. (2016). *Private aktører i spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/private-aktorer-i-spesialisthelsetjenesten-omfang-og-utvikling-2010-2014/Private%20akt%C3%B8rer%20i%20spesialisthelsetjenesten.%20Omfang%20og%20utvikling%202010-2014.pdf/_attachment/inline/7e032ba1-00cb-4604-8fa9-644730a2bc7a:9a4bd391500028f239e3ff1816cbe90219631bf2/Private%20akt%C3%B8rer%20i%20spesialisthelsetjenesten.%20Omfang%20og%20utvikling%202010-2014.pdf
- Randsborg, P. H., Aae, T. F., Bukholm, I. R. K., Fenstad, A. M., Furnes, O. & Jakobsen, R. B. (2021). Compensation claims after knee arthroplasty surgery in Norway 2008-2018. *Acta Orthop.*, 92(2), 189-193. <https://doi.org/10.1007/s00402-018-3033-7>.
- Schneider, E., Shah, A., Doty, M., Tikkanen, R., Fields, K. & Williams, R. (2021). *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. C. Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>
- Schug, S. A. & Bruce, J. (2017). Risk stratification for the development of chronic postsurgical pain. *Pain Reports*, Nov; 2(6). <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000627>
- SKDE. (2021). *Helseatlas for kvalitet*. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Helse Nord RHF. <https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Helseatlas%20for%20kvalitet%20i%20nodvendige%20helsetjenester%20%28SKDE%202021%29.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- SSB. (2019). *Lengst kjøretid til akuttmottak i Finnmark*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/lengst-kjoretid-til-akuttmottak-i-finnmark>
- SSB. (2022). *Befolkning*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/tableViewLayout1/>
- Tvedt, C., Sjetn, I. S., Helgeland, J., Løwer, H. L. & Bukholm, G. (2017). Nurses' reports of staffing adequacy and surgical site infections: A cross-sectional multi-centre study. *International Journal of Nursing Studies* <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.008>
- VanDenKerhof, E., Peters, M. & Bruce, J. (2013). Chronic Pain After Surgery: Time for Standardization? A Framework to Establish Core Risk Factor and Outcome Domains for Epidemiological Studies. *The Clinical Journal of Pain*, 29(1), 2-8. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31824730c2>
- Vanderkarr, M. F., Ruppenkamp, J. W., Vanderkarr, M., Parikh, A., Holy, C. H. & Putnam, M. (2022). Incidence, costs and post-operative complications following ankle fracture - A US claims database analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders* (23:1129). <https://doi.org/10.1186/s12891-022-06095-x>
- Vandvik, P. O., Lähdeoja, T., Ardern, C., Buchbinder, R., Jaydeep, M., Brox, J. I., Burgers, J. & al., e. (2019). Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a clinical practice guideline. *British Medical Journal (BMJ)* 2019; . <https://doi.org/10.1136/bmj.l294>

- Veltman, E. S. & Poolman, R. W. (2022, 25.08.2022). *Ankle fractures*. BMJ Publishing Group. Henta 24.01.22 frå <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/385/pdf/385/Ankle%20fractures.pdf>
- Webb, P., Bain, C. & Page, A. (2020). *Essential Epidemiology: an Introduction for Students and Health Professionals* (4. utg.). Cambridge University Press.
- Weinheimer, K. T., Smuin, D. M. & Dhawan, A. (2017). Patient Outcomes as a Function of Shoulder Surgeon Volume: A Systematic Review. *Arthroscopy Jul; 33(7)*, 1273-1281. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2017.03.005>
- Aae, T. F., Jakobsen, R. B., Bukholm, I. R. K., Fenstad, A. M., Furnes, O. & Randsborg, P. H. (2021). Compensation claims after hip arthroplasty surgery in Norway 2008-2018. *Acta Orthop.*, 92(3), 311-315. <https://doi.org/10.1080/17453674.2021.1872901>
- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1:

Utvalde operasjonskodar for akutt ankeloperasjon, og nasjonale operasjonstal frå NPR:

Operasjonskode	Prosedyre	Antall pasienter i 2021
NHJ 10	Åpen reposisjon av lateral malleolfraktur	830
NHJ11	Åpen reposisjon av mediale malleolfraktur	196
NHJ12	Åpen reposisjon av fraktur i begge malleoler	624
NHJ13	Åpen reposisjon av fraktur i begge malleoler og margo posterior	321
NHJ20	Ekstern fiksasjon av fraktur i lateral malleolfraktur	30
NHJ 21	Ekstern fiksasjon av fraktur i mediale malleolfraktur	<i>Tall ikkje oppgitt i NPR</i>
NHJ 22	Ekstern fiksasjon av fraktur i begge malleoler	143
NHJ23	Ekstern fiksasjon av fraktur i begge malleoler og margo posterior	254
NHJ 30	Osteosyntese av fraktur i laterale malleol med bioimplantat	<i>Tall ikkje oppgitt i NPR</i>
NHJ31	Osteosyntese av fraktur i mediale malleol med bioimplantat:	<i>Tall ikkje oppgitt i NPR</i>
NHJ32	Osteosyntese av fraktur i begge malleoler med bioimplantat	<i>Tall ikkje oppgitt i NPR</i>
NHJ33	Osteosyntese av fraktur i begge malleoler og margo posterior med bioimplantat	<i>Tall ikkje oppgitt i NPR</i>
NHJ 40	Osteosyntese av fraktur i laterale malleol med metalltråd, cerclage eller pinne	15
NHJ 41	Osteosyntese av fraktur i mediale malleol med metalltråd, cerclage eller pinne	34
NHJ 42	Osteosyntese av fraktur i begge malleoler med metalltråd, cerclage eller pinne	16
NHJ 43	Osteosyntese av fraktur i begge malleoler og margo posterior med metalltråd, cerclage eller pinne med metalltråd, cerclage eller pinne	14
NHJ60	Osteosyntese av fraktur i laterale malleol med plate og skruer	1221

NHJ61	Osteosyntese av fraktur i mediale malleol med plate og skruer	122
NHJ62	Osteosyntese av fraktur i begge malleoler med plate og skruer	730
NHJ63	Osteosyntese av fraktur i begge malleoler og margo posterior med plate og skruer	480
NHJ 70	Osteosyntese av fraktur i laterale malleol med skruer	148
NHJ 71	Osteosyntese av fraktur i mediale malleol med skruer:	387
NHJ 72	Osteosyntese av fraktur i begge malleoler med skruer	56
NHJ73	Osteosyntese av fraktur i begge malleoler og margo posterior med skruer	61
NHJ 80	: Osteosyntese av fraktur i laterale malleol med annet eller kombinert materiale	71
NHJ81	Osteosyntese av fraktur i mediale malleol med annet eller kombinert materiale	10
NHJ82	Osteosyntese av fraktur i begge malleoler med annet eller kombinert materiale	37
NHJ83	Osteosyntese av fraktur med annet eller kombinert materiale	24
NHJ90	Annen osteosyntese av fraktur i laterale malleol	49
NHJ91	Annen osteosyntese av fraktur i mediale malleol	20
NHJ92	Annen osteosyntese av fraktur i begge malleoler	20
NHJ93	Annen osteosyntese av fraktur i begge malleoler og margo posterior	24
Totalt		5937

Utvalde operasjoner for elektiv skulderoperasjon, og nasjonale operasjonstal frå NPR:

Operasjonskode	Prosedyre	Antall pasienter i 2021
NBB02	Implatansjon av distal primær delprotese i humeroscapulærledd uten sement	12
NBB12	Implatansjon av distal primær delprotese i humeroscapulærledd med sement	24
NBB30	Implatansjon av distal primær totalprotese i humeroscapulærledd uten sement	696
NBB40	Implatansjon av distal primær	36

	delprotese i humeroscapulærledd med hybrid teknikk	
NBB99	Annen implanteringsjon av primær protese i skulderledd	12
NBC20	Implantasjon av sekundær totalprotese i humeroscapulærledd uten sement	10
NBC30	Implantasjon av sekundær totalprotese i humeroscapulærledd med hybrid teknikk	27
NBC99	Annen implanteringsjon av sekundær protese i skulderledd	23
NBH71	Endoskopisk operasjon for habituell skulderluksasjon	448
NBH72	Operasjon for habituell skulderluksasjon	163
NBN09	Autotransplantasjon av bein til skulder eller overarm	179
NBA11	Åpen eksplorasjon av bløtdeler i skulder eller overarm	46
NBL19	Sutur eller rekonstruksjon av muskel i skulder eller overarm	130
NBL29	Transposisjon av muskel i skulder eller overarm	21
NBL39	Myotomi eller tenotomi i skulder eller overarm	1893
NBL49	Sutur eller reinsisering av sene i skulder eller overarm	2421
NBL59	Tenolyse eller tenosynovektomi i skulder eller overarm	26
NBL69	Tenodese, forkorting eller forlegelse av sene i skulder eller overarm	858
NBL89	Transposisjon av sene i skulder eller overarm	45
NBL99	Annen operasjon på muskel eller sene i skulder eller overarm	110
Totalt		7180

Tal henta frå norsk pasientregister (NPR) (Helsedirektoratet, 2019a)

Vedlegg 2

«Utdrag fra statistikkveiledningen i NPE per 08.03.2023

Skadetype

Dette er en kode som sier noe om årsaken til skaden. Vi har beholdt noen av kodene vi hadde, og supplert med en del nye.

Fra juni 2020, skal alle saker kodes kun med kodene i lista nedenfor.

Hvis det er mer enn en skadeårsak, brukes felt 2 også. Hva som er selve skaden kommer fram under skadekoden (ICD-10).

645 – Behandling ikke utført til riktig tid (unntatt medisinerings)

646 – Mangelfull behandling/oppfølging

647 – Behandling ikke utført på riktig måte

648 – Behandling skulle ikke vært utført

653 – Pleieskade (fall, trykksår m.m.)

654 – Forsinket postoperativ diagnostikk

656 – Mangelfull/manglende informasjon

657 – Mangelfull/manglende dokumentasjon

670 – Feil diagnostikk

671 – Forsinket diagnostikk

672.0 – Feilmedisinering – feil dose

672.1 – Feilmedisinering – medisinert for kort tid

672.2 – Feilmedisinering – medisinert for lang tid

672.3 – Feilmedisinering – legemiddel gitt på feil måte

672.4 – Feilmedisinering – feil legemiddel

672.5 – Feilmedisinering – skulle ikke vært medisinert

672.6 – Feilmedisinering – annet/ukjent

673 – Bivirkning

674.0 – Medisinering ikke startet opp

674.1 – Medisinering startet opp for seint

690 – Annen eller ukjent form for skadetype

691 – Dekning av utgifter til behandling

Alle de andre kodene som viser selve skaden, er fortsatt tilgjengelige, men skal altså ikke brukes. De eneste unntakene er følgende seks koder som skal brukes i felt 2 hvis det er relevant:

681 - Selvmord

682 - Selvmordsforsøk

620 - Nerveskade

610 - Infeksjon

631 - Ikke forventet estetisk resultat

621 – Leiringskade»



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway